



Consultations sur l'aide médicale à mourir

Résumé des résultats et des principales constatations

RAPPORT FINAL



Le 15 décembre 2015



Le 15 décembre 2015

L'honorable Jody Wilson-Raybould
Ministre de la Justice et procureure générale du Canada
284, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0H8

L'honorable Jane Philpott
Ministre de la Santé
Santé Canada
70, promenade Colombine, pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Mesdames les Ministres,

Nous sommes heureux de vous fournir notre rapport résumant les résultats et les principales constatations issus des consultations que nous avons menées en vertu du mandat du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*. Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée et de l'occasion que vous nous avez donnée de servir une cause d'une telle importance.

Avec tout le respect que nous vouons à la Cour suprême du Canada et à la suprématie du Parlement qui, ultimement, décidera de la façon dont le Canada répondra à cette décision historique, notre objectif était de porter à l'attention des parlementaires les résultats de nos travaux. Nous appuyons vos efforts visant à faire du Canada non seulement un pays où il fait bon vivre, mais également un bon endroit où mourir. Dès le début, nous avons cherché à enrichir le débat sur l'aide médicale à mourir. Nous nous sommes efforcés de rester fidèles à la tâche qui nous avait été confiée en étant à l'écoute et en maintenant une neutralité teintée d'empathie.

Nous tenons à ce que vous sachiez que les rencontres que nous avons tenues partout au Canada et à l'étranger ont été riches en contenu, d'un ton respectueux et d'une portée considérable. Nous espérons simplement que notre rapport reflète les points de vue que nous avons recueillis au cours de nos travaux.

Après qu'il aura été soumis à votre examen, nous espérons sincèrement que le rapport sera rendu public dans le même esprit de transparence et d'ouverture avec lequel les intervenants, les parties intéressées et, de fait, les Canadiens nous ont accueillis.

Nous nous réunirons en comité une dernière fois le 17 décembre 2015. L'objectif de cette rencontre comporte deux volets. D'abord, nous voulons veiller à ce que le transfert des documents au gouvernement se fasse de façon officielle et harmonieuse, puis nous voulons établir les étapes clés à suivre pour mettre fin aux activités du Comité.

Nous ajoutons que nous sommes seuls responsables de toute erreur ou omission qui pourrait s'être glissée au fil des pages. Nous présentons ce rapport dans l'espoir qu'il vous sera utile, ainsi qu'à vos collègues parlementaires, alors que vous entreprenez la prochaine étape cruciale de la conversation. Nous sommes reconnaissants de l'expérience riche que nous avons vécue et honorés d'avoir servi cette cause.

Veillez agréer, Mesdames les Ministres, l'expression de notre considération respectueuse,



Harvey Max Chochinov, O.C., O.M., M.D., Ph. D., FRCPC, MSRC
Président



Catherine Frazee, O.C., D.Litt., LL.D.
Membre du Comité



Benoît Pelletier, O.Q., MSRC, Ad. E., LL.D., LL.D., LL.D. (hon.)
Membre du Comité

c.c. : Stephen Mihorean, directeur exécutif, Secrétariat au Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*

Table des matières

Résumé	iv
Biographies des membres du Comité	ix
Avant-propos	1
Partie I – Introduction	8
Chapitre 1. Le Comité externe	8
A. Le mandat	8
B. Les consultations avec les intervenants et les autorités médicales	9
C. Les consultations avec des experts et des parties intéressées	11
D. Les consultations menées auprès de la population canadienne	13
E. Les apprentissages à l’extérieur du Canada	15
F. Les compétences provinciales et territoriales	17
G. Le rapport	18
Partie II – Le contexte juridique pertinent	19
Chapitre 2. Le partage des compétences fédérales et provinciales	19
A. Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé	19
B. Le rôle des provinces dans le domaine de la santé	20
C. Une compétence concurrente	20
Chapitre 3. Les articles pertinents de la Charte	22
A. L’article 7 : Le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne	23
B. L’article 15 : Droits à l’égalité	28
C. L’article 33 : La clause nonobstant	31
Chapitre 4. Le droit international	33
Chapitre 5. Carter c. Canada	34
A. Le contexte	34
B. Les demandeurs	36
C. Le Code criminel	37
D. Les décisions des tribunaux d’instance inférieure	37
E. L’arrêt de la Cour suprême	39
F. L’application de l’arrêt	47
Partie III – Rapport sur les consultations menées par le Comité	48
Chapitre 6. Les formes d’aide à mourir et la terminologie	48
A. L’euthanasie volontaire et le suicide assisté : terminologie	49
B. Autres observations sur la terminologie	51
C. Les différentes formes d’aide médicale à mourir	53
D. Conclusion	56

Chapitre 7. Les critères d’admissibilité	57
A. L’âge	58
B. La période de résidence	61
C. Un problème de santé grave et irrémédiable	62
D. Des souffrances persistantes	67
E. La capacité de consentir à un traitement médical	70
F. L’expression de la volonté	75
Chapitre 8. La demande	78
A. La demande doit émaner du patient	78
B. Où soumettre une demande	80
C. La forme de la demande	81
D. Les témoins	82
E. Le rôle de la famille	83
Chapitre 9. L’évaluation de la demande	86
A. Les évaluations médicales	86
B. Les contributions d’autres professionnels de la santé	90
C. Le consentement éclairé	97
D. L’échéancier	98
Chapitre 10. La détermination de la recevabilité des demandes	101
A. L’autorisation judiciaire préalable	102
B. L’autorisation préalable par un tribunal administratif	103
C. Un comité d’examen de l’aide médicale à mourir	104
D. Une décision entre la personne et son médecin	105
Chapitre 11. La participation et la conformité	108
A. La protection de la liberté de conscience	108
B. Formation et autorisation	113
C. Les violations et les sanctions	114
D. Des protections pour se conformer de bonne foi à la loi	117
E. Les préoccupations des fournisseurs concernant les infractions criminelles non abordées dans l’arrêt <i>Carter</i>	119
Chapitre 12. La surveillance du système	121
A. Un organisme de surveillance	121
B. Des données anonymisées	126
C. Au près de qui recueillir quelles données?	127
D. Les délais prescrits pour la déclaration des renseignements	129
E. Le certificat de décès	130
F. Des données ouvertes et un financement ciblé	132
G. Un examen périodique de la législation	132
H. Faire respecter l’obligation de déclarer des renseignements	133
Partie IV – Les soins de fin de vie au Canada	135
Chapitre 13. Les soins palliatifs et les soins de fin de vie : des éléments fondamentaux	135
A. Les soins palliatifs	136
B. L’état des soins palliatifs au Canada	137
C. Les autres options de soins de fin de vie	140

Chapitre 14. Prochaines étapes	141
A. Le rôle du gouvernement fédéral dans l'amélioration des soins palliatifs et des soins de fin de vie	142
B. Garantir un accès à une assurance-maladie complémentaire, comprenant une assurance-médicaments, pour les soins à domicile et les mesures de soutien en cas d'incapacité	144
Partie V – Conclusion	146
Réflexions finales	146
Remerciements	147
Annexes	
A. Rapport des résultats du Cahier de questions	
B. Évaluation indépendante des résultats du Cahier de questions	
C. Liste des consultations avec les parties intéressées	
D. Liste des consultations auprès d'experts	
E. Résumés des transcriptions des consultations auprès des parties intéressées et des experts	
F. Synthèse des mémoires reçus	
G. Résumé des mémoires reçus	
H. Chronologie des activités clés du Comité externe	
I. Analyse des médias : de septembre 2014 à novembre 2015	

Résumé

Les ministres de la Justice et de la Santé ont officiellement créé le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* (le Comité) le 17 juillet 2015. Le Comité avait pour mandat de tenir des discussions avec les intervenants dans la cause *Carter* et avec « les autorités médicales concernées », et de mener une consultation en ligne ouverte à tous les Canadiens et autres parties intéressées. Selon un échéancier ambitieux de cinq mois, le Comité a tenu des discussions approfondies sur l'aide médicale à mourir avec des parties intéressées et des experts, tant au Canada qu'à l'étranger. Ce rapport présente un résumé des résultats et des principales constatations issus des consultations directes et en ligne menées par le Comité.

Les activités de consultation du Comité se sont concentrées sur les enjeux essentiels en vue d'une réponse législative fédérale à la décision *Carter*, tel que spécifié dans le mandat du Comité :

- Les différentes formes d'aide médicale à mourir, à savoir le suicide assisté et l'euthanasie volontaire;
- Les critères d'admissibilité et la définition des principaux termes;
- Les risques, pour les individus et pour la société, associés à l'aide médicale à mourir; et
- Les mesures de sauvegarde relatives aux risques et aux procédures d'évaluation des demandes d'aide à mourir, et la protection de la liberté de conscience des médecins.

Le rapport débute par un examen du contexte juridique dans lequel s'inscrit *Carter c. Canada*, des enjeux soulevés devant la Cour et de l'issue de la cause. Cette section présente également les domaines de droit pertinents aux enjeux dont il est question dans *Carter* et décrit le raisonnement de la Cour suprême. La décision rendue par la Cour suprême a constitué le fondement tant des consultations que du présent rapport. Le Comité exprime sa déférence sans réserve à la Cour suprême du Canada et son respect pour la suprématie du Parlement qui décidera à terme de la réponse du Canada à la décision *Carter*.

Le Comité a sollicité un vaste éventail de perspectives diverses afin de s'assurer que les discussions entourant l'accès à l'aide médicale à mourir et les mesures de sauvegarde visant à protéger les personnes vulnérables soient éclairées par les points de vue de plusieurs : les patients, les familles, les groupes intéressés et les membres des équipes multidisciplinaires de soins de santé. Un autre aspect important de l'examen du Comité est venu de juridictions où diverses formes d'aide médicale à mourir sont légales. La chronologie détaillée des activités du Comité, présentée en annexe, contribue à démontrer le volume et l'étendue de son examen.

Au cours de son mandat, le Comité a tenu des rencontres avec 73 experts individuels au Canada, aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Belgique et en Suisse. Du 20 octobre au 6 novembre 2015, le Comité a mené des consultations directes auprès de 92 représentants issus de 46 organisations canadiennes (intervenants, autorités médicales et autres parties intéressées). Le Comité a également reçu et étudié 321 mémoires rédigés par des organisations de la société civile, des universitaires et des particuliers.

Pour solliciter les points de vue en ligne, le Comité a publié un questionnaire – le Cahier de questions – sur son site Web du 20 août au 23 novembre 2015. Au total, 14 949 individus ont rempli le questionnaire, fournissant au Comité des données précieuses détaillant la diversité de points de vue des Canadiens concernant la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir. Le total inclut un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 2 066 Canadiens.

Le Comité a embauché un expert indépendant pour qu'il procède à une évaluation des conclusions pouvant être tirées de façon fiable à partir des données recueillies, et pour qu'il en guide l'interprétation. L'évaluation de Richard Jenkins, Ph.D., indique que le Comité « peut et devrait utiliser les résultats de la consultation [...] comme un reflet des différents points de vue des Canadiens sur le sujet ». Son évaluation complète figure à l'Annexe B du rapport du Comité.

Le Rapport des résultats du Cahier de questions (Annexe A) fournit une riche source de renseignements et de points de vue, entre autres :

- Les répondants ont manifesté un niveau d'appui élevé concernant :
 - Un organisme national de surveillance de l'aide médicale à mourir (> 70 %);
 - Une stratégie nationale sur les soins palliatifs et de fin de vie (> 76 %);
 - Une stratégie nationale détaillée sur les soins à domicile (> 78 %);
 - Une stratégie nationale sur les mesures de soutien aux personnes handicapées (> 80 %);
 - Une formation en soins palliatifs pour l'ensemble des fournisseurs de soins de santé (> 84 %).
- Les répondants avaient davantage tendance à être d'accord pour dire que l'aide médicale à mourir devrait être autorisée lorsqu'une personne fait face à une maladie grave qui menace sa vie et/ou est évolutive.
- Les répondants étaient en général davantage préoccupés par les risques encourus par les personnes atteintes d'une maladie mentale, en particulier celles souffrant de troubles épisodiques, et les personnes isolées ou seules.

La partie centrale du rapport est structurée de manière à suivre le processus potentiel à travers lequel un individu cherchant à obtenir l'aide médicale à mourir devrait naviguer, soit : des discussions concernant la demande et l'admissibilité, le processus d'évaluation de la demande, les moyens de déterminer si la demande sera accordée, et diverses questions liées au fait de dispenser l'aide médicale à mourir.

En étape préalable, le rapport examine la terminologie utilisée pour faire référence aux procédures qui ne seront désormais plus prohibées suite à la décision *Carter*. Observant que la Cour suprême du Canada a adopté le terme d'aide médicale à mourir/à la mort sans faire davantage d'observations quant à la terminologie, le Comité a suivi la même approche. Les termes aide médicale à mourir et aide médicale à la mort sont utilisés de manière interchangeable tout au long du rapport. Au cours de ses consultations, le Comité a toutefois appris que nombre de défenseurs dans le domaine des soins de santé et de la société civile préfèrent d'autres expressions, certaines davantage explicites – comme

suicide assisté et euthanasie volontaire – et d’autres plus particulières – comme mort précipitée par un médecin, ou médicament fourni ou administré par un médecin pour induire le décès. Les connotations, sens et implications de ces différentes approches sont examinés dans le rapport.

Une personne cherchant à obtenir l’aide médicale à mourir doit rencontrer les critères d’admissibilité énoncés par la Cour suprême dans l’arrêt *Carter*. Selon la Cour, une personne admissible est :

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 condition¹.

S’appuyant sur cette déclaration, le rapport débute en examinant la question de qui sera admissible à demander et à recevoir l’aide médicale à mourir. Cet examen révèle un éventail de points de vue souvent divergents sur une foule de questions liées, telles que :

- 1) Qui peut être reconnu comme une personne adulte?
- 2) Qui est « capable » en ce qui concerne la décision de demander l’aide médicale à mourir?
- 3) Que signifie un « problème de santé grave et irrémédiable »?
- 4) Qu’entend-on par « lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables »?
- 5) Comment peut-on garantir la nature volontaire d’une demande?

Le Comité a examiné ces questions et de nombreuses autres sans tirer de conclusions fermes, dans un souci de représenter les multiples points de vue et de soutenir le développement d’une réponse législative efficace à *Carter*.

Le rapport examine ensuite des paramètres possibles pour la demande en soi, étudiant les observations présentées par les intervenants ayant mis l’accent sur l’exigence de la Cour voulant que la demande provienne de la personne cherchant à obtenir l’aide médicale à mourir. Les intervenants et autres groupes intéressés ont partagé leurs points de vue au sujet de la manière de communiquer la demande et du nombre de demandes nécessaires, de la présence d’un témoin indépendant, et du rôle – s’il y a lieu – que les membres de la famille devraient jouer dans le processus.

Une fois qu’une demande est présentée, une évaluation doit être réalisée pour établir l’admissibilité et déterminer si la demande est réellement volontaire. En harmonie avec des soins médicaux de qualité, ces processus exigent qu’on examine attentivement les souffrances d’un individu et qu’on évalue les options thérapeutiques. Une majorité des intervenants ont indiqué qu’il devrait revenir au médecin de la personne de procéder à l’évaluation, comme cela se fait dans la plupart des juridictions où l’aide médicale à mourir est autorisée. Le rapport examine les propositions soumises en vue de procéder à de possibles évaluations supplémentaires ou complémentaires, par exemple l’évaluation d’un second médecin ou d’un spécialiste en soins palliatifs ou en psychiatrie. Certains intervenants ont suggéré que les évaluations impliquent d’autres professionnels, notamment des infirmiers, des pharmaciens, des intervenants en soins spirituels et des aînés autochtones. Le Comité a également entendu des demandes

¹ *Carter*, par. 127.

visant la participation de travailleurs sociaux ou de psychologues qui contribueraient à évaluer les déterminants sociaux de la santé pouvant compromettre l'autonomie d'une personne vulnérable aux abus, à la coercition ou à une influence indue, et à y répondre.

Une section du rapport porte sur les aspects juridiques, éthiques et cliniques du consentement éclairé – une mesure de sauvegarde fondamentale. La section décrit également divers points de vue quant à la période d'attente entre les demandes, une autre mesure de sauvegarde. Plusieurs intervenants croient qu'une période d'attente, obligatoire ou discrétionnaire, pourrait contribuer à garantir que le choix de l'aide médicale à mourir ne soit pas un réflexe, mais une volonté dûment réfléchie. Comme dans les autres sections du rapport, les contributions réfléchies et raisonnées des groupes que le Comité a rencontrés servent de toile à la gamme d'approches possibles.

Le Comité aborde ensuite la question litigieuse à savoir qui prendra la décision finale en réponse à une demande d'aide médicale à mourir. Le Comité met en lumière les diverses options entendues lors des consultations. Certains intervenants exigeraient l'autorisation formelle d'un juge, d'un tribunal ou d'un comité spécialisé, alors que d'autres sont d'avis qu'il vaut mieux laisser de telles décisions à la personne et au médecin.

Dans les chapitres suivants de son rapport, le Comité examine les enjeux de la participation des professionnels de la santé et du respect d'un éventuel régime, y compris la question importante de la protection de la liberté de conscience. La décision *Carter* établit clairement qu'aucun médecin ne sera contraint de dispenser une aide à mourir s'il s'y objecte. Plusieurs intervenants et parties intéressées ont fourni une contribution très détaillée, notamment à propos de l'obligation d'un médecin de diriger un patient vers un autre médecin s'il s'objecte à dispenser l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience. Ici encore, les points de vue divergent considérablement. Le rapport examine aussi l'obligation d'informer une personne des sources vers lesquelles elle peut se tourner pour obtenir de l'assistance en matière d'aide médicale à mourir. Cette section traite également de la formation et de la certification appropriées pour les médecins, ainsi que des protections juridiques pour ceux qui respectent de bonne foi les protocoles liés à l'aide médicale à mourir.

Une section essentielle du rapport identifie un résultat frappant des consultations, à savoir que la vaste majorité des participants soutenaient – sans réserve – que la priorité devrait être de mettre en place un système efficace de supervision. Les groupes de défense d'intérêts, les organismes de réglementation des professions de la santé, les groupes qui appuient l'aide médicale à mourir et ceux qui s'y opposent étaient tous d'avis qu'il fallait des mécanismes pour s'assurer que l'aide médicale à mourir soit administrée de manière transparente, efficace et digne de confiance. Le Comité présente ses constatations sur les mécanismes de supervision existants, et traite du rôle de leadership que les gouvernements peuvent jouer en mettant en œuvre un mécanisme de supervision fort, moderne et novateur. Bien que certains groupes, reconnaissant le rôle provincial en santé, préconisent des organes de surveillance provinciaux et territoriaux, la plupart sont en faveur d'une approche pancanadienne qui mènerait à une politique cohérente dans l'ensemble du pays.

Avant de conclure son rapport, le Comité livre son point de vue sur la question plus vaste des soins de fin de vie, insistant particulièrement, et de manière cohérente avec ce qu'il a entendu au cours de ses consultations, sur l'urgente nécessité d'améliorer l'accès à d'excellents soins palliatifs à travers le

Canada. Le Comité a entendu à plusieurs reprises qu'une demande d'aide médicale à mourir ne pouvait être véritablement volontaire si la possibilité d'avoir accès à des soins palliatifs appropriés n'était pas disponible pour alléger les souffrances d'une personne.

Comme le montrent clairement l'éventail et la complexité des enjeux décrits dans ce rapport, répondre à la décision prise par la Cour suprême dans l'arrêt *Carter* exige de nos gouvernements et de nos organismes de réglementation de la médecine de très nombreuses délibérations et décisions. Parmi les revendications et les arguments concurrents devant être réglés dans ces déterminations, rien n'est plus fondamental que l'enjeu identifié comme l'élément central de la décision de la Cour suprême, à savoir pondérer des valeurs opposées d'une grande importance. « D'une part », écrit la Cour, « il y a l'autonomie et la dignité d'un adulte capable qui cherche dans la mort un remède à des problèmes de santé graves et irrémédiables. D'autre part, il y a le caractère sacré de la vie et la nécessité de protéger les personnes vulnérables ». Le Comité espère que les contributions de milliers de Canadiens, dont les points de vue sont reflétés dans ce rapport, aideront les ministres de la Justice et de la Santé à l'approche de la prochaine et dernière phase d'une réponse à la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Carter*.

Biographies des membres du Comité

Dr. Harvey Max Chochinov

O.C., O.M., M.D., Ph.D., FRCPC, MSRC, MACSS

Président du Comité



Le D^r Harvey Max Chochinov est professeur distingué en psychiatrie à l'Université du Manitoba et directeur de l'unité de recherche en soins palliatifs à Action cancer Manitoba. Il est titulaire de la seule chaire de recherche du Canada en soins palliatifs. Ses publications traitant des aspects psychosociaux des soins palliatifs ont contribué à façonner les compétences essentielles et les normes associées aux soins en fin de vie. Il a effectué ses études de premier cycle en médecine et sa résidence en psychiatrie à l'Université du Manitoba et il a complété un stage postdoctoral en oncologie psychiatrique au centre de cancérologie Memorial Sloan-Kettering, à New York. En 1998, il a obtenu un doctorat à la faculté des sciences de la santé communautaire, à l'Université du Manitoba. Le D^r Chochinov est président du Portail canadien en soins palliatifs.

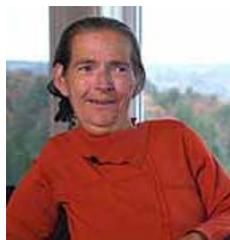
Les recherches du D^r Chochinov ont été appuyées par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut de recherche de la Société canadienne du cancer et le National Institute of Health. Dans le cadre de son travail, il s'est penché sur les divers aspects psychiatriques de la médecine palliative, comme la dépression, le désir de mourir, la volonté de vivre et la dignité en fin de vie. Il a été conférencier invité dans la plupart des établissements universitaires de premier plan du monde. Il est le seul psychiatre au Canada à avoir été désigné chercheur boursier de la faculté Soros dans le cadre du projet sur la mort en Amérique (Project on Death in America). Il a reçu la Médaille du jubilé d'or de la reine, il a été décoré de l'Ordre du Manitoba et, en 2014, il a été nommé Officier de l'Ordre du Canada. Il est le président du Portail canadien en soins palliatifs, membre de la Société royale du Canada et membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé. En plus de nombreux autres honneurs nationaux, en 2012, l'Association médicale canadienne lui a décerné sa reconnaissance la plus élevée : le prix FNG Starr.

Le D^r Chochinov a fait partie d'un grand nombre de conseils prestigieux, au pays et à l'étranger. Il a été membre du conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pendant sept ans et, pendant cette période, il a également présidé le Comité permanent de l'éthique des IRSC. Il est le seul Canadien à être membre du conseil scientifique consultatif du National Palliative Care Research Center (à New York, aux États-Unis) et il est également le seul Canadien à faire partie du prestigieux groupe d'experts scientifiques internationaux de la fondation Cicely Saunders (à Londres, au Royaume-Uni). En plus de ses quelque 200 publications, il est le corédacteur du Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, publié par les Presses de l'Université d'Oxford, et du journal Palliative and Support Care, publié par les Presses de l'Université de Cambridge. Il est également membre des comités de rédaction de la plupart des revues traitant de soins palliatifs. Son plus récent livre, Dignity Therapy : Final Words for Final Days, publié par les Presses de l'Université d'Oxford, a été déclaré gagnant du prix PROSE en médecine clinique de l'American Publisher's Association en 2012.

Professeure Catherine Frazee

O.C., D.Litt., LL.D.

Membre du Comité



Catherine Frazee est professeure émérite à l'Université Ryerson où, avant son départ à la retraite en 2010, elle occupait les fonctions de professeure distinguée et de codirectrice de l'institut RBC Ryerson pour la recherche et l'éducation sur l'invalidité (RBC Ryerson Institute for Disability Studies Research & Education). Grâce à son érudition, son enseignement, son art et son service public, elle a combattu les obstacles à la pleine inclusion sociale des personnes handicapées et a contribué à l'avènement de réformes dans des domaines allant des possibilités artistiques à la réglementation.

En tant que commissaire en chef de la Commission ontarienne des droits de la personne entre 1989 et 1992, la professeure Frazee a travaillé pendant des dizaines d'années à défendre les droits de la personne par sa participation aux activités de nombreuses organisations, dont le Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, le Conseil des Canadiens avec déficiences et le festival d'art Abilities (qui porte maintenant le nom de Tangled Art + Disability).

Elle a témoigné à titre d'experte devant des cours et des tribunaux fédéraux et provinciaux sur les droits de la personne et les désavantages inhérents aux déficiences et elle a contribué activement aux interventions stratégiques de la Cour suprême du Canada qui sont d'importance stratégique pour les Canadiens handicapés. Elle est l'auteure d'un large éventail de textes et de journaux universitaires et littéraires et elle a publié de nombreux articles d'opinion dans les médias canadiens au sujet des droits de la personne, de la citoyenneté précaire et de la résistance active pratiquée par certaines personnes handicapées.

La professeure Frazee a aussi été particulièrement active dans le domaine de l'exploration des interprétations culturelles de la vie avec des déficiences. Plus particulièrement, elle a été co-conservatrice de l'exposition primée *Out From Under : Disability, History and Things to Remember* et elle a collaboré à la production de 2006 de l'Office national du film du Canada intitulée *Sans honte : l'art d'être handicapé*. Elle a reçu un grand nombre de prix, y compris des diplômes honorifiques de l'Université Dalhousie, de l'Université du Nouveau-Brunswick et de l'Université McMaster.

La professeure Frazee a été nommée Officière de l'Ordre du Canada en décembre 2014 pour « avoir promu les droits des personnes handicapées, en tant que défenseure de la justice sociale ».

Professeur Benoît Pelletier

O.Q., Ad. E., LL.B., LL.M., LL.D., LL.D., MSRC, LL.D. (Hon.)

Membre du Comité



Admis au Barreau du Québec en 1982, Benoît Pelletier a d'abord pratiqué le droit au sein du contentieux des affaires civiles et du droit immobilier du ministère de la Justice du Canada (de 1983 à 1989) et des Services juridiques du Service correctionnel du Canada (en 1989 et 1990), à Ottawa. C'est en 1990 qu'il s'est joint au corps professoral de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, où il assume en ce moment la fonction de professeur titulaire. Benoît Pelletier a aussi assumé la fonction de doyen adjoint à cette faculté de droit de 1996 à 1998.

Pendant dix ans, Benoît Pelletier a représenté la circonscription de Chapleau à l'Assemblée nationale du Québec. Il a été ministre du gouvernement du Québec pendant près de six ans. À ce titre, il a été notamment responsable des Affaires intergouvernementales canadiennes, de la Francophonie canadienne, des Affaires autochtones et de la Réforme des institutions démocratiques.

Détenteur d'un baccalauréat en droit de l'Université Laval, Benoît Pelletier détient aussi une maîtrise en droit de l'Université d'Ottawa et deux doctorats en droit, l'un de l'Université de Paris I (Panthéon-Sorbonne), l'autre de l'Université Aix-Marseille III.

En 1989, Benoît Pelletier a obtenu la Médaille du Barreau de Paris, à titre de meilleur étudiant des programmes des Études supérieures en droit de l'Université d'Ottawa. En 1998, il s'est vu décerner le Prix d'excellence en enseignement de l'Université d'Ottawa.

Benoît Pelletier est l'auteur de nombreuses publications à caractère scientifique, dont un important traité sur la modification constitutionnelle au Canada (paru en 1996). Il a aussi prononcé de nombreuses conférences au Canada et à l'étranger. Il a été reçu comme professeur invité par les universités de Nantes, de Corse, de Paris II, de Paris V et de Lyon III. Il a aussi été reçu à deux reprises, soit en 2007 et en 2009, à titre de chercheur en politique publique au Woodrow Wilson International Center for Scholars de Washington.

Benoît Pelletier est aussi l'auteur d'un essai politique, publié en 2010 aux Presses de l'Université Laval et intitulé *Une certaine idée du Québec. Parcours d'un fédéraliste. De la réflexion à l'action.*

Depuis 2006, Me Pelletier a reçu bon nombre de prix et de distinctions soulignant sa contribution à la promotion et à l'avancement du français ainsi qu'au renforcement et à l'enrichissement des relations entre les francophones et les francophiles, tant au Canada qu'à l'étranger. En 2010, il a été nommé Commandeur de l'Ordre de la Pléiade, visant à souligner sa contribution exceptionnelle à la Francophonie internationale. En 2011, il a été fait Commandeur de l'Ordre de la Couronne de Belgique. Il a été fait Chevalier de l'Ordre national du mérite de France en 2012 et a reçu la médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II en 2013. En 2014, Benoît Pelletier a été fait Officier de l'Ordre national du Québec. Il a reçu la médaille d'or de l'Ordre du mérite de la Fédération des commissions scolaires du Québec en 2015 pour sa contribution exceptionnelle à l'éducation publique.

Avant-propos

Comme le montreront de façon évidente l'éventail et la complexité des enjeux décrits dans le présent rapport, répondre à la décision de la Cour dans l'affaire *Carter* exigera de nos gouvernements et des organismes de réglementation de la médecine nombre de délibérations et de décisions. Parmi les réclamations et les arguments divergents dont il faudra tenir compte, rien de sera plus fondamental que l'enjeu dégagé par la Cour suprême comme élément pivot de sa décision, soit l'établissement d'un équilibre entre des valeurs opposées d'une grande importance. « D'une part, écrit la Cour, il y a l'autonomie et la dignité d'un adulte capable qui cherche dans la mort un remède à des problèmes de santé graves et irrémédiables. D'autre part, il y a le caractère sacré de la vie et la nécessité de protéger les personnes vulnérables. »

En tant que positions idéologiques, l'affirmation de l'autonomie personnelle et la protection de ceux d'entre nous qui sont fragiles semblaient *a priori* inconciliables au cours des débats qui ont abouti à la décision *Carter*. Or, porter une attention accrue aux valeurs en jeu dans ce débat pourrait aider le Canada à aller de l'avant en cette période de conception et de mise en œuvre subséquente à la décision de la Cour. Si nous nous inspirons de la Cour, qui affirme qu'aucune de ses deux valeurs ne doit primer, nous pourrions découvrir qu'en ce qui concerne l'aide médicale à mourir, elles sont en fait complémentaires et indissociables.

Comme principe fondamental de l'éthique et de l'exercice de la médecine, l'autonomie s'entend du contrôle de l'intégrité de son propre corps – soit le droit, comme l'écrivait le juge Sopinka dans la décision *Rodriguez*, « de choisir comment son propre corps sera traité ». Ainsi, comme nous le rappelle la décision *Carter*, toute personne capable de prendre de telles décisions peut accepter ou refuser des traitements médicaux ou en exiger le retrait. C'est du moins ce qu'exige le respect de l'autonomie.

La personne au cœur de la décision *Carter*, Gloria Taylor, a été décrite lors des instances comme une « personne forte et autonome » qui menait « une vie occupée », tirait satisfaction de son travail, d'une famille aimante et présente, et d'un engagement communautaire significatif. Les dossiers du procès et les témoignages personnels entendus par le Comité montrent clairement que M^{me} Taylor était aimée, respectée, appuyée et en sécurité – c'était une femme qui faisait face à la certitude de sa mort avec clarté et franchise. Compte tenu des circonstances de la vie de M^{me} Taylor, la Cour en est arrivée à la conclusion que sa demande d'aide médicale à mourir constituait un choix entièrement autonome et personnel.

Par ailleurs, parmi les nombreux points de vue soumis au Comité, certains ont rappelé brutalement que ce ne sont pas tous les Canadiens qui sont autant en sécurité dans les cadres que nous considérons aujourd'hui comme des déterminants sociaux de la santé. L'acte que constitue l'aide médicale à mourir sera posé dans le contexte de tout ce que nous savons actuellement au sujet des répercussions sur la santé et le mieux-être de facteurs comme l'insécurité du logement, de l'alimentation et du revenu, la discrimination, la violence, l'isolement et le manque de mesures de soutien nécessaires. Nous savons

que ces facteurs et d'autres encore sont très préjudiciables pour la santé et le bien-être, et que ce sont les principaux éléments qui contribuent à la vulnérabilité sociale.

La vulnérabilité en soi ne doit pas empêcher d'exprimer et de reconnaître une décision autonome de demander de l'aide médicale pour mourir. Les personnes qui se trouvent dans une situation beaucoup moins solide que celle de M^{me} Taylor ont le même droit qu'elle de « choisir comment leur propre corps sera traité ». Or, comme l'a signalé la Cour dans sa décision *Carter*, la vulnérabilité peut entraver ou déformer l'expression de l'autonomie lorsque des choix sont forcés ou provoqués. C'est là que le respect de l'autonomie converge avec la protection des personnes vulnérables.

Le Comité n'a ni la volonté ni le pouvoir de prescrire les moyens de traiter cette convergence conformément à la décision *Carter* et avec le respect nécessaire des droits et des protections accordés par la Charte d'une façon plus générale. Notre mandat nous oblige toutefois à faire part au meilleur de notre capacité de ce que les experts, les parties intéressées et la population en général nous ont communiqué au sujet de la détermination délicate de nos obligations morales et sociales lorsqu'une personne qui vit avec des souffrances intolérables causées par des problèmes de santé graves et irrémédiables veut obtenir de l'aide médicale pour mourir.

Au cours de nos consultations, on nous a rappelé le désir profondément humain d'atténuer les souffrances d'autrui et dans quelle mesure nos obligations entrent en jeu lorsqu'une personne préfère mourir plutôt que continuer de mener une vie intolérable. Nous avons appris que ces obligations émanent à la fois de l'engagement et de la nécessité de respecter l'autonomie, ainsi que de la reconnaissance et de la compréhension de la vulnérabilité. De plus, nous savons que la souffrance prend de nombreuses formes et s'empare d'une personne de façons auxquelles la capacité humaine nous permet parfois, mais pas toujours, de faire face.

Le respect de l'autonomie, semble-t-il, nous oblige à faire face à la vulnérabilité, ce qui nous oblige, semble-t-il aussi, à défaire l'écheveau emmêlé des causes de la souffrance afin de distinguer une demande autonome et une demande d'aide découlant d'un besoin non satisfait.

Un besoin non satisfait maintes fois signalé au Comité est celui des soins palliatifs. Avec l'avènement de l'aide médicale à mourir, il est maintenant crucial et même urgent que la société canadienne s'attaque à ses lacunes au niveau de la prestation de soins palliatifs de qualité aux personnes vivant avec des problèmes qui limitent leur vie et la mettent en danger. Le Canada doit relever le défi, mais aucun Canadien en fin de vie ne devrait avoir à faire le choix cruel qui s'impose entre l'aide médicale à mourir et vivre avec des souffrances persistantes et intolérables sans soins de qualité complets et compatissants.

Au moment où le Comité termine son mandat auprès du gouvernement du Canada, nous présentons les brefs condensés suivants de nos principaux acquis et de notre réflexion sur les enjeux de plus grande envergure qui nous attendent.

A. Les réalités des niveaux de compétence

L'aide médicale à mourir soulève des questions de compétence dans le régime constitutionnel du Canada, où le Parlement et les provinces se partagent les responsabilités législatives. L'aide médicale à mourir met en cause à la fois le droit pénal et celui de la santé. En matière de droit pénal, le pouvoir appartient exclusivement au Parlement, tandis que le droit de la santé est un domaine de compétence concurrente partagé entre le fédéral et les assemblées législatives des provinces. Nous décrivons plus en détail cette répartition des pouvoirs dans le présent rapport.

Les groupes et les experts qu'a rencontrés le Comité étaient en général conscients du fait que de nombreux aspects de la prestation des soins de santé – dont les hôpitaux, l'assurance-maladie et la réglementation des professionnels de la santé – relèvent de la compétence des provinces. La Cour suprême nous a aussi rappelé, dans la décision *Carter*, qu'il n'existe pas de réglementation fédérale d'autres décisions de vie et de mort dans le cadre desquelles il faut évaluer la capacité décisionnelle de la personne, ce qui inclut les décisions actuellement régies par les directives anticipées ou les mandats spéciaux. Ces contextes sont parfois réglementés par les provinces.

La Cour suprême a indiqué dans la décision *Carter* que les deux ordres de gouvernement pourraient légiférer de façon valide sur des aspects de l'aide médicale à mourir : tout dépend de l'objet de la législation. La Cour suprême a invité à la fois les législateurs fédéraux et ceux des provinces à répondre en adoptant une mesure législative s'ils choisissent de le faire. Des groupes ont indiqué au Comité qu'il serait utile que le gouvernement fédéral joue un rôle de guide afin d'éviter une mosaïque de régimes d'aide médicale à mourir. D'autres ont préconisé que le Parlement fasse preuve de retenue et que l'on respecte à fond les décisions des provinces ou des territoires en la matière.

Si le gouvernement fédéral décide un jour de jouer un rôle de chef de file dans le dossier de l'aide médicale à mourir, il devrait idéalement adopter le principe du fédéralisme coopératif dont la Cour suprême a discuté dans d'autres décisions. Le principe repose sur un esprit de collaboration entre le fédéral, les provinces et les territoires. Comme l'aide médicale à mourir est une question sur laquelle le Parlement et les assemblées législatives des provinces peuvent légiférer, il pourra s'agir d'un exercice réel de coopération intergouvernementale comme celui que le gouvernement canadien actuel a préconisé récemment. La possibilité de collaboration pourrait être encore plus grande avec la province de Québec où il s'est déjà tenu de profondes réflexions sur cet enjeu, lesquelles ont abouti à une loi provinciale sur l'aide médicale à mourir.

B. Des questions de définition

Dans la décision *Carter*, la Cour suprême affirme clairement que l'aide médicale à mourir doit être accessible pour les personnes éprouvant des souffrances persistantes et intolérables causées par des problèmes de santé graves et irrémédiables. Dans le cadre de son mandat, le Comité a invité des autorités médicales, des organismes de la société civile et les Canadiens en général à partager leurs opinions quant à la façon dont il faudrait interpréter et déterminer chacun des éléments de cette affirmation.

Dans le présent rapport, nous résumons les divers points de vue et propositions présentés tout au long de nos consultations relativement aux nombreuses questions de définition et de détermination. Les discussions peut-être les plus générales ont pivoté sur ce qu'il faudrait considérer comme des problèmes de santé « graves et irrémédiables » au sens de la décision de la Cour. Le Comité a entendu de nombreux groupes et particuliers formuler des mises en garde contre tout chevauchement d'interprétation basé sur ce critère pivot en indiquant que les individus et leurs médecins étaient les mieux placés pour savoir ce que signifie avoir des problèmes de santé graves et irrémédiable et pour prendre les décisions profondément personnelles qui s'imposent lorsqu'on envisage l'aide médicale à mourir. Nous savons aussi que les régimes qui ont rendu l'aide médicale à mourir disponible depuis de nombreuses années dans les pays du Benelux l'ont fait sans imposer le pronostic ou le diagnostic parmi les critères d'admissibilité.

Le Comité est conscient que la Cour suprême même n'a ni défini ni circonscrit ces termes dans la décision *Carter* et qu'il serait très difficile de les définir avec précision dans une loi; des groupes et des particuliers ont toutefois soutenu qu'une formulation décrivant de manière plus exhaustive ce que signifie l'expression « grave et irrémédiable » s'impose dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Des comparaisons ont été faites et diverses options ont été proposées, notamment que le Canada considère le modèle de l'Oregon, où il faut avoir une espérance de vie de moins de six mois pour être admissible, ou celui du Québec, qui exige la présence d'une maladie grave et incurable au stade avancé et le déclin irréversible de la capacité en fin de vie. Ces formulations et d'autres encore reflètent le sentiment de certains, à savoir qu'une approche claire et cohérente donnerait confiance et établirait une compréhension partagée qui pourrait être plus difficile à atteindre si les patients et les médecins interprètent différemment le seuil « grave et irrémédiable ».

C. Des philosophies des soins

Au cours de notre mandat, nous avons eu le privilège de rencontrer, tant au Canada qu'à l'étranger, un grand nombre de personnes exceptionnelles, vouées au soin et au service de la médecine comme apprenants, théoriciens et praticiens. Nous avons le sentiment que chacun de ces professionnels adhère au principe du respect des patients comme valeur fondamentale. Il y a certes des différences quant à la question de savoir si l'aide médicale à mourir fait partie du continuum des soins et où elle s'y situe, mais il n'y a pas de différence quant à savoir si l'expression d'une volonté de mourir est atténuée par l'obligation de comprendre le langage de la souffrance et de répondre avec compassion, intégrité et compétence.

Ceux qui pensent que l'aide médicale à mourir devrait faire partie du continuum des soins la considèrent comme un choix important pour les personnes ayant des problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes et intolérables. Dans cette optique, l'aide médicale à mourir constitue un choix critique de dernier recours que les individus pourraient faire lorsque d'autres mesures ont échoué ou sont inacceptables pour eux, notamment lorsqu'un traitement plus poussé semble indûment lourd ou entre en conflit avec leurs valeurs personnelles. Dans cette optique, refuser ou contester la demande autonome d'aide à mourir présentée par un individu pourrait être considéré comme un abandon à un moment où le besoin est critique.

En contrepartie de cette philosophie, l'aide médicale à mourir pourrait amener la médecine dans un cheminement sans pareil qui n'est plus balisé par les tentatives déployées afin d'aider les gens à vivre plus longtemps, à vivre mieux ou à mener une vie moins menottée par la souffrance. Cette perspective caractérise l'aide médicale à mourir comme un moyen d'assurer que la personne ne souffrira plus du fardeau d'être vivante et que la tâche qui consiste à mettre fin à ses jours ne fera pas partie du continuum des soins médicaux. Ce point de vue domine en grande partie le domaine des soins palliatifs, qui visent à répondre à la détresse physique, psychologique, existentielle et spirituelle des personnes vivant avec des problèmes qui limitent leur vie et la mettent en danger. Les soins palliatifs utilisent toutes les mesures et l'intuition disponibles pour contrer les nombreuses formes variables de la souffrance sans hâter la mort ni la retarder. Le Comité a entendu que cette démarche concorde avec un engagement de non-abandon et la prestation de soins continus jusqu'à la mort, qu'elle soit assistée par un médecin ou naturelle.

D. Une occasion de leadership

Toutes les parties intéressées – intervenants, autorités médicales, experts et public – qui ont échangé avec le Comité ont reconnu l'importance d'une surveillance efficace. Nous avons appris que la société canadienne a une occasion réelle de s'établir comme chef de file mondial en instaurant un régime de surveillance solide, moderne et novateur qui s'appuie sur les leçons tirées d'autres administrations qui offrent actuellement l'aide médicale à mourir tout en servant de référence à ceux qui suivront.

Chaque juridiction que nous avons visitée et étudiée a fait face au problème posé par la collecte de données fiables, la surveillance efficace du système et les méthodes de déclaration. Selon ce que nous avons entendu, nombre de parties intéressées de diverses administrations ne sont pas entièrement satisfaites du fonctionnement de leur mécanisme de surveillance. Même si certaines ont mis en place de bonnes structures de surveillance et possèdent de bons incitatifs à la recherche, les limites imposées à la collecte de données restreignent les renseignements qu'il est possible de recueillir là où se pratique l'aide médicale à mourir. D'autres administrations semblent réunir des données solides, mais certains croient que les mécanismes de surveillance en place sont partiels, ce qui mine la confiance des parties dans leurs rapports.

Les missions que nous avons effectuées et les consultations que nous avons tenues dans le cadre de notre étude nous ont révélé qu'il faut y mettre le temps et réfléchir sérieusement pour déterminer quels renseignements il convient de recueillir. On nous a souvent parlé de l'importance de tenir des statistiques quant au nombre d'actes d'aide médicale à mourir et aux problèmes médicaux sous-jacents, mais il a aussi été question de réaliser une analyse en profondeur des causes de la souffrance qui peut conduire une personne à solliciter de l'aide médicale pour mourir.

L'avènement de données ouvertes offre aux Canadiens la possibilité d'affirmer clairement que nous croyons dans la transparence et la responsabilité en ce qui a trait à l'aide médicale à mourir. Elles nous donnent aussi l'occasion de répéter notre engagement de voir à ce que les mesures prises au nom de l'autonomie ne minent pas la sécurité des personnes vulnérables et, en revanche, que les mesures de protection des personnes vulnérables n'empiètent pas sur le droit des Canadiens qui souffrent de chercher des solutions qui hâtent la mort.

Faudrait-il charger un ou des organismes de produire des rapports annuels sur les activités d'aide médicale à mourir au Canada? Ce n'est pas une question que notre mandat nous demandait d'aborder, mais les suggestions que nous avons reçues et l'éventail d'opinions sur la question indiquent que des rapports publics accessibles jouent un rôle clé dans une surveillance efficace. Notre travail nous a permis de comprendre que pour être crédible aux yeux du public, la surveillance doit être assurée par des personnes dignes de confiance dont le travail est ouvert, transparent, redditionnel et repose sur la rigueur et des éléments de preuve scientifiques.

Nous sommes conscients des niveaux de compétence en matière de soins de santé. C'est pourquoi nous insistons sur l'importance pour tous les gouvernements du Canada de collaborer afin d'implanter une surveillance solide et efficiente au lieu de travailler en couloirs. La collaboration contribuerait à créer des ensembles de données permettant d'établir des comparaisons interprovinciales, de procéder à des analyses plus fiables et de produire des résultats plus solides qui guideront les améliorations et les orientations futures des politiques. Une collaboration accrue est également susceptible de conduire à une plus grande uniformisation des politiques au Canada, ce qui serait grandement apprécié selon ce que nous avons maintes fois entendu tout au long de nos consultations.

Au moment où le Canada se prépare à aller de l'avant en ce qui concerne l'aide médicale à mourir, nos gouvernements, nos organismes de réglementation et la société civile ont une occasion sans pareille d'apprendre les uns des autres et de bien faire les choses.

E. Conclusion

Ce rapport constitue l'aboutissement de mois de travail et de réflexion non seulement pour nous-mêmes et notre équipe du secrétariat, mais aussi pour plusieurs milliers de Canadiens et des collègues de l'étranger. Parmi tout ce que nous avons entendu, ce sont pour nous les appels en faveur des besoins et des soins qui ressortent avec le plus de puissance. Il y a eu des moments d'une intimité profonde, des moments douloureux et des moments de perspicacité et de révélation. Les Canadiens nous ont parlé de peine et de perte, de foi et d'aspirations profondes, de soif de justice et d'amour de l'humanité. Ils nous ont présenté leur vision des intentions de la Cour suprême et de ce qu'elle a rendu possible. Ils nous ont fait part de leurs angoisses et de leurs espoirs indomptables. Ils nous ont mis au défi de gagner leur confiance et de dépasser nos histoires et nos penchants individuels. Ils nous ont rappelé que le texte du jugement de la Cour va tellement plus loin qu'une nouvelle loi et ils nous ont demandé à tous comme Canadiens de comprendre que la promesse et l'héritage de la décision *Carter* doivent se concrétiser conformément aux valeurs communes qui nous tiennent à cœur, soit la bienveillance, la compassion et le respect de tous.

L'implantation d'un régime d'aide médicale à mourir ne demande pas simplement de choisir un modèle et de le mettre en œuvre. La Cour a parlé de « valeurs opposées d'une grande importance » en confiant aux législateurs une « tâche difficile » qui met en cause « des enjeux complexes de politique sociale et de nombreuses valeurs concurrentes de la société ».

C'est avec un profond sentiment d'humilité conjugué à un respect profond et soumis pour la Cour suprême du Canada et le Parlement que nous présentons notre rapport. Nous espérons sincèrement

qu'il contribuera à éclairer les décisions et les mesures que prendra le Canada pour répondre à la décision *Carter*. Autant nous prenons au sérieux nos responsabilités à l'égard de ceux dont les souffrances sont tellement désespérées qu'ils souhaitent mourir, autant nous devons prendre au sérieux les réflexions, les points de vue et le jugement réfléchi de tous ceux qui ont participé de bonne foi à cette consultation afin d'aider le Comité à s'acquitter de sa tâche.

Au meilleur de nos capacités et avec le plus grand respect, voici ce que nous avons fait.

Partie I – Introduction

Chapitre 1. Le Comité externe

Dès leur première rencontre, le 20 juillet 2015, les trois membres du Comité externe savaient qu'ils s'attaquaient à une tâche d'une grande ampleur. Notre mandat était clair. Nous devions « faire participer la population et des intervenants clés à la consultation sur des questions fondamentales pour la réponse législative fédérale à l'arrêt *Carter* ». Dans les cinq mois qui ont suivi, nous nous sommes déplacés d'un océan à l'autre au Canada, avons visité quatre autres pays et fait appel à l'expertise de centaines de milliers de Canadiens qui ont longuement et sérieusement réfléchi à la question de l'aide médicale à mourir. Nous avons essayé de recueillir la gamme la plus vaste possible de points de vue afin de pouvoir mener une consultation vraiment ouverte et inclusive sur un sujet complexe d'une très grande importance, ce qui a représenté un défi sur le plan intellectuel, émotif et physique.

Grâce à l'énergie et à la grande compétence d'un groupe restreint qui fournissait les services de secrétariat, nous avons conçu l'ambitieux programme de mobilisation qui est décrit dans le présent chapitre. Étant donné les graves contraintes en matière de temps, de ressources et de nos propres capacités individuelles en tant que bénévoles, nous sommes conscients que nous n'avons pas consulté toutes les parties intéressées et que certaines questions n'ont pu être examinées à fond. Mais au moment de faire rapport de nos rencontres et constatations, nous sommes à la fois humbles et reconnaissants à l'égard de tout ce que nous avons entendu et appris. C'est dans cette optique de reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué à notre démarche et l'ont appuyée que nous faisons un retour sur notre approche.

Parmi les outils et les méthodes que nous avons utilisés, il y a eu des échanges approfondis et abondants avec des spécialistes universitaires, des autorités médicales, des intervenants ayant participé à la cause *Carter* devant la Cour suprême du Canada et des organismes de la société civile; il y a également eu des analyses des lois et des rapports de recherche pertinents, ainsi que l'adoption de processus en ligne visant à recueillir les opinions de milliers de Canadiens. Les pages qui suivent expliqueront au lecteur comment chacune de ces méthodes a donné lieu à une quantité de points de vue et de connaissances qui, une fois fusionnés, ont constitué le fondement du présent rapport. L'Annexe H présente la chronologie des principales activités du Comité externe.

A. Le mandat

Le Comité avait pour mandat de tenir des discussions avec les intervenants dans l'affaire *Carter* et avec les « autorités médicales concernées ». De plus, il devait mettre en œuvre « des consultations en ligne, ouvertes à tous les Canadiens et à tous les intervenants ». Au départ, le Comité devait produire un rapport qui présenterait des options pour une réponse législative à l'arrêt *Carter*. Le 13 novembre 2015, peu de temps après les élections fédérales, les ministres de la Justice et de la Santé ont modifié le

mandat du Comité pour supprimer l'exigence de présenter des options législatives. Ils ont plutôt demandé un résumé des activités de consultation du Comité, y compris les principales constatations.

Les activités de consultation du Comité se sont concentrées sur les enjeux essentiels définis par le gouvernement du Canada et spécifiés dans le mandat du Comité, à savoir :

- Les différentes formes d'aide médicale à mourir, soit le suicide assisté et l'euthanasie volontaire;
- Les critères d'admissibilité et la définition des principaux termes;
- Les risques, pour les individus et pour la société, associés à l'aide médicale à mourir;
- Les mesures de sauvegarde relatives aux risques, les procédures d'évaluation des demandes d'aide à mourir, et la protection de la liberté de conscience des médecins.

Le présent rapport résume les résultats et les principales constatations de ces consultations. Ce rapport devrait servir de base aux travaux qu'entreprendra le gouvernement dans le cadre des prochaines étapes et qui mèneront en fin de compte à sa réponse à l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada.

B. Les consultations avec les intervenants et les autorités médicales

D'après son mandat, le Comité devait rencontrer les intervenants dans l'affaire *Carter* ainsi que les autorités médicales concernées. Au total, par la voie des consultations directes qu'il a menées à travers le Canada, le Comité a rencontré 92 représentants de 46 organisations qui regroupent plusieurs centaines de milliers de Canadiens. Il a tenu des discussions approfondies sur les enjeux en cause avec ces représentants entre le 20 octobre et le 6 novembre 2015, à Ottawa, Montréal, Vancouver, Winnipeg et Toronto. L'Annexe C fournit la liste complète des personnes et organisations consultées, et l'Annexe E présente des résumés des transcriptions de ces consultations.

1. Les consultations avec les intervenants dans l'affaire Carter

Vingt-six organisations sont intervenues dans l'affaire *Carter* devant la Cour suprême du Canada. Le Comité a fait parvenir des invitations à chacun de ces groupes, à l'exception des procureurs généraux de l'Ontario et du Québec qui devaient être consultés directement par le gouvernement fédéral au moyen des mécanismes habituels fédéral-provinciaux-territoriaux. Des 24 intervenants restants, 19 ont accepté de participer aux consultations directes du Comité, quatre ont refusé l'invitation et un n'existe plus. Les rares organisations qui ont refusé l'invitation ont mentionné un problème d'horaire ou un manque de temps pour consulter leurs membres. Quelques-unes ont également mentionné que leurs opinions seraient transmises par d'autres organismes qui devaient rencontrer le Comité. Tous les groupes, y compris ceux qui ne pouvaient pas rencontrer le Comité, avaient la possibilité de présenter leurs opinions et recommandations dans des mémoires écrits. La figure 1 fournit la liste des organisations qui ont participé, ainsi que la date et l'endroit des rencontres.

Les intervenants connaissaient très bien toute la gamme des enjeux liés à l'aide médicale à mourir en raison de leur participation active dans l'affaire *Carter*. Le Comité est redevable à ces organisations qui

ont investi temps et ressources pour préparer des mémoires complets et réfléchis sur les enjeux soulevés dans notre mandat. Le Comité s'est penché sur des éléments différents de ceux examinés par la Cour suprême dans son arrêt du 6 février 2015. Au lieu de se préoccuper de savoir si l'aide médicale à mourir devait être permise au Canada, le Comité s'est plutôt arrêté à la façon dont un cadre relatif à l'aide médicale à mourir pourrait être mis en œuvre afin que les personnes admissibles aient accès à cette aide, tout en minimisant les risques pour les groupes potentiellement vulnérables. Bien que leurs positions fondamentales sur l'aide médicale à mourir soient en général restées les mêmes, les intervenants ont présenté leurs exposés en tenant compte du fait que le paysage juridique avait changé et qu'il fallait maintenant déployer des efforts concertés pour trouver un terrain d'entente qui respecterait l'intention et l'esprit de l'arrêt de la Cour suprême. Même s'il est possible qu'on ne puisse jamais dégager un consensus unanime sur les enjeux associés à l'aide médicale à mourir, le Comité a constaté qu'il y avait certains points de convergence où les opinions divergentes se chevauchaient pour produire l'équilibre nécessaire entre l'accès et la protection. Il apprécie grandement les efforts qui ont été déployés par tous ces groupes pour déceler des points de convergence. Leurs contributions ont non seulement aidé le Comité à rédiger le présent rapport, mais seront très utiles aux gouvernements à mesure qu'ils progresseront dans la mise en œuvre de l'arrêt *Carter*. Tout progrès réalisé vers l'atteinte d'un consensus sociétal sera avantageux en fin de compte pour tous les Canadiens.

Figure 1

RENCONTRES AVEC LES INTERVENANTS

Ottawa – Du 20 au 22 octobre

Association médicale canadienne
Association for Reformed Political Action
Canada

Montréal – Le 23 octobre

Collectif des médecins contre l'euthanasie
Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité

Vancouver – Du 26 au 28 octobre

Protection of Conscience Project
Euthanasia Prevention Coalition –
Colombie-Britannique

Winnipeg – Le 29 octobre

Conseil des Canadiens avec déficiences
Alliance catholique canadienne de la santé

Toronto – Du 2 au 6 novembre

Coalition pour la prévention de l'euthanasie
Association canadienne pour l'intégration communautaire
Christian Medical and Dental Society of
Canada
Alliance des chrétiens en droit
Réseau juridique canadien VIH/sida
Alliance évangélique du Canada
Dying With Dignity Canada
Association canadienne des libertés civiles
Ligue catholique des droits de l'homme
Conseil unitarien du Canada
Fédération canadienne des sociétés de
médecins catholiques

2. Les rencontres avec les demandeurs dans l'affaire *Carter*

Le mandat du Comité ne l'exigeait pas, mais celui-ci a jugé que ses consultations seraient grandement enrichies s'il entendait les points de vue des demandeurs originaux dans l'affaire *Carter*. Ceux-ci étaient directement et personnellement touchés par le sujet et ils ont apporté une perspective qu'aucun autre Canadien ne pouvait donner. Le Comité veut souligner avec reconnaissance le privilège qu'il a eu de rencontrer M^{me} Lee Carter et M. Hollis Johnson, ainsi que les représentants de la B.C. Civil Liberties Association et leurs invités, Elayne et Howard Shapray. Les expériences et les idées qu'ils ont partagées avec nous sont inestimables.

3. Les consultations avec les autorités médicales

Comme le Comité pouvait déterminer à sa discrétion ce qu'il entendait par « autorités médicales concernées », il a décidé tôt dans le processus d'adopter une interprétation large et inclusive de cet élément afin de pouvoir recueillir les points de vue les plus diversifiés. Par conséquent, le Comité a fait parvenir des invitations à quelque 30 organisations et associations professionnelles dont les membres œuvrent notamment dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, de la pharmacie, de la psychologie, de la psychiatrie, du travail social et des services pastoraux. Même si tous les organismes n'ont pu rencontrer le Comité en raison de problèmes d'horaire ou de l'incapacité de consulter leurs membres dans les délais, la majorité d'entre eux ont accepté l'invitation. Le Comité est reconnaissant que ces organisations aient pris le temps de lui faire part de leurs points de vue, puisque leurs membres peuvent être appelés à jouer des rôles importants lorsque l'aide médicale à mourir sera accessible aux Canadiens admissibles. Il souhaite également profiter de l'occasion pour reconnaître les efforts de la Fédération des ordres des médecins du Canada qui a contribué à animer et à coordonner une rencontre avec les collèges des médecins et chirurgiens, ou les organismes de réglementation de la médecine équivalents, provenant de toutes les provinces et territoires du Canada. La figure 2 donne la liste complète des autorités médicales qui ont participé aux consultations directes.

Figure 2

AUTORITÉS MÉDICALES PERTINENTES

Ottawa – Du 20 au 22 octobre

Association des infirmières et infirmiers du Canada
Société canadienne de psychologie
Association canadienne de soins palliatifs
Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

Vancouver – Le 27 octobre

Société de la médecine rurale du Canada

Toronto – Du 2 au 6 novembre

Association des médecins indigènes du Canada
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Collège des médecins de famille du Canada
Association des psychiatres du Canada
Association canadienne de soins spirituels
Société canadienne des médecins des soins palliatifs
Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique
Yukon Medical Council
Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta
Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba
Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan
Collège des médecins du Québec
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et- Labrador
Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse
Collège des médecins et chirurgiens de l'Î.-P.-É.
Fédération des ordres des médecins du Canada

C. Les consultations avec des experts et des parties intéressées

Même si les consultations directes avec les intervenants et les autorités médicales promettaient d'être très instructives, le Comité a reconnu rapidement qu'elles ne peindraient pas le tableau complet des enjeux pertinents dont il devait tenir compte. Étant donné que le mandat du Comité accordait au président le pouvoir discrétionnaire de consulter certains experts en la matière afin de pouvoir bien

comprendre les principaux documents et enjeux pertinents, le Comité a invité à des rencontres des experts et d'autres organisations œuvrant dans les domaines où ses connaissances étaient insuffisantes.

Tel que le prévoyait son mandat, et par respect pour la pratique établie du gouvernement, le Comité a suspendu ses consultations officielles pendant la campagne électorale fédérale, soit du 2 août au 19 octobre 2015. Les consultations directes ont repris le 20 octobre 2015. Entre temps, le Comité a saisi l'occasion de mieux se préparer aux consultations en rencontrant un certain nombre d'experts représentant une vaste gamme de disciplines, y compris le droit, la santé publique, la philosophie, l'éthique, la médecine, les études sur les femmes et les études autochtones. Au cours de ces rencontres, le Comité a conversé de façon informelle avec les experts invités et a acquis une meilleure compréhension du cadre juridique et des répercussions de l'aide médicale à mourir ainsi que d'autres questions connexes. Ces consultations ont été très utiles pour mettre en contexte les recommandations qu'il a entendues au cours des consultations directes. La figure 3 et l'annexe D donnent la liste des experts consultés.

Le but que poursuivait le Comité en consultant les parties intéressées était le même que lors des rencontres avec les experts, en l'occurrence d'acquérir les connaissances manquantes pour bien comprendre les enjeux visés par son mandat. Comme ces consultations mettaient à contribution des organisations représentant de nombreux membres plutôt que des experts individuels, elles ont été traitées de la même façon que les consultations directes du Comité et ont été suspendues pendant la campagne électorale. Ces réunions ont été très utiles, comme ce fut le cas des consultations avec les experts, pour permettre au Comité de mieux

Figure 3

EXPERTS ET AUTRES PARTIES INTÉRESSÉES

David Baker et Rebeka Lauks – avocats spécialisés dans la défense des droits des personnes handicapées, Bakerlaw

Carrie Bourassa – professeure en santé autochtone, Université des Premières Nations

Sharon Carstairs – ancienne sénatrice et ministre responsable des soins palliatifs

Jocelyn Downie – professeure de droit, vice-doyenne aux études supérieures, Schulich School of Law, Faculté de médecine, Université Dalhousie

Steven Estey – agent des droits de la personne, Organisation mondiale des personnes handicapées

Yude M. Henteleff – avocat en droits de la personne et défenseur des soins palliatifs

Eike-Henner Kluge – Département de philosophie, Université de Victoria

Michelle Giroux – Professeure titulaire, Faculté de droit, Université d'Ottawa

Joshua T. Landry et Dr Thomas Foreman – Centre de bioéthique Champlain; Michael Kekewich – consultant en éthique, Hôpital d'Ottawa

Anna MacQuarrie – directrice, Initiatives mondiales, politique et droits de la personne, Inclusion International

Isabelle Marcoux – professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

MedPASS, Medical Student Study Group on Physician-Assisted Suicide

Jean-Pierre Ménard – Ménard, Martin, Avocats

Brian L. Mishara – directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), Université du Québec à Montréal

Un réseau de médecins de la Colombie-Britannique

Dianne Pothier – professeure émérite de droit, Schulich School of Law, Université Dalhousie

David J. Roy – chercheur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Mary Shariff – professeure adjointe, Faculté de droit, Université du Manitoba

Susan Sherwin – professeure-chercheuse émérite, Département de philosophie et Département d'études sur le genre études féminines, Université Dalhousie

Jocelyne St-Arnaud – professeure associée en bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal

comprendre le contexte et les enjeux liés à la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Canada. La figure 3 énumère les organisations intéressées et les experts qui ont été consultés.

D. Les consultations menées auprès de la population canadienne

Son mandat imposait au Comité de tenir une consultation en ligne, car il était évident que les gouvernements ne pouvaient pas aller de l'avant avec une décision d'une telle importance sociale et juridique sur un sujet aussi délicat et émotif que l'aide médicale à mourir sans chercher à obtenir l'avis de ceux qui seront en fin de compte les plus touchés, soit les citoyens du Canada.

Alors que de nombreux Canadiens, voire la majorité, semblent avoir une opinion bien arrêtée pour ou contre l'aide médicale à mourir, leurs opinions sont moins tranchées lorsqu'il est question de déterminer la façon de mettre en œuvre l'arrêt de la Cour suprême. Certains Canadiens qui souffrent d'une maladie très grave croient fermement que l'aide médicale à mourir représente l'unique façon de terminer leur vie dans la dignité. La Cour suprême a reconnu leur droit d'obtenir de l'aide sans exposer d'autres personnes à la menace d'une poursuite criminelle. Parallèlement, la Cour a également reconnu que certaines personnes peuvent être vulnérables « à être incitées à se suicider dans un moment de faiblesse » et qu'elles doivent être protégées d'une manière qui respecte leur dignité et leur choix.

La mise en œuvre de l'arrêt *Carter* nous oblige aussi à tenir compte du point de vue des professionnels de la santé dont certains pourraient être confrontés à des décisions de leurs patients qui vont à l'encontre de leurs convictions personnelles, cliniques ou morales. Alors que la Cour a indiqué que les médecins ne devraient pas être tenus d'aider à mettre fin à la vie d'un patient, cela vaut-il aussi pour les autres professionnels qui participent aux soins donnés à un patient? Pour les hôpitaux? Et pour les autres installations médicales? Si leurs propres médecins ne veulent pas les aider, comment les individus auront-ils accès à l'aide médicale à mourir? Et comment pourront-ils recevoir des soins sans avoir l'impression qu'on les abandonne? Il ne s'agit là que de quelques-uns des problèmes complexes que notre pays devra résoudre à l'instant où il se prépare à offrir l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes admissibles. Cerner ces problèmes complexes et les comprendre promet d'être un défi de taille.

1. Le questionnaire en ligne : Le Cahier de questions

En raison de la complexité des enjeux liés à l'aide médicale à mourir et parce que la consultation portait principalement sur la conception d'un cadre à cet égard et n'avait pas simplement pour but de demander aux répondants leurs opinions pour ou contre une approche particulière, la consultation en ligne ne pouvait se résumer à une liste de questions. Le contexte commandait d'intégrer une composante éducative afin d'aider les répondants à mieux comprendre le vocabulaire et la portée des sujets et des circonstances associés à l'aide médicale à mourir avant qu'ils ne se prononcent. C'est pourquoi la consultation en ligne du Comité ne s'est pas contentée des sondages ou questionnaires traditionnels habituellement utilisés dans les sondages d'opinion publique. Le nom de l'outil de consultation en ligne, le « Cahier de questions », traduit ce processus d'apprentissage et de participation active à la discussion. D'autres ressources étaient aussi disponibles directement sur le site Web du Comité pour ceux qui souhaitaient approfondir davantage le sujet avant de partager leurs opinions.

La constitution du Cahier de questions a été confiée à une entreprise canadienne de premier rang dans le domaine des communications stratégiques. L'entrepreneur s'est occupé de la conception, du codage, de l'hébergement et de l'exploitation du Cahier de questions et du site Web du Comité. Au cours de ses premières semaines d'activité, le Comité a consacré beaucoup de temps à s'assurer de la qualité, de la neutralité et de l'utilité du Cahier de questions et de tout le matériel en ligne. La consultation en ligne n'avait pas pour but de vérifier l'opinion publique générale sur l'aide médicale à mourir, ce qui avait été fait par le biais de sondages d'opinion réguliers, mais plutôt de tester les limites d'un cadre théorique d'aide médicale à mourir. Pour mieux comprendre les points de vue des Canadiens et pour évaluer les subtilités de leur accord ou désaccord, le Comité a inclus des questions sur des enjeux qui ne semblent pas faire l'unanimité et dont on peut prévoir qu'ils donneront lieu à un débat avec le passage du temps, tels que l'accès à l'aide médicale à mourir pour des mineurs matures et les demandes présentées par le biais de directives préalables en matière de soins.

Entre la date de mise en ligne et celle de clôture, soit entre le 20 août 2015 et le 22 novembre 2015, 14 949 personnes au total ont fait part de leurs points de vue en répondant au Cahier de questions. Ce nombre comprend 12 883 répondants à participation volontaire, ainsi qu'un groupe de 2 066 personnes constituant un échantillon représentatif de la population canadienne. Ce groupe témoin est régulièrement utilisé par l'entrepreneur retenu et a, par conséquent, été constitué avant la tenue de toute autre activité associée à la présente consultation et indépendamment de celle-ci.

Le Comité est reconnaissant à tous ceux qui ont pris le temps de partager leurs opinions; leurs réponses ont été prises très au sérieux et les principales observations découlant du Cahier de questions sont incluses dans le présent rapport. L'Annexe A rapporte les résultats du Cahier de questions et l'Annexe B présente une évaluation indépendante des résultats du Cahier de questions.

Les membres du Comité et d'autres personnes ayant participé étroitement au présent projet peuvent confirmer que les opinions personnelles sur l'aide médicale à mourir ne sont pas immuables et que les prises de position changent avec l'acquisition d'une meilleure compréhension de la situation et l'examen de perspectives différentes. Le Comité espère que ceux qui ont pris le temps de contribuer au Cahier de questions ont jugé l'expérience utile et que celle-ci a suscité une réflexion qui leur a permis de préciser et d'exprimer leurs points de vue. Les évaluations du Cahier de questions effectuées par les répondants tendent à indiquer que les principaux objectifs ont été atteints :

- 90 % des répondants de l'échantillon représentatif de la population et 74 % des répondants du grand public ont indiqué que « l'information était présentée clairement » (seulement 2 % et 9 % de ces groupes étaient en désaccord);
- 87 % des répondants de l'échantillon représentatif de la population et 65 % des répondants du grand public ont jugé que « l'information était bien équilibrée entre les différents points de vue sur cette question » (3 % et 16 % de ces groupes étaient en désaccord);
- 83 % des répondants de l'échantillon représentatif de la population et 61 % des répondants du grand public étaient d'avis que « la consultation en ligne [les] a aidé[s] à en savoir plus sur les principaux enjeux et préoccupations » (3 % et 17 % de ces groupes étaient en désaccord).

2. Les mémoires en ligne

Les Canadiens pouvaient également faire part de leurs points de vue en soumettant un mémoire écrit au Comité. Les Canadiens et les organisations canadiennes pouvaient ainsi expliquer plus en détail leurs idées et leurs recommandations concernant les formes d'aide médicale à mourir, les critères d'admissibilité, les risques et les mesures de sauvegarde. Le Comité a reçu un total de 321 mémoires. L'Annexe F présente une synthèse de tous les mémoires reçus et l'Annexe G présente des résumés de ces mémoires. Bien que l'outil de présentation en ligne s'adressait principalement à ceux qui ne pouvaient pas rencontrer le Comité ou ne pouvaient pas exprimer pleinement leurs opinions par le biais du Cahier de questions, certains groupes et certaines personnes qui ont participé aux consultations directes ont aussi choisi de déposer des mémoires.

Les membres du Comité sont conscients du temps et des efforts que certains citoyens et groupes canadiens ont consacré à la préparation de mémoires de qualité afin de partager leurs opinions, leurs connaissances et leurs expériences, et ils sont profondément reconnaissants des contributions de la population canadienne au présent rapport.

E. Les apprentissages à l'extérieur du Canada

Il n'existe pas de modèle ni de formule simple pour créer un cadre législatif concernant l'aide médicale à mourir. Même si le Comité était convaincu que ses consultations directes et celles auprès des experts seraient instructives et inestimables, il était évident que peu de professionnels canadiens disposaient du même niveau de connaissances que ceux qui travaillent dans un système où la pratique de l'aide médicale à mourir est une réalité depuis quelque temps.

Même si un nombre croissant de pays ont envisagé ou envisagent d'adopter des lois permettant l'aide à mourir, le nombre total d'administrations qui autorisent actuellement cette pratique est relativement restreint. En outre, l'aide à mourir est une évolution assez récente

Figure 4

EXPERTS INTERNATIONAUX

Pays-Bas

Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports

- Marianne Donker, directrice de la Santé publique et directrice générale adjointe de la Santé
- Jim Terwiel, coordonnateur des politiques et administrateur général, division de l'Éthique
- Lineke Bloemberg, agente de la politique de l'euthanasie, division de l'Éthique

Ministère de la Sécurité et de la Justice

- Maartje van der Linden, conseillère principale en éthique médicale

Comités régionaux d'examen de l'euthanasie

- Nicole Visée, secrétaire générale des Comités régionaux d'examen de l'euthanasie

J.J.M. van Delden, professeur, Université d'Utrecht

Association médicale royale des Pays-Bas

- Eric van Wijlick, conseiller principal en politiques
- Aart Hendricks, professeur en droit de la santé, conseiller juridique

Paul J. Lieveerse, Cancer Institute, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam

Johan Legemaate, professeur, Université d'Amsterdam

Commission parlementaire sur la Santé, le Bien-être et les Sports

- Renske Maria Leijten, Parti socialiste
- Linda Voortman, Parti Green Left

Fédération mondiale des sociétés pour le droit à mourir

- Rob Jonquière, directeur des Communications

de la politique dans plusieurs de ces administrations. Celles qui ont une expérience directe de la mise en œuvre, de l'exécution et de la surveillance de cette pratique possèdent, par conséquent, de précieuses connaissances à transmettre à leurs homologues. Le Comité a profité de la pause de ses consultations directes pour entreprendre, en septembre et octobre, des missions d'information dans plusieurs de ces administrations. Il s'est rendu dans quatre pays et a tenu 34 rencontres avec 46 experts. L'annexe E présente des résumés des transcriptions de ces rencontres.

1. Les pays européens

Du 30 août au 9 septembre 2015, le Comité a visité trois pays européens où l'aide à mourir a cours. Pendant ce voyage, il s'est rendu aux Pays-Bas, où il a rencontré 13 experts à l'occasion de 7 rencontres, en Belgique, où il a tenu 9 rencontres auxquelles 10 experts ont participé, et en Suisse, où il a rencontré 8 autres experts au cours de 7 réunions. Le choix de pays a permis au Comité de se familiariser avec différents systèmes et approches. Par exemple, les Pays-Bas et la Belgique régissent l'aide à mourir par des lois, alors que la Suisse ne régit pas la pratique par des lois fédérales, mais permet le suicide assisté sans motif égoïste. Ces pays ont également adopté différentes règles d'admissibilité et procédurales ainsi que divers mécanismes de production de rapports et de surveillance. Parmi les individus et les organisations que le Comité a consultés pendant cette tournée d'information en Europe, on compte des parlementaires, des représentants de ministères de la Santé et de la Justice, des professeurs d'universités, des groupes de défense d'intérêts et, dans le cas de la Suisse, des organismes privés qui facilitent le suicide assisté. La figure 4 dresse la liste de ces individus et organisations. Le Comité remercie les ambassadeurs canadiens et le personnel des ambassades de chacun des pays européens visités d'avoir pris le temps de le rencontrer, de lui fournir de l'information sur le

Figure 4 (suite)

EXPERTS INTERNATIONAUX (SUITE)

Belgique

Étienne Montero, doyen, Faculté de droit,
Université de Namur

Benoît Mores, conseiller au ministère fédéral
des Affaires sociales et de la Santé publique

Joris Vandenberghe, professeur de psychiatrie
à l'Université catholique de Louvain et membre
du Comité consultatif belge sur la bioéthique

Luc Deliens et Kenneth Chambaere, Groupe
de recherche sur les soins de fin de vie à
l'Université libre de Bruxelles et à l'Université
de Gand

Els Van Hoof, députée fédérale du parti chrétien-
démocrate flamand

Jean-Jacques De Gucht, membre du Sénat
belge et du Parlement flamand (Open VLD –
Flemish Liberals)

Jaqueline Herremans, présidente, Association
pour le droit de mourir dans la dignité Belgique
(ADMD)

Gert Huysmans, médecin en soins palliatifs et
président de la Fédération des soins palliatifs
en Flandre

Herman Nys, professeur en droit de la santé,
Université catholique de Louvain

Suisse

DIGNITAS

- Silvan Luley, directeur général

Exit

- Bernhard Sutter, directeur général

Georg Bosshard, responsable, Éthique clinique,
Université de Zurich

Région See/Oberland

- Jürg Vollenweider, procureur en chef

Office fédéral de la justice de Suisse

- Bernardo Stadelmann, directeur
adjoint, et Corine Klöti

Canton de Vaud

- Karim Boubaker, médecin cantonal

Steffen Eychmüller, responsable du Centre de
soins palliatifs, Inselspital

contexte et surtout de l'avoir aidé à coordonner et à planifier les missions d'information avec un si court préavis. Sans leur aide, ces missions d'information n'auraient jamais été possibles.

2. L'Oregon et d'autres États américains

De plus en plus d'États américains songent à adopter des lois concernant l'aide à mourir. Au moment de rédiger le présent rapport, les États de l'Oregon, de Washington, du Vermont et de la Californie avaient adopté des lois et le Montana autorisait l'aide à mourir conformément aux dispositions d'un arrêt de la Cour suprême de l'État. Les critères d'admissibilité et les processus concernant l'aide à mourir dans ces États diffèrent passablement de ceux en vigueur en Europe. Afin de mieux comprendre ces différences et le mode de fonctionnement d'un cadre sur l'aide à mourir en Amérique du Nord, le Comité a donc entrepris une mission d'information en Oregon du 1^{er} au 3 octobre 2015. L'aide à mourir existant depuis 1997 en Oregon – ce qui fait de son régime d'aide à mourir l'un des plus anciens du monde – les experts de cet État ont fourni une grande quantité d'informations au Comité. En raison de contraintes de temps et de la similitude des régimes des États américains, le Comité n'a visité que l'Oregon; il a toutefois consulté des experts d'organismes nationaux américains œuvrant pour les personnes handicapées. Dans le cadre de sa mission d'information en Oregon et auprès des organismes américains, le Comité a tenu 11 réunions avec 15 experts dont des médecins et des membres du groupe de travail qui a rédigé les directives pour la *Death with Dignity Act* de l'Oregon, ainsi que des membres de groupes représentant les personnes handicapées et des organisations qui appuient l'aide médicale à mourir. La figure 4 dresse également la liste de ces individus et organisations.

F. Les compétences provinciales et territoriales

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a déclaré qu'il appartenait au gouvernement fédéral et aux assemblées législatives provinciales, si elles choisissent de le faire, d'adopter des lois sur l'aide médicale

Figure 4 (suite)

EXPERTS INTERNATIONAUX (SUITE)

Oregon et autres administrations américaines

Kelly Hagan, membre du groupe de travail neutre qui a œuvré à l'élaboration de directives pour la *Death with Dignity Law* de l'Oregon

Disability Rights Legal Center

- Kathryn Tucker

Death with Dignity National Center

- Eli Stutsman et Peg Sandeen

Oregon Hospice Association

- Barb Hansen

Physicians for Compassionate Care Education Fund

- Kenneth R. Stevens Jr. et Charles Bentz

Disability Rights Oregon

- Bob Joondeph

Barbara Glidewell, ancienne protectrice du citoyen et directrice des relations avec les patients de l'Oregon Health Sciences University Hospital

Compassion and Choices

- Sue Porter, Kat West et Peter Reagan

Katrina Hedberg, médecin, épidémiologiste de l'État

Linda Ganzini, psychiatre/gériatre

Disability Rights Education & Defense Fund

- Marilyn Golden, analyste principale des politiques

à mourir. Étant donné que les deux ordres de gouvernement peuvent décider de répondre à l'arrêt *Carter*, il est raisonnable que des processus parallèles soient adoptés pour justifier la création de mécanismes appropriés à chaque palier. Au moment de la création du Comité, l'existence, le format et le mandat du Comité consultatif d'experts provinciaux-territoriaux n'étaient pas connus. Toutefois, conformément à son mandat qui lui enjoint de tenir compte « des compétences fédérales, provinciales et territoriales en matière de santé et de droit pénal », le Comité a profité de ses consultations à Toronto pour rencontrer les coprésidents et plusieurs membres du Groupe consultatif d'experts provinciaux-territoriaux. La rencontre a été très instructive et a permis, dans un esprit collégial, de discuter des activités et des impressions officielles. Il est apparu clairement que les travaux des deux groupes se complèteraient et que les gouvernements et les Canadiens bénéficieraient de ces deux axes de débat, qui constitueront de riches sources d'informations réfléchies sur des enjeux d'une telle importance nationale.

G. Le rapport

À la fin de ce processus multidimensionnel de collecte de données et de dialogue, le Comité ressent un profond sentiment d'humilité et prend conscience à nouveau de l'ampleur de la tâche qui lui a été confiée. Les mémoires écrits et les exposés oraux que nous avons reçus ont été préparés avec intégrité et soin et dénotaient le respect à l'égard de l'arrêt de la Cour et du mandat confié au Comité. Les experts et les groupes d'intérêts que nous avons rencontrés au Canada et à l'étranger ont fait preuve de réflexion et de raisonnement et c'est avec générosité qu'ils ont partagé leur temps, leurs travaux et leurs connaissances spécialisées avec nous. De même, les répondants du Cahier de questions ont fait don de leur temps précieux et y ont consacré leur attention dans un impressionnant étalage de sens civique.

Dans le cadre de chacun de nos processus de consultation, les participants ont parlé avec passion et candeur, et même si leurs opinions pouvaient parfois diverger grandement, chacun d'eux s'est exprimé avec ferveur à propos du respect et du soutien que nous devons accorder à ceux qui souffrent. Il ne fait aucun doute que cette question touche profondément les Canadiens. Ce n'est pas une mince tâche d'honorer les contributions d'autant de citoyens et d'organisations dans cette version finale du rapport.

Dans les pages qui suivent, le Comité présente l'essence même de tout ce que nous avons entendu et appris sur l'aide médicale à mourir au cours des cinq derniers mois. Les opinions et réflexions recueillies dans le Cahier de questions, les mémoires écrits et les consultations directes ont démontré sans l'ombre d'un doute que l'aide médicale à mourir est un enjeu de la plus grande importance aux yeux des Canadiens. C'est dans cette optique, et par respect pour tous ceux qui ont consacré du temps et des ressources pour nous faire part de leurs opinions, que le présent rapport peut traiter de questions qui, selon la Constitution, ne relèvent pas des responsabilités habituelles du gouvernement fédéral en matière de santé. En définitive, le Comité conclut qu'il est important que le gouvernement fédéral, de même que les gouvernements provinciaux et territoriaux, et tous les Canadiens connaissent tout l'éventail des connaissances, des réflexions et des opinions qui ont été partagées tout au long du présent exercice.

Partie II – Le contexte juridique pertinent

Bien que son mandat n'impose plus au Comité de formuler des options législatives en réaction à la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*, il est important que le lecteur ait une certaine idée du contexte juridique avant d'être exposé aux principes sur lesquels reposaient l'examen mené par le Comité concernant l'aide médicale à mourir. Cette partie du rapport débute par de brefs résumés des principes constitutionnels pertinents qui ont orienté les discussions du Comité et se termine par un résumé de la décision rendue dans l'affaire *Carter*.

Chapitre 2. Le partage des compétences fédérales et provinciales

Il n'y a guère de domaines stratégiques dans lesquels les rôles respectifs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont aussi imbriqués que dans celui de la santé. Cette complexité découle en partie du partage des compétences fédérales et provinciales énoncées dans la *Loi constitutionnelle de 1867*. Les articles 91 et 92 exposent dans leurs grandes lignes les domaines de compétence législative du Parlement et des assemblées législatives provinciales respectivement. Les soins de santé n'étant pas considérés selon leur mode de fonctionnement actuel à l'époque de la Confédération, la santé n'est pas un domaine de compétence législative énuméré, et il faut par conséquent le déduire d'autres articles.

A. Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé

En ce qui a trait à l'aide médicale à mourir, les principaux secteurs de compétence fédérale visés par l'article 91 sont le pouvoir en matière de droit pénal, qui est énoncé au paragraphe 91(27), et le pouvoir fédéral de dépenser qui, bien que d'aucuns le contestent, est déduit par d'autres de l'alinéa 91(1A), qui confère au Parlement la compétence législative sur « La dette et la propriété publique », et du paragraphe 91(3), « Le prélèvement de deniers par tous modes ou systèmes de taxation ».

Concernant la santé, le pouvoir en matière de droit pénal a été interprété comme réglementant ou interdisant des pratiques qui pourraient nuire à la santé des Canadiens. La Cour suprême a arrêté que

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 répréhensible².

² *Procureur général du Canada c. PHS la Société des services communautaires*, 2011 CSC 44, par. 68 [PHS].

La Cour suprême du Canada a également fait observer ce qui suit :

Le fédéral possède une vaste compétence pour ce qui est de l'adoption de lois en matière criminelle relativement à des questions de santé, et cette compétence n'est circonscrite que par les exigences voulant qu'elles comportent une interdiction accompagnée d'une sanction pénale, et qu'elles visent un mal légitime pour la santé publique³.

Un des meilleurs exemples du pouvoir fédéral de dépenser dans le domaine de la santé est le Transfert canadien en matière de santé⁴, dont il est question dans la *Loi canadienne sur la santé*⁵. Le gouvernement fédéral et la province de Québec ont par le passé fait référence au « fédéralisme asymétrique » pour exprimer le respect à l'endroit des secteurs de compétence du Québec et reconnaissance de « [sa] volonté [...] d'exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire » lors de la mise en œuvre d'un Plan décennal pour consolider les soins de santé⁶.

B. Le rôle des provinces dans le domaine de la santé

Les secteurs de compétence des provinces relativement à l'aide médicale à mourir découlent du paragraphe 92(7), « L'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine », du paragraphe 92(13), « La propriété et les droits civils dans la province », et du paragraphe 92(16), « Généralement toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province ». On interprète collectivement ces articles comme conférant aux provinces la compétence en matière de prestation de soins de santé, d'assurance-maladie et de réglementation des professionnels des soins de santé, pouvoir qui couvre un vaste ensemble d'enjeux dans le système de soins de santé canadien. La Cour suprême a formulé l'observation suivante au sujet de la compétence des provinces en matière de santé : « La vaste compétence provinciale en matière de santé englobe des milliers d'activités et une multitude d'installations différentes⁷ ».

C. Une compétence concurrente

Dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême est parvenue à la conclusion suivante sur la compétence des gouvernements fédéral et provinciaux relativement à l'aide médicale à mourir :

La santé est un domaine de compétence concurrente; le Parlement et les provinces peuvent valablement légiférer dans ce domaine [...] Ceci laisse croire que les deux ordres de

³ *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 RCS 199, p. 246 [*RJR-MacDonald*].

⁴ Ministère des Finances Canada, *Transfert canadien en matière de santé*.

⁵ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6.

⁶ Gouvernement du Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé :- Un plan décennal pour consolider les soins de santé*; Santé Canada, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, septembre 2004.

⁷ *PHS*, au par. 68.

gouvernement peuvent valablement légiférer sur des aspects de l'aide médicale à mourir, en fonction du caractère et de l'objet du texte législatif.

En parvenant à cette conclusion, la Cour a rejeté les arguments avancés par les demandeurs et les procureurs généraux provinciaux étant intervenus dans l'affaire *Carter*, pour faire admettre l'existence d'un « contenu essentiel » de la compétence provinciale en matière de santé. Ces groupes ont fait valoir que les secteurs énumérés de la compétence législative prévus aux articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867* sont « “exclusifs” et ont donc chacun un contenu essentiel “minimum et irréductible” qui échappe à l'application de la législation édictée par l'autre ordre de gouvernement⁸ ». Cet argument repose sur le principe juridique de « l'exclusivité des compétences », qui empêche un ordre de gouvernement d'adopter des lois dans un secteur « essentiel » de l'autre niveau de compétence gouvernemental.

La Cour suprême a rejeté cet argument. Comme dans *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society (PHS)*, une autre décision récente qui se situait au point où le droit en matière de santé et le droit pénal se rejoignent, la Cour a fait abstraction des arguments qui faisaient fond sur l'exclusivité des compétences et proposaient une compétence provinciale essentielle en matière de santé, leur préférant le principe de compétence « concurrente » ou partagée. Dans *PHS*, la Cour a fait observer que plutôt que de compter sur l'exclusivité des compétences comme principe directeur dans le domaine de la santé, il convient davantage d'adopter le « fédéralisme coopératif » comme approche :

Dans un esprit de fédéralisme coopératif, les tribunaux « devrai[ent] éviter d'empêcher l'application de mesures considérées comme ayant été adoptées en vue de favoriser l'intérêt public ». Dans la mesure du possible, ils devraient permettre aux deux ordres de gouvernement de légiférer de concert dans les matières qui relèvent de leur compétence⁹.

La Cour a relevé dans *PHS* que la tâche consistant à « délimiter avec précision » les compétences fédérales et les compétences provinciales dans le domaine de la santé serait « pratiquement insurmontable¹⁰ », ce qui donne à penser qu'une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux et territoriaux s'impose peut-être pour garantir l'accès sûr et équitable à l'aide médicale à mourir au Canada.

⁸ *Carter*, par. 50.

⁹ *PHS*, par. 63.

¹⁰ *PHS*, par. 68.

Chapitre 3. Les articles pertinents de la Charte

La *Charte canadienne des droits et libertés*¹¹, qui fait partie de la Constitution canadienne, énonce les droits et libertés que le Canada reconnaît comme étant fondamentaux à tout rapport entre un particulier et l'État de ce pays. Les articles de la Charte qui sont les plus pertinents aux fins du présent rapport sont les suivants :

- Article 1 : La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique;
- Article 2a) : Chacun a les libertés fondamentales suivantes : [...] liberté de conscience et de religion;
- 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;
- Article 15(1) : La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques; et
- Article 33 : Le Parlement ou la législature d'une province peut adopter une loi où il est expressément déclaré que celle-ci ou une de ses dispositions a effet indépendamment d'une disposition donnée de l'article 2 ou des articles 7 à 15 de la présente charte.

L'article 7 est celui sur lequel la Cour suprême s'est le plus penchée; de tous les articles discutés ci-dessus, il est par conséquent celui qui est examiné le plus en profondeur. L'article 1 est étudié dans le contexte de l'article 7. Bien que l'article 15 ne soit pas explicitement abordé dans la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Carter*, il éclaire une grande partie du contentieux de l'affaire *Carter* et il est de ce fait brièvement examiné. L'article 33 a été soulevé lors de discussions avec de nombreux groupes et particuliers ainsi que dans les mémoires qu'ils ont présentés; il est donc également abordé ci-après.

Dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême a choisi de ne pas s'étendre sur l'aspect fondamental du droit énoncé au paragraphe 2a) dans le contexte de sa discussion qui a porté sur le droit des médecins de refuser, pour des raisons de conscience, de fournir l'aide médicale à mourir. En outre, le Comité n'a entendu aucune observation traitant explicitement de l'objection de conscience dans le contexte du paragraphe 2(a). Pour ces raisons, cet article de la Charte ne sera pas abordé en détail ci-après.

¹¹ [Charte canadienne des droits et libertés](#), annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, ch. 11 [Charte].

A. L'article 7 : Le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne

L'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* garantit « le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ». Dans cette partie, nous examinons d'abord le contenu des droits protégés par l'article 7 de la Charte, puis nous expliquons les critères servant à déterminer s'il y a violation de l'article 7. Enfin, nous exposons brièvement la justification d'un manquement à l'article 7 en vertu de l'article 1 de la Charte.

1. Droits protégés en vertu de l'article 7

L'article 7 de la Charte énonce ce qui suit :

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.

Les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne sont trois intérêts distincts : une loi qui exerce un effet préjudiciable sur *un seul* des trois fait entrer en jeu l'article 7. Les droits protégés en vertu de l'article 7 sont généralement compris comme des droits « négatifs » – ce qui signifie que, bien qu'une loi ne puisse pas limiter le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne, l'article 7 n'impose pas au gouvernement le devoir absolu de veiller à ce que tous les particuliers jouissent de la vie, de la liberté et de la sécurité de leur personne¹².

Le droit à la vie est mis en jeu lorsqu'il existe une menace ou une élévation du risque de décès, et il ne traite généralement pas de la qualité de vie. Bien que l'application d'une loi cause rarement la mort, l'élévation du risque de décès qui résulte d'une loi peut limiter le droit à la vie. Par exemple, dans le cas de *Chaoulli c. Québec*, la Cour suprême a jugé qu'un temps d'attente excessif pour certaines procédures dans le système de soins de santé public du Québec touchait le droit à la vie puisqu'il augmentait le risque de décès des patients¹³.

Le droit à la liberté, en particulier celui à la liberté physique, est souvent mis en jeu dans la sphère du droit pénal. Une peine d'emprisonnement est un exemple manifeste d'une restriction de la liberté physique¹⁴. Le droit à la liberté se manifeste également dans des contextes qui ne relèvent pas du droit pénal : une loi entrave la liberté si elle empêche un particulier de faire des « choix personnels fondamentaux¹⁵ ». Le droit à la liberté protégé par l'article 7 s'entend comme donnant aux particuliers « une marge d'autonomie personnelle sur les décisions importantes touchant intimement à sa vie privée¹⁶ », tout en protégeant le « droit à une sphère irréductible d'autonomie personnelle où les individus peuvent prendre des décisions intrinsèquement privées sans intervention de l'État¹⁷ ».

¹² [Gosselin c. Québec](#), 2002 CSC 84 [Gosselin].

¹³ [Chaoulli c. Québec](#), 2005 CSC 35 [Chaoulli].

¹⁴ Peter Hogg, *Constitutional Law of Canada*, 5^e édition (feuilles mobiles), Carswell (Toronto), 2010, pages 47-7 à 47-8 [Hogg].

¹⁵ [Blencoe c. Colombie-Britannique](#), 2000 CSC 44, par. 49 et 54 [Blencoe].

¹⁶ [R. c. Morgentaler](#), [1988] 1 RCS 30 [Morgentaler].

¹⁷ [Godbout c. Longueuil \(City\)](#), [1997] 3 RCS 844, par. 66.

Le droit à la sécurité de sa personne porte sur la santé et sécurité. Ainsi, dans *R. c. Morgentaler*, la Cour a trouvé que les retards de traitement qui accroissaient les risques pour la santé des femmes demandant un avortement constituaient une atteinte à la sécurité de la personne¹⁸. Ces retards étaient causés par l'exigence voulant que pour qu'une femme puisse obtenir légalement un avortement, un « comité de l'avortement thérapeutique » devait attester par écrit que la poursuite de la grossesse mettait en danger la vie ou la santé de la femme.

Par ailleurs, dans *Rodriguez c. Colombie-Britannique*¹⁹, l'affaire d'aide médicale à mourir qui a précédé *Carter c. Canada*, la Cour suprême a conclu en majorité que « la sécurité de la personne englobe des notions d'autonomie personnelle (du moins en ce qui concerne le droit de faire des choix concernant sa propre personne), de contrôle sur son intégrité physique et mentale sans ingérence de l'État, et de dignité humaine fondamentale²⁰ ». À cet égard, le droit constitutionnel à la sécurité de sa personne coïncide avec l'exigence de longue date de la common law que les individus consentent aux soins médicaux²¹.

2. Comment déterminer s'il y a violation de l'article 7

Le libellé de l'article 7 prohibe la privation du droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne, sauf si elle se fait « en conformité avec les principes de justice fondamentale ». Par conséquent, une loi ne contrevient pas à l'article 7 si les limites qu'elle impose à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne sont conformes aux principes de justice fondamentale. Le résultat est un examen en deux étapes : en premier lieu, la loi limite-t-elle le droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de sa personne; et deuxièmement, cette limitation respecte-t-elle les principes de justice fondamentale²². Si tel est le cas, il n'y a pas de violation de l'article 7. Dans le cas contraire, cependant, il faudra déterminer que la loi contrevient à l'article 7 de la Charte.

a) Première étape : La loi a-t-elle une incidence sur le droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de sa personne?

La première étape du critère consiste à examiner si la loi a un effet préjudiciable sur le droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne. Dans *A.C. c. Manitoba*, la Cour suprême a examiné le cas d'une adolescente de 14 ans dont les croyances religieuses en tant que Témoin de Jéhovah comportaient le refus de transfusions sanguines. La loi en cause permettait au tribunal d'autoriser le traitement médical de personnes âgées de moins de 16 ans, même sans leur consentement. Comme première étape du critère, la Cour a trouvé que « [l']incapacité d'un adolescent de décider de son propre traitement médical constitue [...] une privation des droits à la liberté et à la sécurité [...] »²³.

Dans l'affaire *Bedford*, la Cour suprême a jugé que les infractions liées à la prostitution (tenue d'une maison de débauche, vivre des produits de la prostitution et communiquer en public) limitaient le droit

¹⁸ *Morgentaler*.

¹⁹ *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519 [*Rodriguez*].

²⁰ *Rodriguez*, p. 588.

²¹ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, 2009 CSC 30, par. 44 [*A.C. c. Manitoba*], citant Robins J.A. de la Cour d'appel de l'Ontario dans *Fleming c. Reid* (1991), 4 O.R. (3d) 74.

²² *PHS*, par. 84.

²³ *A.C. c. Manitoba*, par. 102 [*par* Abella J. (LeBel, Deschamps et Charron JJ. étant d'accord)].

à la sécurité de la personne parce qu'elles imposaient des conditions dangereuses pour les travailleuses de l'industrie du sexe et limitaient les mesures qu'elles pouvaient prendre pour se protéger²⁴.

Dans *PHS*, la Cour suprême a examiné la décision du ministre de la Santé de ne pas exempter Insite, le Centre d'injection supervisé du quartier Downtown Eastside de Vancouver, d'une loi qui crée une infraction assortie d'une peine de prison pour la possession de drogues interdites. La Cour a jugé que l'interdiction de posséder des drogues interdites mettait en jeu les droits à la liberté du personnel travaillant à Insite, ce qui privait à leur tour les clients de soins médicaux qui pouvaient leur sauver la vie, « par conséquent, le droit des clients à la vie et à la sécurité de leur personne est en jeu²⁵ ».

b) Seconde étape : La privation des droits de l'article 7 est-elle conforme aux principes de justice fondamentale?

Dans la récente affaire *Bedford*, la Cour suprême a décrit les principes de justice fondamentale comme suit :

L'analyse fondée sur l'article 7 s'attache à débusquer les dispositions législatives intrinsèquement mauvaises, celles qui privent du droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne au mépris des valeurs fondamentales que sont censés intégrer les principes de justice fondamentale et dont la jurisprudence a défini la teneur au fil des ans²⁶.

Trois principes de justice fondamentale étaient au cœur de la jurisprudence récente de la Cour suprême traitant de l'article 7, notamment la décision dans l'affaire *Carter* : les exigences qu'une loi ne soit pas arbitraire, n'ait pas une portée excessive ou n'entraîne pas de conséquences totalement disproportionnées à son objet²⁷.

Les trois principes traitent de l'objet de la loi, bien que de façon différente. La Cour a décrit la caractéristique commune de ces trois principes opposés à l'arbitraire, à la portée excessive et aux conséquences totalement disproportionnées comme « l'échec de la rationalité », par quoi l'on entend que l'objet de la loi est acceptable, mais que les moyens utilisés pour l'atteindre ne le sont pas²⁸. Malgré cette caractéristique commune, les concepts d'arbitraire, de portée excessive et de disproportion exagérée sont distincts les uns des autres, et chacun d'eux « peut être enfreint par l'effet qu'exerce une loi sur la vie, la liberté ou la sécurité d'une seule personne²⁹ ».

i. L'arbitraire

Le principe d'arbitraire examine si oui ou non la loi cible effectivement son objet et « s'il existe un lien direct entre son objet et l'effet allégué sur l'intéressé [...]. Il doit exister un lien rationnel entre l'objet de

²⁴ *Procureur général du Canada c. Bedford*, 2013 CSC 72, par. 60.

²⁵ *PHS*, par. 91.

²⁶ *Bedford*, par. 96.

²⁷ *Carter*, par. 72.

²⁸ Hogg, pages 47 à 58, citant Hamish Stewart, *Fundamental Justice*, Irwin Law, Toronto, 2012, p. 151.

²⁹ Hamish Stewart, « *Bedford and the Structure of Section 7* », *McGill Law Journal*, vol. 60, n° 3, 2015, p. 577. [Stewart].

la mesure qui cause l'atteinte au droit garanti à l'article 7 et la limite apportée au droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne³⁰ ». Une loi arbitraire touche sans aucune raison les droits dont jouit un particulier en vertu de l'article 7³¹.

Par exemple, dans *Morgentaler*, la Cour suprême a invalidé les restrictions qui exigeaient que les avortements ne soient effectués que dans des hôpitaux agréés après qu'un comité des avortements thérapeutiques eut attesté par écrit que la poursuite de la grossesse mettait en danger la vie ou la santé de la femme. L'effet de la loi, qui consistait à créer des retards déraisonnables attribués aux exigences du comité, allait à l'encontre de l'objet de la loi, qui consistait à améliorer la santé des femmes³².

L'affaire *PHS* est un récent exemple d'arbitraire. La Cour a jugé que la décision du ministre de ne pas renouveler l'exemption du Centre d'injection supervisé du quartier Downtown Eastside de Vancouver était arbitraire. L'objet de la prohibition de drogues interdites consiste à protéger la santé et la sécurité publique. Les éléments de preuve ont montré que le fonctionnement du Centre d'injection supervisé contribuait en fait à l'objectif de santé et de sécurité publique. Il n'y avait par conséquent aucun lien rationnel entre l'objet de la loi et la décision de ne pas renouveler l'exemption pour le Centre d'injection supervisé.

ii. Une portée excessive

Une loi qui va trop loin dans la vie des particuliers ou dans la conduite qu'elle cherche à régler a une portée excessive. En d'autres termes « les intérêts afférents à l'article 7 de certaines (mais pas de toutes les) personnes auxquelles il s'applique sont touchés sans aucune raison³³ ». Sa portée est tellement vaste qu'elle empiète sur un comportement sans lien avec son objet³⁴.

Par exemple, dans l'affaire *Bedford*, l'interdiction de vivre des produits de la prostitution a été jugée avoir une portée excessive parce qu'elle n'établissait pas de distinction entre ceux qui exploitent les travailleuses du sexe – par exemple les proxénètes qui vivent des gains des travailleuses du sexe – et ceux qui pourraient être embauchés par les travailleuses du sexe pour accroître leur sécurité, par exemple les chauffeurs, les gestionnaires ou les gardes du corps. Comme la prohibition de vivre des produits englobait certains comportements qui ne correspondaient pas à l'objet de la loi, qui consistait à criminaliser le proxénétisme, sa portée était excessive.

Il convient de noter que la notion juridique de portée excessive a évolué au fil des ans. Elle a surtout évolué depuis que la Cour suprême a tranché à propos du cas précédent sur l'aide médicale à mourir en 1993, en l'occurrence *Rodriguez c. Canada*. La notion de portée excessive est désormais reconnue explicitement comme un principe de justice fondamentale, ce qui n'était pas le cas dans l'affaire *Rodriguez*, et la question que posent les tribunaux lorsqu'ils examinent si la portée d'une loi est

³⁰ *Bedford*, par. 111.

³¹ *Stewart*, p. 584.

³² *Morgentaler*.

³³ *Stewart*, p. 584.

³⁴ *Bedford*, par. 112.

excessive a changé. L'analyse de la portée excessive exige désormais qu'un tribunal demande « si la disposition empiète sur un comportement sans lien avec son objectif³⁵ ».

iii. Une disproportion exagérée

Le principe de disproportion exagérée décrit des lois qui, bien qu'elles visent à réagir à un problème, le font de manières « à ce point extrêmes qu'elles sont disproportionnées à tout intérêt légitime du gouvernement³⁶ » et ce à un coût trop élevé pour la vie, la liberté et la sécurité des particuliers³⁷. On détermine s'il y a disproportion exagérée en mettant l'effet qu'exerce la limite de la loi dans la balance avec tout avantage qui en découle. Lorsqu'une loi a un rapport avec son objet, mais que la privation des droits de l'article 7 qui en résulte est tellement grave qu'elle est hors de toute proportion avec l'objectif que la loi essaie d'atteindre, la privation des droits de l'article 7 sera jugée être exagérément disproportionnée³⁸.

Par exemple, dans l'affaire *Bedford*³⁹, la Cour a jugé que deux interdictions avaient des conséquences totalement disproportionnées : l'interdiction de communiquer en public, dont l'objectif consistait à empêcher une nuisance publique, et l'interdiction de tenir une maison de débauche, dont l'objectif consistait à empêcher le désordre dans le quartier. Ces deux interdictions accroissaient le risque pour la sécurité des travailleuses du sexe en criminalisant les tentatives de trier les clients éventuels en public et l'exercice du travail du sexe à un endroit intérieur fixe. L'accroissement du risque qui en est résulté pour la sécurité des travailleuses du sexe a été jugé être exagérément disproportionné par rapport aux objectifs des interdictions.

En somme, l'ingérence dans le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne contreviendra à l'article 7 si elle se fait d'une façon qui est arbitraire, exagérément disproportionnée ou qui a une portée excessive (ou n'est pas conforme à d'autres principes de justice fondamentale qui ne sont pas discutés ici). Si l'on constate une violation d'un droit de l'article 7, le gouvernement qui a adopté la loi pourrait essayer de la justifier en vertu de l'article 1 de la Charte.

3. Justifier des violations de l'article 7 en vertu de l'article 1 de la Charte

L'article 1 de la Charte stipule que les droits et les libertés sont garantis « dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ». Par conséquent, les droits et les libertés ne sont pas absolus, et un gouvernement peut tenter de justifier une contravention en invoquant l'article 1.

Il peut être difficile de justifier les violations des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne en vertu de l'article 1 de la Charte. En fait, la Cour suprême n'a pas encore reconnu une limite justifiée

³⁵ *Carter*, par. 46, citant *Bedford*, par. 101.

³⁶ *PHS*, par. 133, citant *R. c. Malmö-Levine*, 2003 CSC 74, par. 143.

³⁷ *Stewart*, p. 585.

³⁸ *Bedford*.

³⁹ *Bedford*.

d'un droit accordé par l'article 7. Dans l'affaire *Bedford*, la Cour suprême a cependant formulé le commentaire suivant :

On a affirmé que la disposition qui violait un droit garanti à l'article 7 avait peu de chances d'être justifiée en vertu de l'article premier de la Charte. L'importance des droits fondamentaux protégés par l'article 7 appuie cette remarque. Néanmoins, la jurisprudence reconnaît par ailleurs qu'il peut se présenter des situations dans lesquelles l'article premier a un rôle à jouer [...]. On ne peut écarter la possibilité que l'État soit en mesure de démontrer que l'atteinte à un droit garanti à l'article 7 est justifiée en vertu de l'article premier de la Charte, selon l'importance de l'objectif législatif et la nature de l'atteinte à un droit garanti par l'article 7⁴⁰.

À cette étape de l'analyse, le gouvernement doit montrer que la violation de l'article 7 (ou de tout droit garanti par la Charte) est justifié en vertu de l'article 1. Pour le faire avec succès, un gouvernement doit démontrer que la loi respecte le critère de l'arrêt *Oakes*⁴¹ : la loi doit avoir un objet urgent et réel et les moyens choisis pour le réaliser doivent être proportionnels. L'exigence de proportionnalité sera respectée dans le cas où « (1) les moyens adoptés sont rationnellement liés à cet objet, (2) elle porte atteinte de façon minimale au droit en question, et (3) il y a proportionnalité entre les effets préjudiciables et les effets bénéfiques de la loi⁴² ».

L'analyse permettant de déterminer si les limitations sont conformes aux principes de justice fondamentale en vertu de l'étape 2 du critère de l'article 7 et l'analyse effectuée en vertu de l'article 1 font appel à des concepts semblables. Cependant, la Cour suprême a indiqué qu'ils sont différents : alors que l'analyse de l'article 7 se penche sur la question étroite de savoir si la loi enfreint des droits individuels, l'analyse de l'article 1 comporte une « justification fondée sur l'objectif public prédominant⁴³ ».

B. L'article 15 : Droits à l'égalité

L'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* énonce les droits à l'égalité qui protègent les membres de la société canadienne. Le paragraphe 15(1) interdit la discrimination pour plusieurs motifs énumérés, notamment l'incapacité physique. La jurisprudence de la Cour suprême du Canada a permis d'ajouter d'autres motifs de discrimination illicite, notamment l'orientation sexuelle. Ces motifs supplémentaires sont appelés motifs « analogues ».

Gloria Taylor, la demanderesse principale dans l'affaire *Carter c. Canada*, a fait valoir que le paragraphe 241b) et l'article 14 du *Code criminel* contreviennent à l'article 15 de la Charte. Elle a présenté l'argument que, bien qu'une personne non handicapée puisse choisir de recourir au suicide, les personnes atteintes de certaines incapacités physiques peuvent être incapables de le faire sans aide, et

⁴⁰ *Bedford*, par. 129 [références omises].

⁴¹ *R. c. Oakes*, [1986] 1 RCS 103 [*Oakes*].

⁴² *Carter*, par. 94.

⁴³ *Bedford*, par. 125.

la prohibition imposée par le *Code criminel* d'aider un particulier à mourir a par conséquent une incidence anormale sur ces personnes.

Au cours des 30 années pendant lesquelles l'article 15 a été en vigueur, la Cour suprême a adopté une variété d'approches pour évaluer les requêtes présentées en vertu de l'article 15⁴⁴. La première décision de la Cour à l'égard de l'article 15, rendue en 1989, en demeure cependant une des pierres de touche, et la Cour revient souvent à cette décision pour définir ses principes fondamentaux d'égalité. Dans *Andrews c. Law Society of British Columbia*, la Cour a rejeté une interprétation « d'égalité formelle » de l'article 15 en faveur d'une autre reposant sur un concept qui finirait par être appelé « égalité réelle⁴⁵ ».

L'égalité formelle est une conceptualisation de l'égalité reposant sur l'idée que des personnes qui se trouvent dans des situations semblables devraient être traitées de façon semblable. Bien que cela puisse sembler juste, l'approche peut aboutir à de graves inégalités. Dans l'affaire *Andrews*, la Cour a renvoyé à sa décision antérieure à la Charte dans *Bliss c. Procureur général du Canada*⁴⁶ pour apporter la démonstration de cette affirmation. Dans l'affaire *Bliss*, on a refusé à une femme enceinte des prestations d'assurance-emploi en raison de sa grossesse. Elle a fait valoir que le droit en vigueur à l'époque exerçait une discrimination fondée sur le sexe à son égard. En appliquant le critère juridique qu'elle utilisait à l'époque, la Cour a jugé que parce que toutes les personnes enceintes étaient traitées de la même façon, il n'y avait pas de discrimination, faisant fi du fait que seules les femmes peuvent tomber enceintes et que le droit avait donc une incidence préjudiciable disproportionnée sur elles.

Dans l'affaire *Andrews*, la Cour suprême a jugé que l'égalité formelle comporte cependant à l'égard de la compréhension de l'égalité un « grave défaut » qui pourrait aboutir à un traitement « séparé mais équivalent » de groupes défavorisés, citant pour exemple la ségrégation raciale. Une approche reposant sur l'égalité formelle de l'argument de Gloria Taylor aurait pu mener au rejet de sa requête en vertu de l'article 15; personne ne pouvait avoir accès à l'aide à mourir et par conséquent, personne ne faisait l'objet de discrimination.

Dans l'affaire *Andrews*, la Cour a adopté une approche différente qui finirait par être appelée égalité réelle⁴⁷. Elle a soutenu que

l'article 15 a pour objet de garantir l'égalité dans la formulation et l'application de la loi. Favoriser l'égalité emporte favoriser l'existence d'une société où tous ont la certitude que la loi les reconnaît comme des êtres humains qui méritent le même respect, la même déférence et la même considération. Il comporte un aspect réparateur important.

⁴⁴ Martha Butler, [L'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés – L'évolution de la conception de la Cour suprême du Canada du droit à l'égalité garanti par la Charte](#), Publication n° 2013-83-E, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, septembre 2013.

⁴⁵ *Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 RCS 143.

⁴⁶ *Bliss c. Le Procureur Général du Canada*, [1979] 1 RCS 183.

⁴⁷ La Cour suprême a décrit pour la première fois son approche dans *Andrews* comme étant une « égalité matérielle et non simplement formelle » huit ans plus tard dans *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3 RCS 62, par. 61

Cet « aspect réparateur important » est un élément crucial de l'égalité réelle. Un engagement à l'égard de l'égalité réelle signifie que l'on affirme que certaines personnes peuvent avoir besoin d'une aide ou d'un traitement distinct pour parvenir à la véritable égalité.

Dans l'affaire *Andrews*, la Cour suprême a également défini la discrimination. Elle a jugé que la discrimination est :

une distinction, intentionnelle ou non, mais fondée sur des motifs relatifs à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, des obligations ou des désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou de restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et aux avantages offerts à d'autres membres de la société.

En discutant l'égalité réelle, la Cour suprême a formulé les commentaires suivants dans l'affaire *Withler c. Canada (Procureur général)* :

L'égalité n'est pas une question de similitude, et le paragraphe 15(1) ne garantit pas le droit à un traitement identique. Il garantit plutôt à chacun le droit d'être protégé contre toute discrimination. [...]

L'égalité réelle, contrairement à l'égalité formelle, n'admet pas la simple différence ou absence de différence comme justification d'un traitement différent. Elle transcende les similitudes et distinctions apparentes. Elle demande qu'on détermine non seulement sur quelles caractéristiques est fondé le traitement différent, mais également si ces caractéristiques sont pertinentes dans les circonstances. L'analyse est centrée sur l'effet réel de la mesure législative contestée, compte tenu de l'ensemble des facteurs sociaux, politiques, économiques et historiques inhérents au groupe. Cette analyse peut démontrer qu'un traitement différent est discriminatoire en raison de son effet préjudiciable ou de l'application d'un stéréotype négatif ou, au contraire, qu'il est nécessaire pour améliorer la situation véritable du groupe de demandeurs⁴⁸.

La formulation actuelle du critère juridique pour les requêtes en vertu de l'article 15, que la juge Lynn Smith de la Cour suprême de la Colombie-Britannique a appliqué dans l'affaire *Carter*, est énoncée ci-après :

- 1) La loi crée-t-elle une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue?
- 2) La distinction crée-t-elle un désavantage par la perpétuation d'un préjugé ou l'application de stéréotypes⁴⁹?

Lorsqu'elle a appliqué ce critère, la juge Smith a jugé que la prohibition imposée par le *Code criminel* violait les droits à l'égalité de M^{me} Carter.

⁴⁸ *Withler c. Canada (Procureur général)*, 2011 CSC 12, par. 31 et 39.

⁴⁹ *Withler*.

La Cour suprême a choisi de ne pas effectuer une analyse de la requête en vertu de l'article 15. Ceci n'est pas incohérent avec bon nombre de ses décisions récentes dans lesquelles une requête en vertu de l'article 15 a été traitée parallèlement à une requête fondée sur un article différent de la Charte. Si des arguments fondés sur d'autres articles de la Charte sont retenus, la Cour a, dernièrement, choisi en général de ne pas effectuer une analyse en vertu de l'article 15⁵⁰.

C. L'article 33 : La clause nonobstant

L'article 33 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, que l'on appelle souvent la « clause nonobstant », procure au Parlement et aux assemblées législatives un mécanisme pour contourner le fait que les tribunaux peuvent invalider une loi qu'ils trouvent incohérente avec les articles 2 et de 7 à 15 de la Charte. Il énonce que le Parlement ou une législature peuvent déclarer qu'une Loi, ou une disposition d'une Loi, doivent s'appliquer nonobstant l'un ou l'ensemble des articles 2 ou 7 à 15 de la Charte. L'article 33 s'applique pendant une période maximale de cinq ans, après quoi le Parlement ou les assemblées législatives doivent remettre en vigueur la déclaration pour continuer d'utiliser la clause nonobstant.

On peut essentiellement invoquer l'article 33 dans la législation pour « déroger » aux droits établis aux articles 2 et 7 à 15 de la Charte. Cette mesure permettrait au Parlement et aux assemblées législatives provinciales ou territoriales de promulguer des lois qui pourraient violer les droits de la Charte établis aux articles 2 et 7 à 15, mais être à l'abri de contestations devant les tribunaux pendant une période de cinq ans. Les droits garantis par la Charte auxquels il pourrait être dérogé sont importants; les articles 2 et 7 à 15 de la Charte établissent les droits fondamentaux, les droits juridiques et les droits à l'égalité des particuliers du Canada.

Le spécialiste des questions constitutionnelles Peter Hogg a formulé les observations suivantes sur le recours à l'article 33 :

Seuls les droits établis aux articles 2 et 7 à 15 de la Charte peuvent être limités par l'article 33; les autres articles de la Charte sont à l'abri.

La déclaration doit être explicite et doit préciser à la fois à quelle loi (ou dispositions) l'article 33 s'appliquera, et à quels droits garantis par la Charte on a l'intention de déroger.

La déclaration doit être contenue dans la loi à laquelle l'article 33 s'appliquera, bien qu'une loi existante puisse être modifiée pour comprendre une telle déclaration.

L'article 33 ne peut être appliqué rétroactivement⁵¹.

L'article 33 n'impose que des exigences formelles, en l'occurrence : que le Parlement ou une législature mette en vigueur une déclaration et le fasse tous les cinq ans. Elle ne s'intéresse pas au motif

⁵⁰ Voir par exemple [Bande et nation indiennes d'Ermineskin c. Canada](#), 2009 CSC 9; *A.C. c. Manitoba*; [Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony](#), 2009 CSC 37; et [Ontario \(Procureur général\) c. Fraser](#), 2011 CSC 20.

⁵¹ Hogg, pages 39-1 à 39-12.

fondamental ou à la raison de la dérogation. La pression politique est censée être le mécanisme de contrôle du recours à l'article 33 : le public n'est généralement pas en faveur de ce déni des droits et libertés fondamentaux, et le recours à l'article 33 peut se faire à un « coût politique énorme⁵² ».

Le mécanisme est dans une certaine mesure plus théorique que pratique, parce qu'il a été utilisé si peu fréquemment. Le Parlement n'y a jamais eu recours. Le professeur Hogg a fait valoir que l'inclusion de l'article 33 était essentielle pour que les provinces acceptent l'enchâssement de la Charte. Cependant, les provinces ont également fait preuve d'une forte réticence au recours à l'article 33, le Québec seul faisant exception. Comme l'a indiqué le professeur Billingsley, « il semble que le recours à la clause nonobstant soit largement accepté par le public du Québec, probablement parce que le Québec n'a pas ratifié la Charte en premier lieu⁵³ ».

Le Québec n'a effectivement pas accepté l'adoption de la Charte. En 1982, lorsque la Charte est entrée en vigueur et alors que le Parti Québécois était au pouvoir, le gouvernement du Québec a adopté une loi appliquant la clause nonobstant à toute sa législation en vigueur à l'époque. L'objet de cette loi d'ensemble consistait à montrer le désaccord de la province : « il s'agissait d'un geste politique qui n'était pas motivé par une préoccupation juridique fondamentale que la législation du Québec ne soit pas conforme ou ne doive pas être conforme aux valeurs énoncées dans la Charte⁵⁴ ». Le gouvernement a continué d'insérer la clause nonobstant dans presque toutes ses nouvelles lois jusqu'à l'élection d'un gouvernement libéral en 1985. Le nouveau gouvernement a invoqué la clause moins fréquemment, bien qu'il y ait eu recours de façon marquée en réponse à la décision de la Cour suprême dans *Ford C. Québec (Procureur général)*⁵⁵, dans laquelle le tribunal a jugé que les dispositions exigeant des panneaux commerciaux unilingues français violaient le droit à la liberté d'expression garanti par le paragraphe 2b) de la Charte.

À l'extérieur du Québec, il y a eu trois cas de recours à l'article 33 :

- Une loi du Yukon qui n'a jamais été mise en vigueur
- Une loi de retour au travail en Saskatchewan;
- Une loi s'opposant au mariage de personnes du même sexe en Alberta⁵⁶.

Dans leurs mémoires au Comité, de nombreux groupes opposés à l'aide médicale à mourir ont soulevé la possibilité de recourir à la clause nonobstant. Certains groupes ont indiqué que l'invocation de la clause nonobstant laisserait à la société canadienne plus de temps pour examiner une mise en œuvre accessible et sûre d'un cadre pour l'aide médicale à mourir. Le mandat de ce Comité consistait à mener des consultations essentielles en vue d'une réponse législative du gouvernement fédéral à l'affaire *Carter*. Par conséquent, nous ne nous sommes pas particulièrement attardés à l'application éventuelle de l'article 33, et ce rapport ne contient aucun examen approfondi de ce recours.

⁵² Richard Albert, « Advisory Review: The Reincarnation of the Notwithstanding Clause », *Alberta Law Review*, vol. 45, 2008.

⁵³ Barbara Billingsley, « Section 33: The Charter's Sleeping Giant », *Windsor Yearbook of Access to Justice*, vol. 21, 2002.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ford c. Québec (Procureur général)*, [1988] 2 RCS 712.

⁵⁶ Hogg, p. 39-4.

Chapitre 4. Le droit international

Le Comité reconnaît que le droit international pourrait apporter de l'information allant au fond du problème. Il reconnaît que le gouvernement du Canada tient compte de ses obligations internationales en respectant les traités et les pactes internationaux dont il est signataire et qu'il a ratifiés. Cependant, comme l'a signalé Yude Henteleff, un avocat aussi associé à l'Université du Manitoba, à moins que les pactes internationaux soient intégrés comme parties intégrantes des lois canadiennes intérieures, ils ne sont pas contraignants.

Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire (ACIC) a proposé un plan qui s'oriente sur la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées* (la Convention)⁵⁷, qui a été ratifiée par le Canada en 2010. L'ACIC a plus particulièrement milité en faveur d'un examen indépendant des demandes d'aide médicale à mourir reposant sur les obligations qui incombent au Canada aux termes de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Elle a en particulier fondé sa proposition sur l'article 10 de la Convention, le « Droit à la vie » et l'article 16, le « Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance ».

Quelques-uns des experts rencontrés par le Comité ont également discuté de la Convention. Anna MacQuarrie, directrice des Initiatives mondiales, politique et droits de la personne à Inclusion International, a relevé l'article 12 de la Convention, qui défend la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité devant la loi et déclare que toutes les mesures relatives à l'exercice de la capacité juridique soient assorties de garanties appropriées et effectives pour prévenir les abus. Elle a noté que de nombreux pays ne se conforment pas à l'article 12. Steven Estey, qui était membre de la délégation officielle du gouvernement du Canada à l'ONU, a indiqué que des Canadiens handicapés ont abondamment participé à la rédaction de la Convention.

L'Association canadienne pour l'intégration communautaire a également cité le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)⁵⁸, ratifié par le Canada en 1976, qui reconnaît, à l'article 12, « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Dans son mémoire au Comité, Human Rights Watch a fait valoir que le droit à la santé qui est énoncé à l'article 12 du PIDESC comprend le droit à l'accès aux soins palliatifs, puisqu'il s'agit d'une partie essentielle des soins de santé. Selon Human Rights Watch, les pays qui sont parties au PIDESC devraient par conséquent prendre des mesures pour veiller à ce que les soins palliatifs soient disponibles.

Les États qui ratifient les traités sur les droits de la personne s'engagent à respecter ces droits et à veiller à ce que leur droit intérieur soit compatible avec la législation internationale. Lorsque le droit intérieur ne parvient pas à fournir de recours contre les violations des droits de la personne, les parties peuvent recourir à des mécanismes internationaux pour faire respecter les droits de la personne.

⁵⁷ Nations Unies, [Convention relative aux droits des personnes handicapées](#), (entrée en vigueur le 3 mai 2008).

⁵⁸ Nations Unies, [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels](#), (entré en vigueur le 3 janvier 1976).

Chapitre 5. *Carter c. Canada*

Le 6 février 2015, la Cour suprême du Canada a rendu son verdict dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*. Cet arrêt historique permettra à certaines personnes souffrant de graves problèmes médicaux de mettre fin à leur vie avec l'aide d'un médecin. Dans cette affaire, Gloria Taylor et d'autres personnes affirmaient que la prohibition de l'aide à mourir viole les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par la Charte ainsi que les droits à l'égalité de certaines personnes qui tentent d'obtenir l'aide d'un médecin pour mourir. Le présent chapitre explore les aspects juridiques de la demande ainsi que les questions soulevées et le résultat de l'affaire *Carter*.

A. Le contexte

En 1993, la Cour suprême a entendu la demande d'une femme nommée Sue Rodriguez⁵⁹. M^{me} Rodriguez souffrait de la sclérose latérale amyotrophique, communément appelée SLA. Cette maladie est mortelle. Elle entraîne une paralysie progressive des muscles. Au moment de l'audience, M^{me} Rodriguez était relativement jeune; elle avait 42 ans et avait un jeune fils. Son état se détériorait toutefois rapidement, et elle savait qu'elle ne serait bientôt plus en mesure d'avalier, de parler, de marcher ou de se déplacer sans aide. Le jour viendrait où elle serait incapable de respirer sans l'aide d'un appareil respiratoire ou de manger sans l'aide d'une sonde d'alimentation insérée dans son estomac. On lui avait dit qu'il lui restait entre deux et quatorze mois à vivre.

M^{me} Rodriguez ne voulait pas attendre que sa maladie lui enlève la vie. Elle ne voulait pas non plus se suicider et ainsi mettre fin à ses jours prématurément pendant qu'elle était encore en mesure de le faire elle-même. Elle a donc sollicité une ordonnance judiciaire qui lui permettrait d'obtenir l'aide d'un médecin pour installer un dispositif technologique au moyen duquel elle pourrait mettre fin à ses jours au moment de son choix.

M^{me} Rodriguez a soutenu que l'alinéa 241b) du *Code criminel* violait les droits qui lui étaient garantis par les articles 7 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*⁶⁰. L'alinéa 241b) prohibe « [d']aide[r] ou [d']encourage[r] quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non ». M^{me} Rodriguez a expressément demandé au tribunal de déclarer invalide l'alinéa 241b) dans la mesure où il « prohibe un malade en phase terminale de se donner la mort avec l'aide d'un médecin⁶¹ ».

L'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *Rodriguez* était complexe et extrêmement partagé. Cinq des

⁵⁹ *Rodriguez*.

⁶⁰ M^{me} Rodriguez a aussi soutenu que l'alinéa 241b) violait son droit « à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités », qui est garanti à l'article 12 de la Charte. Comme la Cour n'a conclu à aucune violation de ce droit, et parce que le droit n'a pas été examiné dans *Carter*, l'argument relatif à l'article 12 n'est pas traité dans le présent rapport.

⁶¹ *Rodriguez*.

neuf juges ont conclu que la loi ne violait pas les droits garantis à M^{me} Rodriguez par l'article 7 de la Charte et que, même si l'on pouvait supposer que la loi violait les droits à l'égalité que lui garantissait l'article 15, cette violation représentait une limite raisonnable de ses droits, pouvant être justifiée en vertu de l'article premier de la Charte. Deux juges, dont la juge en chef actuelle de la Cour suprême, Beverley McLachlin, ont conclu que la loi violait le droit à la sécurité de sa personne garanti à M^{me} Rodriguez par l'article 7 de la Charte. Un autre juge a conclu que la loi violait le droit à l'égalité de M^{me} Rodriguez prévu à l'article 15. Enfin, un autre juge a conclu que la loi violait les articles 7 et 15 de la Charte.

À la suite de l'arrêt *Rodriguez*, M^{me} Rodriguez ne pouvait pas légalement demander à un médecin de l'aider à mettre fin à sa vie, et l'aide médicale à mourir demeurait illégale au Canada. Des médias ont révélé que, malgré la prohibition, M^{me} Rodriguez est morte avec l'aide d'un médecin anonyme le 12 février 1994⁶².

De nombreuses années après l'arrêt *Rodriguez*, l'ancien juge de la Cour suprême John Major a discuté publiquement de l'expérience que lui et ses collègues de la Cour suprême ont vécue pendant l'audience et les délibérations relatives à l'affaire. Le juge Major faisait partie des cinq juges majoritaires qui ont rejeté la demande. En 2011, il a qualifié l'affaire d'« obsédante⁶³ ». En 2013, il a déclaré que certains de ses anciens collègues pouvaient penser d'une façon un jour et d'une façon différente le lendemain⁶⁴. Il a demandé au Parlement de mettre à jour les lois sur l'aide à mourir⁶⁵.

Les efforts hautement médiatisés de Sue Rodriguez pour avoir le droit d'obtenir l'aide d'un médecin pour mourir ont éveillé la conscience nationale au sujet de l'aide à mourir, suscitant une discussion et un débat. Dans le même mois où Sue Rodriguez est décédée, la Chambre des communes a débattu du projet de loi C-215, *Loi modifiant le Code Criminel (aide au suicide)*, et un comité spécial du Sénat a été constitué pour étudier l'aide à mourir⁶⁶. Dans les années suivantes, le Parlement a déposé deux autres projets de loi visant à éviter que les travailleurs de la santé soient tenus criminellement responsables lorsqu'ils interrompent un traitement de survie, et plusieurs projets de loi visant à légaliser l'aide à mourir ont été déposés, même si aucun n'a été adopté. En 2009, l'Assemblée nationale du Québec a créé la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité⁶⁷, et la Société royale du Canada a publié en 2011 le rapport intitulé *Prise de décisions en fin de vie*⁶⁸.

C'est dans ce contexte politique et juridique que les demandeurs dans *Carter* ont présenté leur demande.

⁶² Voir par exemple les archives électroniques de CBC, [Rodriguez chooses suicide](#).

⁶³ Kirk Makin, [Haunting right-to-die case weighs on judges' minds, 18 years on](#), *The Globe and Mail*, le 16 décembre 2011.

⁶⁴ Duncan McCue, [Assisted suicide laws need updating, says former Supreme Court justice](#), *CBC News*, le 25 octobre 2013.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Martha Butler et coll., [L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada](#), Publication n° 2010-68-F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 2013.

⁶⁷ Assemblée nationale du Québec, [Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité](#).

⁶⁸ Udo Schuklenk et coll., [Prise de décisions en fin de vie](#), la Société royale du Canada, novembre 2011.

B. Les demandeurs

1. Gloria Taylor

Gloria Taylor a reçu un diagnostic de SLA en 2009. L'affaire *Carter* repose en grande partie sur ses efforts visant à obtenir l'aide d'un médecin pour mourir. À l'instar de Sue Rodriguez, elle avait été diagnostiquée d'une maladie terminale présentant des symptômes physiques de plus en plus invalidants. Comme l'a fait remarquer la Cour suprême, M^{me} Taylor allait inéluctablement perdre la capacité d'utiliser ses mains et ses pieds, « puis celle de marcher, de mastiquer, d'avalier, de parler et, finalement, de respirer⁶⁹ ». Ses fonctions cognitives demeureraient intactes. On avait dit à M^{me} Taylor en 2010 qu'il lui restait un an à vivre. Son état s'est cependant détérioré plus lentement que prévu.

En 2012, M^{me} Taylor, avec plusieurs autres personnes, a contesté la prohibition de l'aide à mourir prévue au *Code criminel*. Dans sa demande à la Cour suprême de la Colombie-Britannique, elle a soutenu : « Je veux qu'on me reconnaisse le droit de mourir paisiblement, au moment que je choisirai, dans les bras de ma famille et de mes amis. [...] Je ne veux pas mourir lentement, à petit feu⁷⁰ ».

2. Lee Carter et Hollis Johnson

Lee Carter et son mari Hollis Johnson étaient aussi demandeurs dans l'affaire *Carter*. Lee Carter était la fille de Kay Carter, une femme qui souffrait de sténose du canal rachidien lombaire. Même si elle n'est pas mortelle, la maladie entraîne la compression progressive de la moelle épinière et finit par entraîner la paralysie. Kay Carter a indiqué qu'elle se sentait prisonnière de son propre corps⁷¹.

Kay Carter a demandé à sa fille et à son gendre Hollis de l'aider à se rendre en Suisse pour obtenir une aide à mourir. La Suisse est actuellement le seul pays où il est légal d'aider un non-résident à mourir, en autant que l'aide n'est pas fournie pour des motifs égoïstes⁷². Lee Carter et Hollis Johnson savaient qu'ils s'exposaient à des risques en aidant ainsi Kay Carter⁷³. Ils auraient pu être accusés en vertu de l'alinéa 241b) du *Code criminel* pour avoir aidé Kay Carter à mourir et, s'ils avaient été déclarés coupables, ils auraient été passibles d'une peine d'emprisonnement pouvant atteindre 14 ans. Aucune accusation n'a toutefois été portée. Lee Carter a affirmé que sa mère est décédée exactement comme elle le voulait, et qu'elle (Lee Carter) était ainsi heureuse pour elle et en paix avec elle-même⁷⁴.

3. Les autres demandeurs

Le D^r William Shoichet, un médecin pratiquant la médecine familiale en Colombie-Britannique, a indiqué que si l'aide médicale à mourir était légale, il serait disposé à fournir une telle aide aux personnes

⁶⁹ *Carter*, par. 11.

⁷⁰ *Carter*, par. 12.

⁷¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2012 BCSC 886, par. 60 [*Carter* BCSC].

⁷² *Code pénal suisse*, art. 115, « un mobile égoïste ».

⁷³ *Carter* BCSC, par. 63.

⁷⁴ *Carter* BCSC, par. 69.

admissibles. Il a donc contesté la prohibition de l'aide à mourir, affirmant qu'il s'agit d'un service qui devrait être fourni dans certaines circonstances.

La British Columbia Civil Liberties Association, qui a pour mandat de préserver, défendre, maintenir et étendre les libertés civiles et les droits de la personne au Canada⁷⁵, a soutenu qu'il était déraisonnable de s'attendre à ce que des personnes souffrant de maladies graves et irrémédiables, et souvent en phase terminale, puissent lancer et mener à terme une contestation constitutionnelle longue et complexe. L'association a demandé, et obtenu, le droit de présenter des arguments devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique au nom des personnes souffrant de telles maladies pour contester la prohibition de l'aide à mourir par le *Code criminel*⁷⁶.

C. Le *Code criminel*

Dans *Carter*, les demandeurs ont contesté plusieurs articles du *Code criminel*, affirmant qu'ils prohibent l'aide médicale à mourir pour certaines personnes souffrant de maladies graves⁷⁷. Ils ont notamment contesté les articles 21 et 22, qui traitent des participants à une infraction et des personnes qui conseillent à une autre de commettre une infraction, ainsi que l'article 222, qui traite de l'homicide.

La Cour suprême a conclu qu'elle ne devait tenir compte que de l'alinéa 241b), qui prohibe d'aider ou d'encourager quelqu'un à se donner la mort, et de l'article 14, qui prohibe à une personne de consentir à ce que la mort lui soit infligée, parce que, selon elle, les trois autres articles « s'appliquent uniquement si le fait d'aider quelqu'un à se donner la mort constitue en soi un "acte illégal" ou une infraction⁷⁸ ».

Les deux dispositions en question, l'alinéa 241b) et l'article 14, ont pour effet de criminaliser le fait pour une personne d'en aider une autre à mourir. La prohibition s'applique actuellement à toutes les personnes, y compris aux médecins. Lorsque la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité de la Cour suprême expirera, l'arrêt *Carter* créera toutefois une exemption pour les médecins qui aideront à mourir certaines personnes admissibles.

D. Les décisions des tribunaux d'instance inférieure

1. La décision de première instance

Dans *Carter*, les demandeurs ont cherché à obtenir de la Cour suprême de la Colombie-Britannique un jugement déclaratoire établissant que la prohibition de l'aide médicale à mourir par le *Code criminel* viole des droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*. La juge Lynn Smith a présidé l'audience. Parmi les premières questions qu'elle devait trancher, la juge Smith devait déterminer si le

⁷⁵ British Columbia Civil Liberties Association, [About](#).

⁷⁶ *Carter BCSC*, par. 87.

⁷⁷ [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46.

⁷⁸ *Carter*, par. 20.

précédent juridique que la Cour suprême du Canada avait établi 19 ans auparavant dans *Rodriguez* l'empêchait de prononcer le jugement déclaratoire demandé par les demandeurs.

À l'extérieur du Québec, le seul système juridique utilisé au Canada est la common law, héritée de l'Angleterre. Au Québec, la common law ne s'applique qu'au droit public, au droit criminel et aux règles de droit fédérales; les questions de droit privé y relèvent du système de droit civil. Le système de common law repose sur le principe selon lequel les tribunaux d'instance inférieure doivent respecter les décisions et la jurisprudence établies par les tribunaux supérieurs. Dans la pratique, cela signifie que les tribunaux de première instance sont liés par les décisions des cours d'appel, que tous les tribunaux sont liés par les décisions de la Cour suprême du Canada et que, généralement, seule la Cour suprême du Canada peut aller à l'encontre d'une de ses propres décisions. La Cour suprême a défini la règle du précédent comme étant « l'assise fondamentale de la common law⁷⁹ ». En interprétant l'arrêt phare sur les circonstances permettant le réexamen de précédents établis par la Cour suprême du Canada, la juge Smith a conclu qu'elle pouvait se prononcer sur la question malgré le précédent établi dans *Rodriguez*⁸⁰.

La juge Smith a examiné de nombreux éléments de preuve sur les soins palliatifs, les diverses pratiques de soins de fin de vie, l'aide à mourir dans d'autres États et les questions éthiques que de telles pratiques pourraient soulever. Elle a entendu des praticiens et des universitaires des domaines de la médecine, des soins infirmiers, du droit, de l'éthique, de la psychologie, des droits des personnes handicapées, de la sociologie et de la philosophie. Elle a conclu que la prohibition de l'aide à mourir violait les droits que garantit la Charte à certaines personnes souffrant de graves maladies. La juge Smith a affirmé qu'elle devait prononcer un jugement déclaratoire selon lequel les dispositions pertinentes du *Code criminel* étaient inopérantes, mais elle a suspendu les effets de son jugement pour un an, afin de permettre au Parlement de modifier le *Code criminel*.

M^{me} Taylor a exercé un autre recours. Comme elle ne voulait pas attendre l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur l'aide à mourir, M^{me} Taylor a demandé une exemption constitutionnelle qui lui permettrait d'obtenir une aide médicale à mourir pendant que la prohibition du *Code criminel* était toujours en vigueur. La juge Smith a accordé cette exemption, selon les conditions suivantes :

- (a) M^{me} Taylor présente une demande écrite;
- (b) Son médecin traitant atteste que Mme Taylor est en phase terminale et mourante, et qu'il n'existe aucun espoir de guérison.
- (c) Son médecin traitant atteste que M^{me} Taylor a été :
 - (i) informée de son diagnostic et de son pronostic médicaux;
 - (ii) informée des autres traitements possibles, y compris en matière de soins palliatifs;
 - (iii) informée des risques de l'aide médicale à mourir et de l'effet probable des médicaments devant être utilisés;
 - (iv) référée à un médecin possédant une expertise en matière de soins palliatifs pour une consultation sur les soins palliatifs;
 - (v) informée qu'elle a le droit de changer d'avis n'importe quand.

⁷⁹ *Bedford*, par. 38.

⁸⁰ La juge Smith s'était inspirée de la décision de la Cour d'appel de l'Ontario dans [Canada \(Procureur général\) c. Bedford](#), 2012 ONCA 186.

- (d) Son médecin traitant et un psychiatre consultant attestent chacun que M^{me} Taylor a toutes ses facultés et que sa demande d'aide médicale à mourir a été présentée volontairement et sans ambivalence. Si un médecin ou un psychiatre consultant refuse de produire une telle attestation, le refus devra être communiqué aux médecins et aux psychiatres consultants suivants ainsi qu'au tribunal.
- (e) Son médecin traitant atteste le type et la quantité des médicaments devant être utilisés dans le cadre de l'aide médicale à mourir.
- (f) À moins que M^{me} Taylor ne soit devenue physiquement incapable, la procédure devra prévoir que c'est M^{me} Taylor seule qui devra participer à l'aide médicale à mourir, sans l'aide ni l'intervention d'une autre personne⁸¹.

Même si M^{me} Taylor est devenue la première personne au Canada à recevoir une exemption constitutionnelle qui lui aurait permis d'obtenir une aide médicale à mourir, elle n'a jamais pu bénéficier de cette exemption. Elle est décédée des suites d'une infection le 4 octobre 2012⁸². En raison de son décès, la question de son exemption constitutionnelle est devenue théorique; ni la Cour d'appel de la Colombie-Britannique ni la Cour suprême n'ont statué de manière explicite sur l'exemption.

2. La décision de la Cour d'appel

La province de la Colombie-Britannique et le gouvernement fédéral ont interjeté appel de la décision de la juge Smith. Dans une décision majoritaire, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a accueilli l'appel, concluant que la juge Smith était liée par le précédent créé dans *Rodriguez* et qu'elle ne pouvait par conséquent pas accorder la réparation demandée⁸³. Le juge en chef de la Cour d'appel a rédigé une opinion dissidente dans laquelle il appuyait le raisonnement de la juge Smith pour tous les aspects, à l'exception de sa conclusion au sujet de l'article 15 de la Charte.

Les demandeurs ont interjeté appel de la décision à la Cour suprême du Canada.

E. L'arrêt de la Cour suprême

Quand la Cour suprême a entendu l'appel *Carter*, seulement un des juges de la Cour suprême qui avaient entendu l'affaire *Rodriguez* était toujours en poste. Il s'agissait de la juge en chef Beverley McLachlin, qui avait rédigé une des trois opinions dissidentes dans *Rodriguez*, et avait alors soutenu que la prohibition violait l'article 7 de la Charte.

Un aspect remarquable de l'arrêt *Carter* est sa paternité. Les arrêts de la Cour suprême sont généralement rédigés par un ou deux juges, et les autres juges indiquent s'ils sont d'accord avec l'arrêt. S'ils ne sont pas d'accord, un ou des juges peuvent rédiger leur propre opinion dissidente. Dans l'un ou l'autre des cas, le nom des auteurs de chaque arrêt est habituellement indiqué. L'arrêt *Carter* par contre, en plus d'être unanime, a été rédigé par « La Cour ». Il s'agit d'une pratique que la Cour suprême

⁸¹ *Carter* BCSC, par. 1414.

⁸² Wendy Stueck et Rod Mickleburgh, [Assisted-suicide activist Gloria Taylor dies from infection](#), *The Globe and Mail*, le 5 octobre 2012.

⁸³ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2013 BCCA 435.

réserve généralement à des arrêts d'une valeur constitutionnelle considérable, dans lesquels il est important de souligner l'unanimité de l'arrêt.

La Cour suprême a dû examiner plusieurs questions juridiques dans le cadre de l'arrêt *Carter*. Notamment, deux questions qui ressortissent davantage à la procédure, en l'occurrence si la juge de première instance était autorisée à déroger au précédent établi par la Cour suprême dans *Rodriguez* et si l'aide médicale à mourir est une question de compétence fédérale ou de compétence provinciale. La Cour a aussi examiné la question de fond à savoir si la prohibition de l'aide médicale à mourir viole les droits garantis par la Charte à certaines personnes ayant besoin d'aide.

1. La dérogation à Rodriguez

Dans l'affaire *Canada (Procureur général) c. Bedford*, la Cour suprême a conclu que des tribunaux d'instance inférieure peuvent déroger aux précédents établis par des tribunaux d'instance supérieure :

- 1) lorsque de nouvelles questions de droit sont soulevées; ou 2) qu'une modification de la situation ou de la preuve change radicalement la donne⁸⁴.

La juge Lynn Smith avait conclu que des changements importants avaient eu lieu relativement à la jurisprudence applicable à l'article 7 de la Charte. De plus, elle a examiné une bonne quantité d'éléments de preuve montrant que des mesures de sauvegarde peuvent être établies pour limiter le risque d'abus.

La Cour suprême a conclu que les deux conditions énoncées dans le critère juridique établi dans *Bedford* étaient respectées. La nouvelle analyse que les tribunaux doivent faire lorsqu'ils examinent des demandes visant l'article 7 de la Charte répond au critère d'une nouvelle question de droit. La première condition étant respectée, il n'était pas nécessaire de respecter la deuxième condition du critère *Bedford*. La Cour a toutefois conclu que cette condition était elle aussi respectée. Au moment où l'arrêt *Rodriguez* a été rendu, aucun État au monde n'avait de législation réglementant l'aide à mourir. Entre l'arrêt *Rodriguez* et l'audition de l'affaire *Carter*, cinq États avaient adopté une loi, soit l'Oregon, les Pays-Bas, l'État de Washington, la Belgique et le Luxembourg. Le Montana et la Colombie avaient permis la pratique par la voie judiciaire, établissant des exigences juridiques dans la jurisprudence plutôt que dans des lois. La juge Smith a examiné des éléments de preuve laissant supposer qu'il n'y avait pas d'abus importants dans les États en question.

La Cour suprême a conclu que la preuve était suffisante pour « change[r] radicalement la donne ». La juge Smith était par conséquent autorisée à déroger au précédent établi dans *Rodriguez*.

2. Le partage des compétences entre le fédéral et les provinces

Pour ce qui est du partage des compétences des gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux en matière d'aide à mourir, les demandeurs prétendaient que, même si la prohibition du suicide assisté par le Code criminel relève de la compétence fédérale, ce n'est pas le cas de l'aide médicale à mourir,

⁸⁴ *Bedford*, par. 42.

parce qu'elle « touche à l'essence même de la compétence en matière de santé conférée aux provinces⁸⁵ ».

Les demandeurs ont présenté un argument sur ce que l'on appelle « l'exclusivité des compétences ». Ils ont prétendu qu'à chaque compétence correspondent des domaines essentiels de politique qui sont tellement intrinsèques à la compétence d'un palier de gouvernement que toute tentative de légiférer dans ce domaine par l'autre palier de gouvernement serait inconstitutionnel. La Cour a toutefois conclu qu'aucun contenu essentiel semblable n'a été défini dans le domaine de la santé, et elle a ajouté qu'un tel contenu essentiel serait très difficile à définir. Citant un de ses arrêts récents dans le domaine du droit de la santé, la Cour a indiqué :

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 fédérale⁸⁶.

Plutôt que de définir avec précision les domaines de la santé qui pourraient relever de la compétence du gouvernement fédéral ou des provinces, la Cour maintient, depuis 1982, que le domaine de la santé est un domaine de compétence partagée, dans lequel les deux paliers de gouvernement peuvent en toute validité adopter des lois⁸⁷. La Cour a donc conclu 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 législatif⁸⁸ ».

3. L'article 7 de la Charte

L'arrêt *Carter* de la Cour suprême repose principalement sur l'examen des arguments des demandeurs fondés sur la Charte, particulièrement sur l'article 7. Comme il en a été question en détail ailleurs dans le présent rapport, l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, ajoutant qu'il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. Ce droit est traité comme s'il s'agissait de trois droits distincts, ce qui garantit que personne ne sera privé du droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de sa personne, sauf si l'atteinte est conforme aux principes de justice fondamentale.

La Cour suprême a examiné chacun de ces droits et a conclu que, pour certaines personnes vivant une situation semblable à celles de Gloria Taylor et de Kay Carter, la prohibition de l'aide médicale à mourir violait ces trois droits.

a) Le droit à la vie

Les demandeurs ont soutenu devant la Cour que la prohibition de l'aide médicale à mourir pourrait forcer certaines personnes souffrant de maladies graves ou en phase terminale à s'enlever la vie prématurément pendant qu'elles sont encore physiquement capables de le faire. Gloria Taylor, par

⁸⁵ *Carter*, par. 49.

⁸⁶ *Carter*, par. 51, citant *PHS*, par. 48.

⁸⁷ Voir par exemple *RJR-MacDonald*, par. 32; [Schneider c. La Reine](#), [1982] 2 RCS 112, p. 142.

⁸⁸ *Carter*, par. 53.

exemple, était rendue au point où elle verrait son état se détériorer et sa capacité de bouger par ses propres moyens être tellement limitée qu'elle ne pourrait plus mettre fin à ses jours sans aide. Elle ne voulait toutefois pas mettre fin à ses jours pendant qu'elle en était capable, parce qu'elle entendait « saisir chaque moment de bonheur que je peux encore arracher au temps qu'il me reste à vivre, dans la mesure où il s'agit d'une vie de qualité⁸⁹ ».

La preuve montrant que certaines personnes pourraient se sentir obligées de s'enlever la vie prématurément avait convaincu la juge de première instance que le droit à la vie garanti par l'article 7 était impliqué. Le gouvernement n'a pas contesté cette preuve, et la Cour suprême a donc décidé de ne pas contester la conclusion de la juge de première instance. De plus, la Cour a indiqué que, « selon la jurisprudence, le droit à la vie entre en jeu lorsqu'une mesure ou une loi prise par l'État a directement ou indirectement pour effet d'imposer la mort à une personne ou de l'exposer à un risque accru de mort⁹⁰ ». Si l'on suit ce raisonnement, la prohibition de l'aide à mourir pourrait, aux yeux de certains, avoir pour effet d'exposer indirectement à un risque accru de mourir certaines personnes devant prendre des décisions de fin de vie.

La Cour a fait remarquer que le droit à la vie est tributaire de notre philosophie voulant que le « caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société », mais que ce droit n'exige pas que « toute vie humaine soit préservée à tout prix⁹¹ ».

En faisant fond uniquement sur ses conclusions relatives au droit à la vie, la Cour suprême était tenue de déterminer si l'atteinte à un droit garanti par l'article 7 était conforme aux principes de justice fondamentale. La Cour suprême a toutefois poursuivi son analyse de l'article 7 en tentant de déterminer si les droits à la liberté et à la sécurité de sa personne étaient également en jeu.

b) Les droits à la liberté et à la sécurité de sa personne

Même si les droits à la liberté et à la sécurité de la personne constituent deux droits distincts, la Cour suprême les a examinés ensemble dans *Carter*, jugeant que les deux droits reposent sur le « souci de protéger l'autonomie et la dignité de la personne⁹² ». Tandis que le droit à la liberté protège « le droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État », le droit à la sécurité de la personne protège le droit de conserver « la maîtrise de l'intégrité de sa personne sans aucune intervention de l'État⁹³ ».

Comme elle l'a fait pour le droit à la vie, la Cour suprême a grandement appuyé son examen des droits à la liberté et à la sécurité de la personne sur l'analyse de la juge de première instance. La juge Smith avait conclu que la prohibition de l'aide à mourir portait atteinte aux droits à la liberté et à la sécurité de la personne parce qu'elle avait pour effet d'entraver la capacité de Gloria Taylor de prendre des décisions médicales « fondamentalement importantes et personnelles », de lui causer de la douleur et un stress psychologique et de la priver de la maîtrise de son intégrité corporelle. La Cour suprême partageait cet

⁸⁹ *Carter*, par. 12.

⁹⁰ *Carter*, par. 62.

⁹¹ *Carter*, par. 63.

⁹² *Carter*, par. 64.

⁹³ *Carter*, par. 64.

avis. La juge Smith a aussi indiqué qu'en raison de la prohibition, des personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable étaient « privées de la possibilité de faire un choix qui peut s'avérer très important pour leur sentiment de dignité et leur intégrité personnelle », un choix « compatible avec les valeurs qu'elles ont eues toute leur vie et qui reflète leur vécu⁹⁴ ». La Cour suprême était encore une fois de cet avis, indiquant que la « réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordiale pour sa dignité et son autonomie⁹⁵ ».

La Cour a conclu que la prohibition de l'aide à mourir met en jeu le droit à la liberté parce qu'elle peut avoir pour effet, dans le cas de certaines personnes, d'entraver la capacité de prendre des décisions au sujet de leur intégrité corporelle et de soins médicaux. La Cour a conclu que la prohibition met également en jeu le droit à la sécurité de la personne parce qu'elle aurait pour effet de laisser des gens comme M^{me} Taylor endurer des souffrances intolérables.

Ayant conclu que la prohibition mettait en jeu les trois droits garantis par l'article 7, la Cour suprême, en vertu du critère juridique applicable à l'article 7, devait déterminer si l'atteinte à ces droits était conforme aux principes de justice fondamentale.

c) Les principes de justice fondamentale

On ne peut porter atteinte aux droits d'une personne à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne, sauf si l'atteinte est conforme aux principes de justice fondamentale. Si un tribunal juge qu'il y a eu atteinte à un droit garanti par l'article 7, il doit alors déterminer si l'atteinte est conforme aux principes de justice fondamentale. La liste des principes de justice fondamentale devant être examinés dans le contexte de l'article 7 a été établie par les tribunaux au fil des ans. Les deux principes que la Cour suprême a examinés dans *Carter* étaient le caractère arbitraire et la portée excessive.

En vertu du principe selon lequel les lois ne doivent pas être arbitraires, il doit exister un « lien rationnel » entre l'objet d'une loi et la limite qu'elle impose aux droits garantis par l'article 7⁹⁶. En vertu du principe selon lequel les lois ne doivent pas avoir une portée excessive, la portée de la limite imposée aux droits garantis par l'article 7 devrait être limitée le plus possible aux personnes ou au comportement visés par la loi.

Pour analyser si une loi viole les principes selon lesquels elle ne devrait pas avoir un caractère arbitraire ni une portée excessive, il est nécessaire de comparer l'objet de la loi et l'atteinte aux droits garantis par l'article 7. La Cour suprême a conclu que l'objet de la prohibition de l'aide à mourir est « d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse⁹⁷ ». Elle a conclu que la prohibition de l'aide à mourir n'est pas arbitraire. Comme l'objet de la loi est de protéger les personnes vulnérables en les empêchant de se suicider dans un moment de faiblesse, la Cour juge que « la prohibition absolue de l'aide au suicide favorise clairement la réalisation de cet objet⁹⁸ ». La Cour a toutefois conclu que la prohibition a une portée excessive, parce que, même si la loi avait comme

⁹⁴ *Carter*, par. 65, citant *Carter BCSC*, par. 1326.

⁹⁵ *Carter*, par. 66.

⁹⁶ *Carter*, par. 85.

⁹⁷ *Carter*, par. 78.

⁹⁸ *Carter*, par. 84.

objet de protéger les personnes vulnérables, elle avait aussi pour effet d'interdire à des personnes comme Gloria Taylor, qui était une personne « capable, bien renseignée et libre de toute coercition ou contrainte », d'obtenir l'aide d'un médecin pour mourir⁹⁹.

4. L'article 15 de la Charte

La juge Lynn Smith a conclu que la prohibition de l'aide médicale à mourir par le *Code criminel* viole les droits à l'égalité garantis par l'article 15 de la Charte aux personnes atteintes de déficiences physiques. Les personnes n'étant pas atteintes de déficiences physiques ayant l'option de se suicider et certaines personnes atteintes de déficiences physiques n'ayant pas cette option, la juge a conclu que la prohibition de l'aide au suicide impose un fardeau plus lourd aux personnes atteintes de déficiences physiques. Elle a conclu qu'une telle distinction équivaut à de la discrimination.

La Cour suprême n'a pas examiné l'article 15 dans son analyse des violations de la Charte. Comme elle avait déjà conclu que la prohibition de l'aide à mourir viole l'article 7, elle a jugé qu'il n'était pas nécessaire d'examiner si elle viole aussi l'article 15.

5. L'article premier de la Charte

Ayant conclu que les lois contestées dans *Carter* violent un droit garanti par la Charte, la Cour suprême devait déterminer si la violation pouvait être justifiée en application de l'article premier de la Charte. Selon l'article premier, les droits et les libertés énoncés dans la Charte « ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ». Cela veut dire que les droits garantis par la Charte ne sont pas absolus; ils peuvent être restreints dans des limites raisonnables que le gouvernement peut justifier. Dans *Carter*, la Cour suprême a conclu que la prohibition de l'aide à mourir ne constituait pas une restriction raisonnable des droits garantis par l'article 7 dans le cas de certaines personnes souffrant de problèmes de santé graves.

La Cour suprême a débuté son analyse relative à l'article premier en faisant remarquer qu'il est difficile de justifier une atteinte aux droits garantis par l'article 7. Les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne sont des droits fondamentaux. La Cour a aussi examiné le degré de déférence dont il faut faire preuve à l'endroit du Parlement dans une telle situation. C'est le rôle du Parlement et des assemblées législatives provinciales d'édicter des lois, et les tribunaux doivent tenir compte de l'expertise du Parlement et des assemblées législatives dans ce domaine. Lorsqu'un degré élevé de déférence s'impose, les tribunaux ne devraient pas mettre en question trop rapidement les choix que le Parlement a faits lorsqu'il a édicté des lois. La Cour suprême a jugé que cela était particulièrement vrai lorsque le Parlement doit prendre des décisions difficiles sur des questions sociales mettant en jeu des intérêts divergents. Comme l'a indiqué la Cour, c'était le cas dans l'arrêt *Carter*. Ce niveau de déférence était quelque peu atténué par le fait que la prohibition de l'aide à mourir est absolue; si un régime réglementaire complexe permettait l'accès à l'aide à mourir, il faudrait faire preuve d'une plus grande déférence.

⁹⁹ *Carter*, par. 86.

Pour déterminer si la violation d'un droit garanti par la Charte est justifiée, un tribunal doit examiner si l'objet de la loi est urgent et réel et si le gouvernement a montré que la loi est proportionnée à son objet. Dans *Carter*, les demandeurs ont admis que l'objet de la prohibition de l'aide à mourir – qui était précisément d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse – était urgent et réel. La principale question que la Cour suprême devait alors trancher était de déterminer si la prohibition était proportionnée à l'objet. Une loi est considérée proportionnée à son objet si 1) les moyens adoptés pour atteindre l'objet de la loi sont rationnellement liés à cet objet; 2) elle porte atteinte de façon minimale aux droits en question; et 3) il y a proportionnalité entre « les effets préjudiciables et les effets bénéfiques » (dommageables ou utiles) de la loi¹⁰⁰.

La Cour suprême a jugé qu'il est « logique de conclure qu'une loi interdisant à quiconque d'obtenir de l'aide pour se suicider protégera la personne vulnérable contre toute incitation à se suicider dans un moment de faiblesse¹⁰¹ ». La prohibition satisfait par conséquent à la première exigence du critère applicable à l'article premier. La Cour a ensuite tenté de déterminer si la prohibition porte atteinte aux droits de la façon la plus minimale possible, indiquant que cette question « est au cœur de la présente affaire ». Plus particulièrement, la Cour s'est demandé « si la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir, avec ses lourdes répercussions sur les droits des demandeurs à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne, constitue le moyen le moins radical d'atteindre l'objectif législatif¹⁰² ».

La Cour suprême était en grande partie d'accord avec les arguments invoqués par la juge de première instance pour déterminer si l'atteinte aux droits était minimale. La juge Smith a conclu ce qui suit :

une prohibition absolue se serait révélée nécessaire si la preuve avait démontré que les médecins ne sont pas en mesure d'évaluer de manière sûre la capacité, la volonté et la non-ambivalence des patients, que les médecins ne comprennent pas la règle du consentement éclairé à un traitement médical ou ne l'appliquent pas, ou si la preuve émanant des endroits où l'aide à mourir est permise faisait état du décès fortuit d'une personne résultant de sévices, d'une insouciance, d'une insensibilité ou d'un dérapage¹⁰³.

La preuve que la juge de première instance a étudiée l'a convaincue de rejeter toutes ces possibilités. Elle a conclu « qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs¹⁰⁴ ». La Cour suprême était d'accord, faisant observer qu'il « existe [certes] des risques, mais un système soigneusement conçu et géré peut les contrer adéquatement¹⁰⁵ ».

La juge de première instance avait conclu que la preuve relative à d'autres États confirmait qu'il est possible d'établir des régimes qui, tout en protégeant les personnes vulnérables, permettent aux personnes admissibles d'avoir accès à l'aide à mourir. La Cour suprême a par conséquent conclu que la prohibition ne porterait pas une atteinte la plus minimale possible, car il était possible d'établir des

¹⁰⁰ *Carter*, par. 94.

¹⁰¹ *Carter*, par. 101.

¹⁰² *Carter*, par. 103.

¹⁰³ *Carter*, par. 104.

¹⁰⁴ *Carter*, par. 105.

¹⁰⁵ *Carter*, par. 105.

garanties qui permettent à des personnes vivant une situation semblable à celle de Gloria Taylor d'avoir accès à l'aide à mourir tout en empêchant les personnes vulnérables d'être incitées à se suicider dans un moment de faiblesse. La prohibition ne pouvait par conséquent pas être considérée comme une limite raisonnable et justifiée aux droits garantis par l'article 7 aux personnes admissibles qui cherchent à obtenir une aide médicale à mourir.

6. La déclaration

Ayant conclu à une violation de la Charte qui ne pouvait pas être justifiée en vertu de l'article premier, la Cour suprême était tenue de trouver une réparation appropriée pour les demandeurs. Elle a décidé de ne pas accorder d'exemption constitutionnelle. Les deux personnes au cœur du litige, Kay Carter et Gloria Taylor, étaient toutes les deux décédées. Les demandeurs, Lee Carter, Hollis Johnson et le D^r Shoichet, ainsi que la British Columbia Civil Liberties Association, n'avaient pas besoin d'une exemption constitutionnelle. La Cour n'a par conséquent envisagé qu'une seule réparation, soit une déclaration d'invalidité.

La Cour a rendu un jugement déclarant que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code criminel* sont invalides 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 condition¹⁰⁶ ». Elle a ajouté que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que les personnes doivent subir des traitements qu'elles jugent inacceptables pour pouvoir être admissibles.

La déclaration ne limite pas l'accès aux personnes souffrant de maladies en phase terminale, ou de troubles physiques. De plus, la Cour n'a pas statué sur la possibilité de demander l'aide d'un médecin pour mourir au moyen d'une directive anticipée ou par l'entremise d'un mandataire. En réalité, la Cour a pris bien soin de préciser que sa déclaration était censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'affaire, et elle ne s'est pas prononcée sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée.

La prise d'effet de la déclaration a été suspendue pour 12 mois, le temps de permettre au Parlement et aux assemblées législatives, « si elles choisissent de le faire, [de répondre] en adoptant une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans » l'arrêt¹⁰⁷.

7. Objection de conscience

Plusieurs intervenants ont soulevé le droit des médecins et des autres travailleurs de la santé de refuser de fournir une aide à mourir pour des raisons de conscience ou de religion. C'est le cas notamment de la Ligue catholique des droits de l'homme, de la Faith and Freedom Alliance, du Protection of Conscience Project, de l'Alliance catholique canadienne de la santé et de l'Association médicale canadienne.

¹⁰⁶ *Carter*, par. 127.

¹⁰⁷ *Carter*, par. 126.

La Cour a conclu que sa déclaration n'obligeait aucunement les médecins à fournir une aide à mourir. Elle a laissé les collèges de médecins, le Parlement et les assemblées législatives provinciales régler les questions additionnelles qui pourraient se présenter. Elle a toutefois souligné « le besoin de concilier les droits garantis par la Charte aux patients et aux médecins¹⁰⁸ ».

F. L'application de l'arrêt

La Cour suprême a suspendu la prise d'effet de sa déclaration d'invalidité jusqu'au 6 février 2016. À moins de décision contraire de la Cour, à cette date, les médecins seront autorisés à aider les personnes admissibles à mourir. La Cour a laissé le Parlement et les assemblées législatives provinciales régler de nombreuses autres questions. Les ministres fédéraux de la Justice et de la Santé ont constitué le Comité et l'ont chargé de recueillir les commentaires des Canadiens et des Canadiennes sur ces questions.

¹⁰⁸ *Carter*, par. 132.

Partie III – Rapport sur les consultations menées par le Comité

Chapitre 6. Les formes d'aide à mourir et la terminologie¹⁰⁹

Dans l'affaire *Carter c. Canada*, la Cour suprême du Canada a adopté les expressions « aide médicale à mourir¹¹⁰ » et « aide médicale à la mort¹¹¹ » pour désigner l'acte posé par un médecin qui aide une personne qui en fait la demande à mettre fin à ses jours. Ce sont donc ces expressions que le Comité a adoptées dans le présent rapport. Dans le cadre de son mandat, le Comité a été chargé de réunir des commentaires sur deux types d'aide médicale à mourir, soit l'euthanasie volontaire et le suicide assisté. Dans le cas de l'euthanasie volontaire, le médecin pose le geste final qui mettra fin à la vie de la personne. Souvent, cet acte consiste à injecter une substance létale par voie intraveineuse. Dans le cas du suicide assisté, la personne pose l'acte final qui met fin à ses jours. Cet acte consiste souvent à ingérer une substance létale prescrite ou fournie par le médecin. Dans les deux types d'aide médicale à mourir, l'acte est volontaire et posé à la demande de la personne en cause : la seule distinction porte sur le rôle que joue effectivement le médecin.

Des États permettent expressément une de ces formes d'aide à mourir ou les deux. Les Pays-Bas et le Luxembourg autorisent tous deux l'euthanasie volontaire et le suicide assisté¹¹², tandis que les États américains de l'Oregon, de Washington, du Vermont, du Montana et de la Californie permettent seulement le suicide assisté¹¹³. Dans sa *Loi concernant les soins de fin de vie*, la province de Québec définit l'« aide médicale à mourir » comme « un soin consistant en l'administration de médicaments ou 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 décès¹¹⁴ ».

Dans la décision qu'elle a rendue dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême n'a pas discuté de terminologie ni établi de distinction entre l'euthanasie volontaire et le suicide assisté, mais les groupes qui ont

¹⁰⁹ NDT. Une partie de l'analyse de ce chapitre se rattache à la terminologie en langue anglaise. Nous avons tenté de traduire les propos le plus fidèlement possible, mais certaines nuances peuvent avoir été perdues. Lorsque jugé nécessaire, les termes originaux en anglais seront rapportés en note de bas de page.

¹¹⁰ NDT. « Physician-assisted dying » en anglais.

¹¹¹ NDT. « Physician-assisted death » en anglais.

¹¹² Le texte de la loi belge permet techniquement l'euthanasie volontaire seulement, mais le suicide assisté a été interprétée comme étant inclus dans la portée de l'euthanasie volontaire et est donc également permis.

¹¹³ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127 (1994); [Patient Choice at End of Life, Sec 1](#), 18 V.S.A., c. 113 (2013); [Washington Death with Dignity Act](#), R.C.W. 70.245 (2008); *Baxter v. Montana*, Mont. Sup. Ct., 2009 MT 449; et [End of Life Option Act](#), Part 1.85, Div. 1, Health and Safety Code (2015).

¹¹⁴ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. c. S-32.0001.

témoigné devant le Comité ont soulevé des questions au sujet de l'utilisation d'une terminologie particulière et ont fait part de leurs préoccupations à l'égard de la pratique de chacune des méthodes.

A. L'euthanasie volontaire et le suicide assisté : terminologie

Le Comité a entendu différentes opinions sur l'utilisation des expressions « euthanasie volontaire » et « suicide assisté » par opposition aux expressions plus générales « aide médicale à mourir » et « aide médicale à la mort ». Le Dr Brian Mishara, psychologue canadien et chercheur sur le suicide, et la Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques ont signalé que la distinction est importante et qu'il est essentiel d'utiliser une terminologie précise afin de faciliter la réflexion claire sur cet enjeu, d'éviter la confusion au sujet des interventions maintenant permises et de faire en sorte que les individus autant que les médecins aient une compréhension commune de la méthode considérée.

Des groupes comme le Collectif des médecins contre l'euthanasie et le Protection of Conscience Project étaient d'avis que l'utilisation de termes autres que « euthanasie » et « suicide » ne ferait que brouiller les cartes et entraver la capacité de ceux qui ne peuvent pas participer à de tels actes pour des raisons de conscience d'énoncer complètement leur raisonnement ou de préciser les actes qu'ils pourraient poser. Le Dr Georges L'Espérance, président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, a indiqué que même si le terme « euthanasie » a une connotation particulièrement négative à la suite d'événements historiques survenus au xx^e siècle, d'un point de vue étymologique il signifie une bonne mort administrée par un médecin. Il a en conséquence soutenu qu'il faudrait utiliser le terme.

Le Collège des médecins de famille du Canada a dit au Comité que le concept d'« aide médicale à mourir » est trop général pour être utilisé en contexte clinique, car il pourrait faire naître la confusion et le malentendu chez les médecins et les individus. Le Collège a soutenu que les expressions euthanasie volontaire et suicide assisté sont différentes, tant sur le plan psychologique que sur celui de l'éthique, puisque la première, contrairement à la seconde, « met à contribution les médecins à titre d'agents qui mettent intentionnellement fin à la vie de leurs patients ». Le Collège des médecins de famille du Canada encourage donc l'utilisation des expressions précises euthanasie volontaire et suicide assisté.

Dans un mémoire qu'il a soumis au Comité, l'ARCH Disability Law Centre a analysé en détail l'absence de consensus au sujet de la terminologie appropriée dans les milieux des personnes handicapées. L'ARCH a signalé que certains de ses partenaires communautaires « apprécient l'importance de la délégation et du contrôle individuel que sous-entend le terme "suicide" », tandis que d'autres ont manifesté des préoccupations au sujet des répercussions stigmatisantes de ce mot très lourd de sens. En dépit de ces divergences, l'ARCH a signalé que la plupart de ses partenaires jugent le terme « euthanasie » « particulièrement répugnant pour les personnes handicapées ».

On a rappelé au Comité à de nombreuses reprises tout au long de la consultation que les expressions « euthanasie volontaire » et « suicide assisté » sont chargées d'émotivité et entraînent une stigmatisation énorme. Des groupes qui étaient de cet avis ont indiqué que lorsque l'on discute de ces questions avec des patients, il serait préférable d'utiliser une formulation neutre comme « aide médicale à mourir » afin d'éviter les connotations négatives associées à la terminologie de l'euthanasie

et du suicide¹¹⁵. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a affirmé au Comité que l'utilisation de telles formulations pourrait dissuader des personnes d'entreprendre des discussions significatives sur la question avec leurs fournisseurs de soins de santé, parce qu'elles pourraient craindre d'être jugées ou croire qu'elles font quelque chose de mal, compromettant ainsi la possibilité d'un échange honnête et ouvert.

Comme le suicide est une cause de traumatisme profond et continu au sein de nombreuses communautés autochtones, l'utilisation de l'expression « suicide assisté » a soulevé l'inquiétude de Melanie Mackinnon, professeure spécialisée en santé autochtone à l'Université du Manitoba. La Société des médecins autochtones du Canada a indiqué que le fait d'associer clairement les médecins à l'aide à mourir pourrait attiser les craintes selon lesquelles les personnes doivent entreprendre un jour la discussion avec leur médecin dans le cours normal des choses. Le D^r Alika Lafontaine, de l'Association des médecins autochtones du Canada, a signalé que cela peut dresser un obstacle supplémentaire entre eux et leur professionnel de la santé. Le D^r Lafontaine a affirmé qu'il « serait peut-être utile de changer la terminologie [...] pour aider les patients qui sont prêts à tenir ces discussions et ne craignent pas qu'elles leur soient imposées ».

Le Comité a entendu diverses suggestions au sujet de la terminologie appropriée. Dans un mémoire soumis en ligne, un éthicien de Toronto a suggéré l'expression « mort légale sur demande » afin de distinguer ce qu'il a qualifié de « mort arrangée » du terme suicide tel qu'il est communément admis. Selon lui, une demande d'aide médicale à mourir vise à raccourcir le processus de la mort, ce qui diffère du suicide sur le plan qualitatif. Il a suggéré d'inclure le terme « légal » pour indiquer que l'on n'accèdera pas à toutes les demandes, puisque les personnes en cause doivent répondre à des critères d'admissibilité.

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a proposé une terminologie qui établirait une distinction claire entre les soins palliatifs et les actes qui hâtent ou causent la mort, signalant que les expressions « aide médicale à mourir » et « aide médicale à la mort » sont ambiguës et pourraient miner l'exercice de la médecine palliative. Le risque que l'expression pourrait représenter pour les soins palliatifs, a soutenu la Société, est qu'elle risque de créer de la confusion entre le fait de mettre activement fin aux jours d'une personne et celui de l'aider tout au long d'un processus de mort naturelle, caractéristique qui définit les soins palliatifs. La Société a proposé que l'aide médicale à mourir s'articule autour du concept central qui consiste à accélérer la mort. Elle a donc recommandé d'utiliser l'expression « mort provoquée », plutôt qu'« aide à mourir », combinée à un spécifique désignant celui qui pose l'acte, soit par exemple « administrée par le patient » ou « administrée par le médecin ».

Une autre option que la Comité a entendue consiste à conjuguer le besoin de spécificité à l'avantage d'éviter une formulation chargée d'émotivité en précisant l'expression « aide médicale à mourir » au moyen d'une mention du rôle du médecin. Le D^r Douglas Grant, président de la Fédération des ordres

¹¹⁵ Howard Shapray, témoignant avec la British Columbia Civil Liberties Association et des demandeurs dans l'affaire *Carter*, 28 octobre 2015; le D^r Brian Mishara, 7 octobre 2015, signalant que la terminologie de l'aide médicale à mourir est plus acceptable que celle de l'euthanasie; Association des psychiatres du Canada, 5 novembre 2015.

des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a utilisé l'expression aide à mourir « administrée par le médecin » et aide « prescrite par le médecin » pour distinguer les deux méthodes.

B. Autres observations sur la terminologie

1. 1. La mort ou mourir

Des groupes ont établi une distinction entre l'aide médicale à la mort et l'aide médicale à mourir, en signalant que les fournisseurs de soins de santé – et en particulier les médecins de soins palliatifs – aident déjà les individus à franchir le processus de la mort¹¹⁶ en leur prodiguant des soins à l'approche de la fin de la vie¹¹⁷. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, il vaut la peine de signaler la différence entre ce soutien et l'aide à la mort dans des scénarios comme celui examiné dans la décision *Carter*. C'est pourquoi l'Association préfère l'expression aide à la mort. Dans un mémoire soumis en ligne au Comité, un médecin de Brantford (Ontario) a expliqué que des expressions comme « aide médicale à la mort » décrivent un événement plutôt qu'un processus et il a laissé entendre que la distinction est utile lorsque l'intervention vise à mener à terme le processus de la mort.

2. Le refus et le retrait de traitements

Des experts, comme la P^{re} Isabelle Marcoux et le D^r Brian Mishara, ont aussi formulé des commentaires au sujet de la confusion qui existe, à la fois dans le grand public et chez les professionnels de la santé, entre ce qui est déjà légal et ce qui le deviendra à l'entrée en vigueur de la décision rendue par la Cour suprême. Plus précisément, le Collège des médecins de famille du Canada a mentionné au Comité que le refus et le retrait de traitements diffèrent de l'aide médicale à mourir. Une personne a effectivement depuis longtemps le droit de refuser tout traitement ou d'y mettre fin, même si une telle décision entraînera sa mort.

Lors d'une rencontre avec trois collègues bioéthiciens, le Comité a entendu des opinions légèrement différentes sur la question de savoir s'il y a ou non une différence morale entre le refus de traitements, le retrait de traitements en cours et l'aide médicale à mourir. Joshua Landry, du Centre de bioéthique Champlain de l'Hôpital d'Ottawa, était d'avis qu'il n'y avait pas de différence, tandis que Michael Kekewich, du même groupe, considérait que des personnes raisonnables peuvent avoir des divergences de vues au sujet de cet enjeu non critique. Le troisième bioéthicien voyait quant à lui une différence entre les trois concepts, à tout le moins sur le plan psychologique. Si le refus de traitements, comme l'a laissé entendre le D^r Thomas Foreman, directeur du Centre de bioéthique Champlain de l'Hôpital d'Ottawa, consiste à « ne pas intervenir pour empêcher [quelqu'un] de mourir », on peut considérer que le retrait de traitements consiste à « éliminer l'obstacle afin de [laisser] le phénomène

¹¹⁶ NDT. « Dying » en anglais, d'où une possible confusion avec le terme « physician-assisted dying ».

¹¹⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, 21 octobre 2015; Société canadienne des médecins de soins palliatifs, 3 novembre 2015; Edgar-Andre Montigny et Sarah Mackenzie, Mémoire soumis à l'ARCH Disability Law Centre basé sur les consultations communautaires menées par l'ARCH au sujet de l'affaire *Carter c. Canada*, préparé pour le Comité externe sur les options de réponse législative à la décision *Carter c. Canada*, p. 23.

naturel se produire » et que l'aide médicale à mourir consiste à « intervenir activement pour agir sur le processus naturel », pour « provoquer une issue ». Il y a, entre le refus et le retrait de traitements, une distinction légale par rapport à l'aide médicale à mourir que la décision *Carter* ne modifie pas.

3. Le consentement

Des intervenants, comme le D^r Patrick Vinay du Collectif des médecins contre l'euthanasie, ont signalé qu'il peut être inapproprié ou du moins inexact d'utiliser le terme « consentement » dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Dans le domaine médical, consentir signifie accepter une intervention ou un traitement qu'un médecin propose à une personne. Isabelle Marcoux a reconnu qu'il ne faudrait pas proposer ou offrir l'aide médicale à mourir à un individu, mais que la demande devrait plutôt émaner directement de celui-ci. La question ne devrait donc pas porter sur le « consentement » à un traitement offert ou recommandé, mais plutôt sur la nécessité de s'assurer que la demande est véritablement volontaire et bien éclairée.

4. Les soins de fin de vie et les soins palliatifs

L'organisme Dying With Dignity Canada a formulé des commentaires sur les expressions « soins de fin de vie » et « soins palliatifs », indiquant qu'il ne faut pas les considérer comme des synonymes. Selon Dying With Dignity Canada, les soins palliatifs peuvent être définis comme excluant l'aide médicale à mourir si les professionnels de la santé qui les fournissent décident de les définir ainsi, mais les soins de fin de vie englobent à la fois les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Cette distinction est conforme à la *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée par le Québec, qui considère l'aide médicale à mourir comme une forme de soins de fin de vie.

Présentant un autre point de vue, la Dre Susan MacDonald, présidente de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, a décrit les soins de fin de vie comme un élément des soins palliatifs :

Nous nous sommes penchés sur la définition des soins palliatifs, qui a changé. À mon arrivée dans ce domaine il y a 20 ans, il s'agissait surtout de soins de fin de vie parce que c'est là que se situait notre ensemble de compétences. Depuis 20 ans, la gestion des symptômes a progressé énormément. Nous avons souvent des contacts avec les patients pendant des années. Le volet mort représente une infime partie du processus.

L'aide médicale à mourir est aussi considérée comme différente de la sédation palliative, qui doit faire en sorte que les personnes se sentent à l'aise jusqu'à ce qu'elles meurent de leur maladie¹¹⁸. La sédation palliative constitue une intervention proportionnée dans laquelle les ajustements posologiques produisent divers effets, selon les circonstances et les besoins de l'individu, d'un léger effet calmant jusqu'au sommeil profond. Selon le D^r Ed Dubland, membre d'un réseau de médecins de la Colombie-Britannique qui a rencontré le Comité, la sédation palliative consiste à rendre inconscients les individus qui souffrent, de manière à ce que la mort naturelle survienne sans causer de détresse consciente.

¹¹⁸ Portail canadien en soins palliatifs, [Le refus de traitements, le retrait de traitements et de la sédation palliative](#).

L'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité a affirmé au Comité que ces pratiques ne sont pas antagonistes.

5. La terminologie française relative à l'aide médicale à mourir

Enfin, Isabelle Marcoux a présenté au Comité une mise en garde au sujet de la traduction. Dans la version française de la décision *Carter*, « physician-assisted dying » est traduit par l'expression « aide médicale à mourir ». Elle a signalé que dans la législation québécoise, l'expression « aide médicale à mourir » a un sens très technique et désigne uniquement l'administration par les médecins d'une substance létale à la demande d'une personne, sans tenir compte du suicide assisté.

C. Les différentes formes d'aide médicale à mourir

Le Comité a aussi entendu des points de vue distincts au sujet des avantages et des inconvénients relatifs des deux formes d'aide médicale à mourir sur lesquelles on lui a demandé de se pencher, en l'occurrence l'euthanasie volontaire et le suicide assisté.

Des groupes rencontrés par le Comité ont formulé des commentaires sur la prévalence des décès assistés par un médecin selon la méthode utilisée. En Europe, où des données sont disponibles à la fois sur l'euthanasie volontaire et sur le suicide assisté, de 2,8 à 4,6 % des décès découlent d'une euthanasie tandis que de 0,05 % à 0,1 % des décès sont attribuables au suicide assisté. En Oregon, où seul le suicide assisté est légal, quelque 0,3 % du total des décès résultent du suicide assisté¹¹⁹. Il existe bien entendu une différence importante au niveau des critères d'admissibilité entre l'Europe et les États-Unis : aux États-Unis, seulement les personnes atteintes d'une maladie terminale ayant une espérance de vie de moins de six mois ont accès à l'aide à mourir.

La P^{re} Isabelle Marcoux a signalé que des données européennes donnent à penser que les personnes qui demandent une aide à mourir préfèrent l'euthanasie volontaire au suicide assisté lorsqu'elles en ont le choix. Plusieurs groupes ayant témoigné devant le Comité ont mentionné cette constatation. Elle a ajouté que même si les personnes cherchant à obtenir une aide médicale à mourir peuvent préférer l'euthanasie volontaire, les médecins tendent pour leur part à être plus à l'aise avec le suicide assisté.

Au cours d'un échange avec le Comité, le D^r Keith Wilson a formulé des commentaires au sujet des résultats d'un sondage national sur les soins palliatifs qui a révélé que dans un échantillon d'individus en phase terminale, le tiers des répondants a jugé les deux méthodes aussi acceptables l'une que l'autre, tandis que 25 % les ont jugées aussi inacceptables l'une que l'autre. Plus de 21 % des répondants étaient d'avis que l'euthanasie volontaire était plus acceptable tandis que 9 % ont affirmé que le suicide assisté était la méthode la plus acceptable.

Des groupes ont mentionné qu'il n'y a pas de différences éthiques entre l'euthanasie volontaire et le suicide assisté : il s'agit de deux façons différentes de concrétiser les volontés d'une personne. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a signalé que ce qui est crucial dans les deux cas, c'est que le

¹¹⁹ Oregon Public Health Division, [Oregon Annual Report 17: Oregon's Death With Dignity Act – 2014](#).

consentement soit libre, volontaire et éclairé et a soutenu que toute distinction établie entre les deux méthodes serait artificielle et inutile et risquerait de créer des régimes différents liés à la manière dont les personnes exercent leur autonomie en fin de vie.

1. Autoriser uniquement le suicide assisté

Le Collectif des médecins contre l'euthanasie et la Coalition pour la prévention de l'euthanasie ont préconisé de n'autoriser que le suicide assisté. Le Comité a entendu le D^r Brian Mishara affirmer que dans le contexte du suicide assisté, l'ambivalence que ressentent les intéressés au sujet de leur demande peut s'exercer plus librement, ce qui signifie qu'ils pourraient être davantage susceptibles de renoncer à leur désir de mourir. Lorsqu'une autre personne intervient, comme cela doit être le cas avec l'euthanasie volontaire, la P^{re} Isabelle Marcoux a laissé entendre que l'ambivalence peut être entravée. Le Comité s'est fait dire qu'il existe un risque que des personnes ressentent une certaine pression sociale qui les pousse à aller de l'avant avec une euthanasie volontaire si, par exemple, l'intervention doit se produire à une date et à une heure précises, sachant que le médecin traitant a d'autres engagements prévus ou même que des êtres chers sont présents et s'attendent à ce que l'intervention ait lieu¹²⁰. La P^{re} Marcoux a signalé que le fait de n'autoriser que le suicide assisté pourrait concourir à assurer que la demande à mourir soit vraiment volontaire, puisque l'acte final causant la mort appartiendrait entièrement à la personne qui veut mourir.

De même, dans un mémoire soumis au Comité, le P^r Raphael Cohen-Almagor de l'Université de Hull au Royaume-Uni a soutenu que « lorsqu'il est question de mettre fin ses jours, le moyen de contrôle final devrait appartenir au patient. C'est pourquoi on préfère le suicide assisté plutôt que l'euthanasie afin de réduire la possibilité d'abus et de mettre fin à la vie de patients sans leur consentement et contre leur volonté ».

Le Conseil des Canadiens avec déficiences a également recommandé de limiter le nouveau régime au suicide assisté. Invité à préciser, le Conseil a toutefois mentionné les dangers que posent les injections létales non demandées, commandées par une personne autre que celle dont on envisage la mort, et administrées à l'insu ou sans le consentement de celle-ci – ce qui demeurerait une infraction criminelle, la Cour suprême ayant insisté dans sa décision *Carter* sur le fait que seule une personne qui « y consent clairement » peut recourir à l'aide médicale à mourir.

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a appuyé le modèle de l'Oregon, qui n'autorise que le suicide assisté, plutôt que celui du Québec, qui n'autorise que l'aide médicale à mourir dans le cadre de laquelle un médecin administre la substance létale. La Société a signalé que des médecins sont mal à l'aise à l'idée de jouer le rôle d'agent immédiat de la mort.

Le D^r Brian Mishara a signalé qu'en Oregon, où seul le suicide assisté est légal, quelque 37 % des personnes à qui l'on prescrit une dose létale de médicaments ne la prennent pas. Il a signalé que rares sont les personnes qui changent d'idée une fois qu'elles ont demandé l'euthanasie dans les pays où elle est légalisée. Il était d'avis que cette ambivalence constituait un déterminant clé de la raison pour

¹²⁰ Coalition pour la prévention de l'euthanasie, 3 novembre 2015; D^r Brian Mishara, 7 octobre 2015.

laquelle la mort découlant du suicide assisté était moins fréquente que celle résultant de l'euthanasie, et il a préconisé la première méthode plutôt que la seconde.

2. Les risques associés au suicide assisté

La P^{re} Isabelle Marcoux a souligné qu'il peut y avoir des complications médicales si une personne s'administre elle-même une substance létale sans la présence d'un médecin. La Coalition pour la prévention de l'euthanasie a évoqué le risque d'une coercition exercée par des membres de la famille si le médicament est pris à domicile sans supervision professionnelle, ainsi que les risques associés à la présence d'une dose létale de médicaments à domicile. La Coalition a laissé entendre qu'un cadre de suicide assisté ne devrait pas permettre à des personnes d'apporter des substances létales chez elles et devrait plutôt fournir le médicament seulement lorsqu'elles sont prêtes à le prendre. La Coalition est d'avis que cela éviterait qu'un médicament léthal ne soit pas rapporté à une pharmacie si la personne meurt d'autres causes ou décide de ne pas le prendre.

Le D^r Georges L'Espérance, président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, a affirmé au Comité que le fait de n'autoriser que le suicide assisté en limite l'accès à ceux qui sont physiquement capables de s'administrer le médicament, ce qui présente un risque de discrimination à l'endroit de ceux qui sont physiquement incapables de certains mouvements volontaires, notamment d'avaler.

Le Collège des médecins du Québec s'est dit préoccupé à l'idée que des individus soient envoyés chez eux sans accompagnement pour s'administrer un médicament mortel. La loi du Québec interdit le suicide assisté. Le Collège a signalé que dans de rares cas où le médicament ne cause pas la mort, de graves complications sont possibles. Le Collège est d'avis que le recours exclusif à l'aide médicale à mourir constitue un moyen d'enrayer ou d'éliminer ce risque en confiant l'intervention uniquement au médecin. M. Jean-Pierre Ménard, président du comité québécois de juristes experts chargé de recommander des options législatives pour la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Québec, a indiqué que le fait de n'autoriser que l'aide médicale à mourir constituait un moyen de restreindre la pratique au monde de la médecine.

3. Un régime autorisant à la fois le suicide assisté et l'euthanasie volontaire

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a insisté sur les notions de l'accès et de la préférence des individus et a indiqué qu'il rédige des lignes directrices qui traiteront à la fois de l'euthanasie volontaire et du suicide assisté. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse a affirmé que la formulation de la décision *Carter* indique clairement qu'il faut permettre à la fois le suicide assisté et l'euthanasie volontaire.

Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a laissé entendre que, dans les cas de suicide assisté, si un individu le demande, un médecin doit être présent lors de l'administration du médicament pour s'assurer qu'il n'y a pas de complications. D'autres ont indiqué que le fait d'exiger la présence d'un médecin dans tous les cas peut poser un problème d'accès en raison de l'horaire chargé des médecins. De plus, le D^r Brian Mishara a mentionné qu'il est à son avis préjudiciable d'exiger la présence d'un

médecin au moment de l'autoadministration. Selon lui, la présence d'une autre personne peut nuire à l'expression de l'ambivalence.

Le Dr Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a signalé que si l'on envisage à la fois l'euthanasie volontaire et le suicide assisté, le moment de l'évaluation de l'aptitude sera crucial. Il a signalé que le médecin prescripteur évaluerait l'aptitude de la personne au moment d'établir l'ordonnance. La personne en cause pourrait alors apporter le médicament chez elle et il se peut que, si son état se détériore, elle ne soit plus capable de consentir au traitement médical. Il se pourrait donc que la personne ne puisse plus satisfaire aux exigences établies dans la décision *Carter*.

Un représentant du Protection of Conscience Project a signalé qu'un médecin disposé à offrir le suicide assisté devrait aussi être prêt à pratiquer l'euthanasie volontaire advenant que des complications surgissent au cours du suicide assisté et que son intervention s'impose pour mettre fin aux jours de la personne.

D. Conclusion

Dans les cas où il pourra être nécessaire de montrer clairement les différences entre le suicide assisté et l'euthanasie volontaire, ou de refléter des informations transmises au Comité au cours des consultations, le Comité utilisera cette terminologie par souci de clarté dans le rapport. Le Comité est pleinement conscient des commentaires formulés à l'appui et en opposition à ces expressions.

Dans la mesure où il est entendu que la Cour suprême envisage les deux méthodes d'aide médicale à mourir dans la décision *Carter*, le Comité considère donc que les deux pourraient constituer une des options dont pourraient se prévaloir des Canadiens atteints de problèmes de santé graves et irrémédiables qui leur causent des souffrances persistantes.

Chapitre 7. Les critères d’admissibilité

Dans la décision qu’elle a rendue dans l’affaire *Carter*, la Cour suprême du Canada a déclaré que la prohibition actuellement prévue au *Code criminel* relativement à l’aide à mourir contrevient aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes qui correspondent au profil suivant :

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 condition¹²¹.

Pour avoir accès à l’aide médicale à mourir lorsque la déclaration de la Cour sur la non-validité entrera en vigueur, une personne doit satisfaire à chacun des éléments du profil ci-dessus.

Si le Parlement et les assemblées législatives des provinces et des territoires ne réagissent pas officiellement à la décision *Carter*, la décision proprement dite tiendra lieu de loi sur l’aide médicale à mourir. Par ailleurs, en vertu de la décision *Carter*, les législateurs peuvent décider de préciser dans une mesure législative qui peut avoir recours à l’aide médicale à mourir et dans quelles conditions.

La P^{re} Jocelyn Downie, avocate et professeure en droit de la santé, a qualifié la décision *Carter* de « plancher et non de plafond ». Cela signifie que même si la Cour suprême a établi les exigences de base pour garantir qu’une exemption à la prohibition actuelle de l’aide à mourir ne viole pas les droits que la Charte accorde aux personnes admissibles et désireuses d’obtenir l’aide à mourir, le Parlement et les assemblées législatives seraient libres de tenir compte d’enjeux qui transcendent ceux abordés dans la décision *Carter*. Les législateurs pourraient décider d’étendre la portée de l’aide médicale à mourir et d’en autoriser l’accès à des personnes non considérées dans la décision *Carter*, par exemple des personnes ne jouissant plus de leurs facultés mais ayant demandé l’aide médicale à mourir au moyen d’une directive anticipée lorsqu’elles étaient encore aptes. Ils pourraient aussi étendre l’exemption à d’autres professionnels de la santé comme les infirmiers et infirmières praticiens, possibilité que l’Association des infirmières et des infirmiers du Canada a commencé à évaluer.

En cherchant à clarifier notre compréhension collective de qui est inclus dans le profil d’une personne admissible à l’aide médicale à mourir, les législateurs peuvent décider de définir certains des termes et des expressions autour desquels s’articule la déclaration de la Cour. Ils pourraient notamment souhaiter aborder l’une ou l’autre des questions suivantes :

1. Qui peut être reconnu comme un adulte?
2. Qui est aux fins d’une demande d’aide à mourir?
3. Que signifie « grave et irrémédiable » dans le contexte d’une demande d’aide à mourir?
4. Qu’entend-on par « souffrances persistantes » dans le contexte d’une demande d’aide à mourir?

¹²¹ *Carter*, par. 127.

Toute loi répondant à ces questions en ajoutant d'autres critères pourrait, bien évidemment, faire l'objet de contestations fondées sur la Charte. La Cour a déclaré clairement qu'un régime de réglementation de l'aide à mourir ne peut priver une personne de ses droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne, sauf s'il est conforme aux principes de justice fondamentale.

Les critères d'admissibilité incluent certaines personnes et en excluent d'autres, ce qui est inévitable. Le Comité a entendu de diverses sources, parmi lesquelles la P^{re} Downie et David Baker, avocat d'un cabinet privé spécialisé dans la défense des droits des personnes handicapées qui a rédigé une loi type en réponse à la décision *Carter*, que peu importe la loi en vigueur, ses critères seront probablement contestés en vertu de la Charte par des personnes exclues. Il incombera donc aux législateurs de déterminer attentivement les critères d'admissibilité mis en œuvre pour atténuer l'incertitude que pourraient entraîner des litiges à répétition.

Le présent chapitre aborde les critères d'admissibilité soulevés au cours des rencontres que le Comité a tenues avec des experts particuliers, émanant de l'étude qu'il a faite des régimes existants et des consultations qu'il a menées directement auprès de parties intéressées. Le présent chapitre traite plus précisément de l'âge, de la période de résidence, de l'état de santé, des souffrances persistantes, de la capacité à consentir à un traitement médical, et du caractère volontaire de la demande.

A. L'âge

La Cour suprême a déclaré que les adultes admissibles doivent pouvoir recourir à l'aide médicale à mourir. Au Canada, l'âge de la majorité est déterminé par les provinces, qui n'ont pas adopté d'âge uniforme auquel une personne est considérée comme un adulte à des fins juridiques. Si l'accès à l'aide médicale à mourir est déterminé en fonction des lois provinciales en vigueur concernant l'âge de la majorité, des provinces et des territoires autoriseraient l'accès à 18 ans et d'autres à 19 ans¹²².

Des groupes rencontrés par le Comité, comme l'Alliance évangélique du Canada, un intervenant dans l'affaire *Carter*, ont suggéré que l'âge de la majorité fixé par les provinces corresponde à l'âge auquel une personne peut recourir à l'aide médicale à mourir. Plusieurs groupes ont quant à eux préconisé que l'âge d'accès soit uniformément fixé à 18 ans à travers le Canada. Il peut être utile de noter qu'aux fins du droit pénal et de toute autre loi fédérale, comme la loi électorale fédérale, une personne est considérée comme étant un adulte à l'âge de 18 ans.

1. Au-delà de l'âge de la majorité

La majorité des groupes qui ont discuté de l'âge d'admissibilité avec le Comité ont souligné que la Cour suprême a déclaré que des *adultes* admissibles peuvent recourir à l'aide médicale à mourir et ont donc recommandé soit d'adopter l'âge de la majorité dans chaque province, soit de fixer la barre à 18 ans. Certains des mémoires soumis au Comité recommandaient toutefois un seuil plus élevé de maturité pour les décisions visant à mettre fin à la vie. Dans le mémoire qu'il a soumis au Comité, un médecin de

¹²² L'âge de la majorité est fixé à 18 ans en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard, et à 19 ans ailleurs.

Brantford (Ontario) spécifiait notamment que « la personne demandant à mourir doit être adulte, avoir plus de 25 ans (puisque le cerveau et le contrôle des impulsions se développent jusqu'à cet âge) ». L'Association canadienne de soins palliatifs a pour sa part recommandé de fixer à 21 ans l'âge d'admissibilité, réclamant « de grandes précautions... face aux jeunes adultes ». Comme on le verra dans la section suivante, le Comité a entendu l'argument selon lequel le choix de n'importe quel âge en particulier pourrait être jugé arbitraire. Le Comité ne connaît aucune loi fédérale, provinciale ou territoriale du Canada qui fixe des seuils d'âge à plus de 19 ans.

2. Les mineurs matures

Ni le juge de première instance dans l'affaire *Carter* ni la Cour suprême n'ont abordé la question des mineurs matures parce qu'ils n'en étaient pas saisis et c'est pourquoi aucun élément de preuve n'a été présenté aux tribunaux à ce sujet. L'expression « mineur mature » est une expression juridique qui désigne les jeunes qui n'ont pas l'âge de la maturité et sont jugés capables de prendre leurs propres décisions d'ordre médical. La Cour suprême a affirmé que « (les mineurs ont droit)... à une autonomie décisionnelle correspondant au développement de leur intelligence et de leur compréhension »¹²³.

Deux questions de droit que le Comité a entendues au sujet des mineurs matures portent avant tout sur le statut de la législation en vigueur au sujet du consentement en soins de santé et des dispositions relatives à l'égalité de l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique a signalé plus précisément que plusieurs provinces ont adopté des lois permettant aux mineurs matures de prendre des décisions au sujet de leur traitement médical et qu'il se pourrait que l'exclusion des mineurs ne respecte pas ces lois. De plus, la P^{re} Jocelyn Downie a signalé que si l'accès est accordé aux adultes seulement, un mineur mature pourrait avoir une revendication fondée en vertu des dispositions relatives à l'égalité de l'article 15 de la Charte pour contester la loi en affirmant qu'elle est discriminatoire en raison de l'âge.

Des éthiciens médicaux que le Comité a rencontrés ont aussi abordé la question de l'accès pour les mineurs. Le D^r Thomas Foreman, Joshua Landry et Michael Kekewich du Centre de bioéthique Champlain de l'Hôpital d'Ottawa ont soutenu que tout critère basé sur l'âge serait arbitraire. Ils ont plutôt recommandé une approche semblable à celle que prévoit la *Loi sur le consentement aux soins de santé*¹²⁴ de l'Ontario, qui n'inclut pas l'âge comme critère mais compte plutôt exclusivement sur la capacité décisionnelle. Ils ont signalé que l'âge de la majorité sert actuellement de balise approximative de la capacité décisionnelle et ont souligné qu'au lieu de faire appel à une mesure approximative de la capacité, l'admissibilité devrait reposer sur la capacité réelle.

Dans un mémoire détaillé soumis au Comité, le P^r Wayne Sumner de l'Université de Toronto a présenté la proposition suivante au sujet de l'aide médicale à mourir dans le cas des personnes de 12 à 18 ans :

La Cour n'a pas limité le droit d'accès [à l'aide médicale à mourir] seulement aux adultes aptes et rien ne justifie de le faire. Il faut aussi prévoir la prise de décisions par des « mineurs matures » (âgés de douze à dix-huit ans). Dans ce cas, toutefois, il peut être préférable

¹²³ *A.C. c. Manitoba (directeur des Services à l'enfance et à la famille)*, 2009 CSC 30, par. 46.

¹²⁴ *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, c. 2, Ann. A.

d'inverser la présomption d'aptitude afin qu'il revienne aux adolescents de démontrer qu'ils ont la maturité nécessaire pour prendre une décision de cette ampleur. Le cas échéant, il faut leur laisser la décision, même si (particulièrement dans le cas des adolescents plus jeunes) on peut les obliger à consulter leurs parents ou leurs tuteurs légaux. La règle empirique devrait prévoir que si un mineur est jugé capable de refuser un traitement de maintien de la vie, il est également capable de demander un traitement qui abrège ses jours.

Aux Pays-Bas et en Belgique, les mineurs ont un accès limité à l'aide à mourir. Aux Pays-Bas, les jeunes de 16 à 18 ans qui « peuvent être considérés comme comprenant raisonnablement [leur] intérêt » et qui répondent aux critères relatifs à l'âge adulte peuvent avoir accès à l'aide à mourir à condition que leurs parents aient été informés¹²⁵. Les personnes de 12 à 16 ans qui « peuvent être considérées comme comprenant raisonnablement [leur] intérêt » et qui répondent aux critères relatifs à l'âge adulte peuvent avoir accès à l'aide à mourir avec le consentement de leurs parents. En Belgique, les mineurs émancipés qui répondent aux critères relatifs à l'âge adulte peuvent avoir accès à l'aide à mourir depuis l'adoption de la première mesure législative permissive en 2002¹²⁶. En 2014, la Belgique a modifié sa loi afin de donner accès à l'aide à mourir aux mineurs de n'importe quel âge « dotés de la capacité de discernement » qui se trouvent dans une situation médicale « qui entraîne le décès à brève échéance » et répondent aux critères relatifs à l'âge adulte¹²⁷.

Peu de personnes ou de groupes rencontrés par le Comité ont proposé spécifiquement des arguments au sujet de l'accès pour les mineurs matures, ce qui est peut-être compréhensible puisque la question n'a pas été soulevée dans la décision *Carter*. Le Comité n'a pas sollicité activement l'avis d'experts ni de points de vue à ce sujet, et il ne s'est pas entretenu non plus avec des professionnels de disciplines axées sur les enjeux liés aux enfants et aux adolescents (p. ex., pédiatrie ou pédopsychologie et adopsychologie).

Parmi les quelques mémoires ayant abordé la question, celui d'un réseau de médecins de la Colombie-Britannique indiquait que des mineurs matures peuvent être plus vulnérables à la coercition que des adultes. Dans leur mémoire au Comité, d'autres groupes ont choisi d'insister explicitement sur l'accès pour les adultes aptes et ont peut-être rejeté aussi implicitement le concept de l'accès pour les enfants. L'Association canadienne des libertés civiles et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont affirmé clairement qu'ils ne voyaient aucun motif basé sur des principes pour refuser aux mineurs matures l'aide à mourir s'ils répondent aux critères pertinents et qu'un tel refus pourrait menacer l'autonomie personnelle des mineurs.

Le Collège des médecins de la Colombie-Britannique a signalé que cette province possède une loi sur les enfants (*Infants Act*)¹²⁸ qui permet aux mineurs de prendre eux-mêmes des décisions d'ordre médical. Le Collège est d'avis qu'il y a divergence entre la loi et le critère relatif à l'âge dont il est question dans la

¹²⁵ [Loi sur la fin de vie sur demande et l'aide au suicide \(procédures d'examen\)](#), art. 2.

¹²⁶ [La Loi belge de 2002 sur l'euthanasie](#), traduction anglaise fournie au Comité par M. Herman Nys. Un mineur émancipé est un mineur qu'un tribunal a affranchi de l'autorité parentale. À noter que l'émancipation des mineurs n'est pas reconnue dans la majorité des administrations du Canada.

¹²⁷ [Loi relative à l'euthanasie](#) (Belgique), traduction anglaise fournie au Comité par M. Herman Nys.

¹²⁸ [Infants Act](#), R.S.B.C. 1996, c. 223.

décision *Carter* et il a laissé entendre qu'il faudrait peut-être modifier la loi et tout autre régime établi en vertu de lois provinciales sur le consentement aux soins de santé afin de niveler les incohérences.

Soumis au scénario d'une demande d'aide médicale à mourir émanant d'un adulte atteint d'une affection mortelle, la majorité des répondants du Cahier de questions étaient d'accord ou fortement d'accord que l'intéressé devrait avoir accès à l'aide médicale à mourir. Lorsque le scénario impliquait la demande d'un mineur de 16 ans atteint d'une affection mortelle, l'appui était toutefois beaucoup moins ferme.

L'accès pour les mineurs matures est peut-être l'une des questions les plus chargées d'émotivité que le Comité a entendues au cours de ses recherches sur l'aide à mourir. Aucune personne s'étant présentée devant le Comité au Canada n'a préconisé ouvertement l'accès pour les enfants, et même si les Pays-Bas et la Belgique sont plus ouverts au concept, le Comité a entendu que la pratique soulève toujours la controverse et est extrêmement rare dans ces deux pays.

B. La période de résidence

À une exception près, tous les Pays où l'aide à mourir est pratiquée imposent une période de résidence obligatoire qui fait que seuls leurs résidents peuvent avoir accès à l'aide à mourir. Dans certaines administrations, comme l'Oregon, c'est le médecin qui évalue la résidence. Dans cet État, les médecins peuvent tenir compte de documents démontrant la résidence d'un individu, comme son permis de conduire, son inscription sur la liste des électeurs de l'État ou sa déclaration de revenus en Oregon¹²⁹. Au Québec, on vérifie la résidence en exigeant que seuls les « personnes assurées » au sens de la *Loi sur l'assurance-santé* du Québec puissent recevoir de l'aide médicale à mourir¹³⁰. Dans la plupart des cas, pour être une « personne assurée », il faut avoir vécu au Québec au moins trois mois et détenir une carte d'assurance-maladie du Québec¹³¹.

Les médias ont abondamment rapporté les cas de Canadiens et d'autres ressortissants étrangers s'étant rendus en Suisse pour y obtenir l'aide à mourir. La Suisse interdit le suicide assisté seulement pour des motifs égoïstes¹³² et six organisations du secteur privé accordent de l'aide médicale à mourir aux personnes qui répondent aux critères des organisations en question. Trois d'entre elles offrent leurs services aux non-résidents.

Le Comité a reçu peu de commentaires des experts ou des parties intéressées au sujet de la période de résidence. Le Conseil des Canadiens avec déficiences a fait exception en préconisant la résidence obligatoire d'un an dans son mémoire au Comité. Un projet de loi déposé en septembre 2015 au Royaume-Uni prévoit aussi une période obligatoire de résidence d'un an¹³³. Même si une période de résidence obligatoire d'un an n'est pas sans précédent dans la loi canadienne, ce n'est pas une norme

¹²⁹ [Oregon Death with Dignity Act](#), 127.860 §3.10.

¹³⁰ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. c S-32.0001, art. 26.

¹³¹ [Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régime de l'assurance-maladie du Québec](#), R.L.R.Q. c. A-29, r 1, art. 4.

¹³² [Code pénal suisse](#), art. 115.

¹³³ Bill 7, [Assisted Dying \(No. 2\) \(HC\)](#), sess 2015-2016, 2015.

d'usage courant dans le droit sur la santé. Une norme plus courante s'établit à trois mois – période incluse dans la définition de « personne assurée » en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*¹³⁴.

La question de la période de résidence a aussi été abordée lors des discussions avec les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des médecins. Ces entités sont les associations provinciales ou territoriales indépendantes (dont la plupart s'appellent « ordre » ou « collège des médecins et chirurgiens ») qui réglementent l'exercice de la médecine dans leur administration respective. Le Comité a rencontré presque toutes ces associations, ainsi que leur association nationale, la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Les ordres ont abordé la question de la résidence avec le Comité, mais ils ont présenté des opinions divergentes; certains préconisant des plans concrets visant à établir une période de résidence obligatoire et d'autres exprimant plutôt une ouverture à offrir de l'aide médicale à mourir aux visiteurs étrangers admissibles. S'il revient aux organismes de réglementation de trancher, l'accès pour les non-résidents pourrait varier quelque peu dans l'ensemble du pays.

C. Un problème de santé grave et irrémédiable

Tous les États ayant légiféré sur l'aide à mourir ont imposé un critère lié à l'admissibilité médicale. Les définitions de ces critères varient considérablement. Dans les quatre États américains qui ont légiféré pour permettre l'aide à mourir, par exemple, la personne qui présente la demande doit avoir une maladie incurable et une espérance de vie de moins de six mois. Au Québec, la personne doit être en fin de vie, dans un état caractérisé par une perte avancée et irréversible de ses capacités. Aux Pays-Bas, la personne doit ressentir des souffrances insupportables, être sans perspective d'amélioration, et il ne doit pas y avoir de solution de rechange raisonnable compte tenu de sa situation.

Ce que la Cour affirme dans la décision *Carter*, c'est que la personne doit avoir un problème de santé grave et irrémédiable lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa situation. La Cour a précisé qu'un problème grave et irrémédiable inclut une maladie, une affection ou un handicap. Dans sa déclaration, la Cour n'a pas indiqué que la personne doit être en fin de vie, qu'elle doit avoir reçu un diagnostic terminal ou qu'elle doit être à un stade avancé de déclin.

1. Définir (ou non) les termes « grave » et « irrémédiable »

La question de savoir si les termes « grave » et « irrémédiable » doivent être définis dans la loi a soulevé un débat important, ce qui n'est peut-être pas étonnant compte tenu de leur importance dans la détermination de l'admissibilité d'une personne à l'aide médicale à mourir.

Comme certains l'ont signalé au Comité, le terme grave a une connotation particulière dans le contexte du droit pénal. L'expression « lésions corporelles graves » aide à définir l'importance de la force dont les agents de la paix peuvent user dans l'exercice de leurs fonctions¹³⁵. La British Columbia Civil Liberties

¹³⁴ [Loi canadienne sur la santé](#), L.R.C. 1985, c. C-6, art. 2.

¹³⁵ [Code criminel](#), L.R.C. 1985, c. C-46, art. 25.

Association a signalé que la définition établie de « grave » dans le contexte du droit pénal veut dire « sérieux et non négligeable ».

Dans l'exercice de la médecine, la compréhension des termes est peut être moins universelle. Au cours d'un échange avec la D^{re} Francine Lemire, directrice générale du Collège des médecins de famille du Canada, le Comité a examiné la probabilité qu'un groupe diversifié de médecins de famille s'entende sur la signification de l'expression « grave et irrémédiable ». La D^{re} Lemire a signalé qu'il serait difficile de dégager un consensus, des médecins différents exprimant avec conviction des opinions différentes. La D^{re} Lemire était d'avis qu'il fallait « rendre un peu plus pointue » la signification de l'expression grave et irrémédiable, mais que cela devait être fait tout en prévoyant suffisamment de marge de manœuvre pour qu'il soit possible d'exercer un jugement clinique.

La Fédération des ordres des médecins du Canada a insisté sur l'importance de laisser aux médecins suffisamment de marge de manœuvre pour leur permettre de poser un jugement clinique. Le D^r Douglas A. Grant, président de la Fédération et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a soutenu qu'une définition « granulaire » excessivement précise de ces termes aurait pour conséquence d'« éloigner les décisions du chevet ». Il a signalé que les ordres trouveraient l'application de termes précis difficile à régler et que les médecins la trouveraient en outre difficile à administrer. Le Collège de la Saskatchewan a exprimé ses préoccupations d'une façon un peu différente :

Je m'inquiète seulement de la rigidité [...] de voir un certain nombre de députés essayer de définir l'expression grave et irrémédiable d'une façon qui ne soit pas trop restrictive, qui permet de tenir compte des progrès réalisés au fil du temps.

Le Collège de la Saskatchewan a souligné l'importance de permettre une variation subjective de l'interprétation de l'expression « grave et irrémédiable » afin qu'un médecin qui agit de bonne foi et fournit une aide médicale à mourir à une personne qu'il juge dans un état grave et irrémédiable ne s'expose pas à des poursuites pénales.

L'imposition de critères précis pour définir les termes « grave » et « irrémédiable » suscite un malaise chez les organismes de réglementation de la médecine; ils étaient toutefois ouverts à l'idée de soumettre la communauté médicale à certaines orientations ou normes professionnelles compte tenu de la difficulté de poser un jugement dans des circonstances aussi importantes qu'une demande d'aide à mourir. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a souligné que les termes grave et irrémédiable sont essentiellement des termes juridiques et a étudié la possibilité de mettre sur pied un groupe d'experts chargé de les définir et de fournir des exemples qui aideraient les médecins à les interpréter. D'autres ordres ont manifesté de l'intérêt pour ce genre de balises qui pourraient évoluer au fil du temps pour suivre le rythme de l'interprétation et des pratiques.

Même si relativement peu de mémoires se sont arrêtés spécifiquement au sens du mot « irrémédiable », l'Association des psychiatres du Canada a présenté la recommandation suivante :

Dans le contexte de la maladie mentale, il ne faut pas considérer que le mot « irrémédiable » signifie « incurable », car cela fixerait le seuil de la détermination d'un état irrémédiable à un

niveau trop bas (c.-à-d. que toutes les maladies mentales chroniques pourraient alors être considérées comme irrémédiables).

Par ailleurs, l'Association signale dans son mémoire que « si l'on considère qu'irrémédiable veut dire intraitable, alors très peu de situations en psychiatrie seraient considérées comme irrémédiables ».

Le terme « irrémédiable » n'est pas utilisé souvent en droit, mais la Cour a proposé une définition en précisant que sa déclaration dans la décision *Carter* « ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables¹³⁶ ». Cette approche ressemble au modèle belge dans le cadre duquel, comme l'a signalé Benoit Mores, conseiller auprès du ministre fédéral des Affaires et de la Santé publique, un individu doit refuser tous les traitements possibles avant que l'on puisse envisager la possibilité de recourir à l'aide à mourir.

Plusieurs groupes, y compris la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, la British Columbia Civil Liberties Association et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont indiqué qu'il serait préférable de laisser les médecins définir ces termes. D'autres groupes rencontrés par le Comité, dont l'Association for Reformed Political Action Canada et le Collectif des médecins contre l'euthanasie, ont soutenu qu'il faudrait définir explicitement les termes « grave » et « irrémédiable » pour fournir des orientations aux professionnels de la santé qui devront les mettre en application. Certaines des définitions proposées correspondent à peu près aux définitions du dictionnaire. Par exemple, un réseau de médecins de la Colombie-Britannique a suggéré au Comité de définir grave par l'expression « sévère ou au stade ultime ». L'organisme Dying With Dignity Canada a suivi une démarche différente et préconisé une interprétation subjective :

Un problème médical « grave » cause des souffrances insupportables. C'est à la personne en cause qu'il revient de décider ce qui constitue de telles souffrances. Des souffrances qui peuvent être source de noblesse pour certains, peuvent être insupportables pour d'autres. En décider autrement revient à empiéter sur l'autonomie de la personne.

Des suggestions visaient à resserrer les critères d'admissibilité afin que moins de personnes se qualifient pour l'aide médicale à mourir. Dans sa loi type, par exemple, David Baker définit « irrémédiable » comme « une maladie terminale qui est incurable, qu'un médecin a confirmée sur le plan médical et qui, selon la médecine factuelle et un jugement raisonnable, aboutira à la mort dans les 12 mois ». Il a aussi indiqué au Comité qu'il préconise la formulation adoptée au Québec, à savoir « un déclin avancé et irréversible de ses capacités ». Dans d'autres mémoires, comme celui de la Citizens with Disabilities Ontario, on énonçait sans équivoque que l'accès à l'aide à mourir « devrait être limité aux personnes en phase terminale dont la mort est imminente ».

2. Des normes objectives ou subjectives

Un autre enjeu soulevé par certains groupes visait à déterminer s'il faut appliquer des normes objectives ou subjectives pour définir les termes « grave » et « irrémédiable ». Il existait des désaccords sur la question de savoir s'il faudrait définir objectivement les termes grave et irrémédiable, en fonction de

¹³⁶ *Carter*, par. 127.

critères établis ou d'un caractère raisonnable, ou s'il faudrait les définir subjectivement, c'est-à-dire en ne s'appuyant que sur l'opinion de la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou sur celle du médecin en consultation avec l'individu. Il peut être important de signaler que les termes « grave » et « irrémédiable » semblent représenter des normes principalement objectives tandis que l'expression « souffrances persistantes », que l'on aborde ci-dessous, semble subjective.

Étant donné que les adjectifs « grave » et « irrémédiable » qualifient tous deux l'expression « problème de santé », il peut être juste de supposer qu'une norme objective convient. Les problèmes de santé sérieux, susceptibles d'être reconnus comme « graves », sont essentiellement diagnostiqués à la suite d'exams médicaux objectifs. L'expérience qu'une personne a d'un problème de santé est très personnelle, mais le diagnostic de son état est posé en fonction de critères médicaux établis. Le critère « irrémédiable » comporte un élément subjectif parce que la Cour suprême a affirmé que la caractéristique « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doit subir des traitements inacceptables pour lui. Sauf si la personne en cause juge inacceptable les traitements disponibles, des normes médicales objectives établies détermineront si un problème est irrémédiable.

3. La maladie mentale

Dans la décision qu'elle a rendue dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême n'a pas traité explicitement des maladies mentales. Gloria Taylor et Kay Carter, les deux femmes dont la maladie a encadré la décision *Carter*, vivaient toutes deux avec des problèmes qui leur causaient des souffrances physiques et une détérioration organique sans toucher leur aptitude ou leur santé mentale. Selon le critère *Carter*, pour être admissible à l'aide médicale à mourir, une personne doit être apte. La Cour a néanmoins tenu compte des souffrances psychologiques dans sa décision et n'a pas exigé que le problème de santé à l'origine d'une demande soit obligatoirement d'origine purement physique. Cela signifie que les législateurs devront se demander si un problème de santé mentale peut être considérée à lui seul comme un problème de santé aux fins du critère *Carter*, et si l'exclusion de personnes qui ont des souffrances intolérables en raison d'un problème de santé mentale grave et irrémédiable les priverait de leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne.

Le Comité a entendu des opinions très divergentes sur le rôle que la maladie mentale pourrait jouer – ou non – dans un cadre d'aide médicale à mourir au Canada. À une extrémité du spectre, le P^r Eike-Henner Kluge a soutenu que, compte tenu des principes d'égalité, même si la maladie mentale rend une personne inapte devant la loi, cette incapacité ne devrait pas empêcher les personnes qui répondent autrement aux critères d'admissibilité énoncés dans la décision *Carter* d'avoir accès à l'aide médicale à mourir. Par ailleurs, des groupes comme l'Alliance catholique canadienne de la santé ont soutenu qu'il ne faudrait pas inclure les maladies mentales dans le champ d'application du critère d'admissibilité lié à un problème de santé. L'Alliance évangélique du Canada et le Collectif des médecins contre l'euthanasie ont tous deux avancé des arguments semblables.

Dans son mémoire, l'ARCH Disability Law Centre a fait le point sur les discussions détaillées qu'a tenues son groupe avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. L'ARCH a signalé que « l'effet que l'AMM [ou aide médicale à mourir] aura sur une population vulnérable préoccupe profondément une partie de la population ». Ailleurs dans ce mémoire, il était fait mention d'une forte impression au sein de cette communauté que l'aide médicale à mourir « vise à offrir un choix et

l'autodétermination à une population vulnérable. L'égalité fondamentale impose de donner accès à l'AMM aux personnes atteintes d'un problème de santé mentale sur les mêmes bases qu'aux autres personnes; aucune étape ou restriction supplémentaire ne devrait être imposée ». Dans son mémoire, l'ARCH concluait que « pour le moment, il n'est pas clair que l'on comprend suffisamment à fond l'effet possible de l'AMM sur les personnes atteintes de problèmes de santé mentale pour qu'il soit permis de rédiger un texte législatif efficace et sûr ».

Le Comité a entendu des arguments convaincants en faveur de l'accès des personnes admissibles atteintes d'une maladie mentale, à condition qu'elles aient la capacité reconnue par la loi de prendre une telle décision. La P^{re} Jocelyn Downie a signalé que l'exclusion de telles personnes pourrait équivaloir à de la discrimination à l'endroit d'un groupe déjà marginalisé. Dans un argument convaincant soumis en ligne, un citoyen canadien a exhorté le Comité à reconnaître que :

Les souffrances ne sont pas toutes physiques. Les personnes atteintes d'une maladie mentale souffrent et endurent souvent des souffrances intolérables. Il s'agit là d'un domaine nuancé et un peu problématique, mais je vous prie d'inclure dans une nouvelle loi le droit des personnes atteintes d'une maladie mentale à avoir accès à l'aide à mourir dans certaines circonstances.

La D^{re} Linda Ganzini, psychiatre et chercheuse éminente de l'Oregon, a confirmé que nombre de personnes vivant avec une maladie mentale chronique grave conservent la capacité de consentir aux traitements. Comme l'Association des psychiatres du Canada l'a toutefois expliqué, la capacité dépend de la situation. Une personne peut être capable de vivre en autonomie tout en n'étant pas capable de s'occuper de ses propres finances. De plus, comme l'a signalé l'ARCH Disability Law Centre, « il est très possible qu'une personne aux prises avec une incapacité liée à une maladie mentale épisodique grave puisse, lorsqu'elle est en bonne santé et lucide, décider qu'elle ne veut pas tolérer un autre épisode de crise de santé mentale et choisisse plutôt de demander l'AMM pendant qu'elle est capable de prendre cette décision. »

L'Association des psychiatres du Canada continue de préparer sa réponse à la décision *Carter* et au futur régime d'aide médicale à mourir. Elle a suggéré d'autres éléments dont il faudrait tenir compte dans le contexte de la santé mentale :

- De nombreuses personnes vivant avec une affection, et en particulier celles qui limitent la durée de la vie ou la mettent en danger, peuvent avoir une dépression comorbide;
- La dépression, qui peut être difficile à diagnostiquer, peut altérer les processus de réflexion d'une personne et avoir un effet sur son désir de mourir;
- En raison de l'évolution complexe de certaines maladies mentales, il faudrait peut-être interpréter différemment les termes liés à l'admissibilité, comme « irrémédiable » et « persistantes », en cas de maladie mentale;
- L'expression clinique « dépression grave résistant aux traitements » signifie simplement que la dépression a résisté à deux protocoles de pharmacothérapie aux antidépresseurs et ne répondrait pas généralement à la norme relative au caractère « irrémédiable ».

Selon l'Association des psychiatres du Canada, lorsqu'une personne est aux prises avec une maladie mentale, il peut être « difficile, voire impossible, d'exclure la possibilité que des troubles de la cognition

causés par la maladie jouent ou non [sur une demande d'aide médicale à mourir] ». Au moment de rencontrer le Comité, l'Association des psychiatres du Canada n'avait pas encore déterminé si elle appuyait ou non l'idée qu'une maladie mentale grave et irrémédiable devrait à elle seule (en l'absence d'une maladie physique) être reconnue comme un problème de santé en vertu du critère *Carter*.

D. Des souffrances persistantes

La Cour suprême a déclaré que pour avoir droit à l'aide médicale à mourir, une personne doit avoir « des souffrances persistantes et intolérables au regard de [sa] condition ». Un critère semblable figure dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* adoptée par le Québec : « douleurs physiques et psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge tolérables ».

Le concept de la souffrance est omniprésent dans l'affaire *Carter*. L'argument présenté par Gloria Taylor repose en partie sur le fait qu'elle voulait pouvoir mettre fin à ses jours au moment où ses souffrances deviendraient intolérables. La Cour a déclaré en fait que la non-disponibilité de l'aide médicale à mourir comme option pour les personnes qui ont des problèmes de santé graves et irrémédiables enfreignait leur droit à la sécurité de leur personne en les obligeant à endurer des souffrances intolérables.

La souffrance est un facteur de premier plan dont il est tenu compte pour l'accès aux Pays-Bas et en Belgique. Aux Pays-Bas, où la loi inclut un critère d'admissibilité basé sur des souffrances « persistantes et intolérables », le Comité a entendu des médecins et des chercheurs, y compris Johan Legemaate et le D^r Johannes JM van Delden, affirmer qu'il est crucial de convaincre un médecin de ses souffrances pour avoir accès à l'aide à mourir. Un problème que le D^r van Delden a repéré dans ce modèle, c'est qu'il est souvent plus facile pour des personnes privilégiées sur le plan social d'avoir accès à l'aide à mourir. Le D^r van Delden a posé en hypothèse que les médecins, qui font généralement partie des personnes privilégiées sur le plan social, seraient plus susceptibles d'être « émus » par la souffrance des personnes qui ont le même statut social qu'eux et que les personnes privilégiées sur le plan social pourraient plus facilement exprimer leurs souffrances. C'est pourquoi, selon lui, il se peut que les membres de « l'élite » aient plus de chance que l'on accède à leurs demandes.

Aux États-Unis, l'attitude à l'égard de la souffrance dans le contexte de l'aide à mourir est très différente. La souffrance n'est pas un critère dans une quelconque loi américaine sur l'aide à mourir. Il se peut qu'on ait jugé inutile d'adopter un critère lié à la souffrance à cause de celui qui porte sur le pronostic à six mois. Le D^r Brian Mishara, psychologue canadien et chercheur sur le suicide, s'est montré quelque peu sceptique quant à l'utilisation de la souffrance comme critère parce qu'il a signalé que la douleur compromet la prise de décisions chez une personne. Le Collectif des médecins contre l'euthanasie a présenté un argument semblable. Il peut donc être particulièrement important de s'assurer que la souffrance est persistante.

Selon les mémoires reçus par le Comité, il semble qu'il faille tenir compte de trois grands éléments relativement à ce critère. Le premier porte sur la façon de déterminer si la souffrance est « persistante » conformément à l'exigence de la Cour. Le deuxième porte sur la détermination d'un lien de cause à effet entre la souffrance d'une personne et son état de santé. Enfin, le troisième porte sur la façon dont la décision *Carter* oblige à évaluer la souffrance d'une personne : objectivement ou subjectivement.

1. La persistance de la souffrance

Certaines lois en vigueur visent à évaluer le caractère durable d'une demande en exigeant la présentation de multiples demandes. Au Québec, par exemple, les médecins doivent vérifier « la persistance des souffrances [...] en discutant avec le patient à des intervalles raisonnables compte tenu de l'évolution de son état ». Des groupes comme le Réseau juridique canadien VIH/sida et Dying With Dignity Canada ont indiqué qu'il est possible qu'une personne ayant par exemple subi une blessure invalidante ait besoin de temps pour s'adapter à sa nouvelle situation avant que l'on prenne en considération une demande d'aide médicale à mourir. Par ailleurs, il a été mentionné au Comité que le concept du « temps nécessaire pour s'adapter » pourrait être inapproprié dans le contexte d'un cancer en phase terminale. Des groupes ont suggéré une réponse proportionnée à l'évolution prévue de maladie de la personne. Ce sujet est abordé plus en détail dans la section intitulée « Opportunité ».

2. La cause de la souffrance

Dans sa déclaration, la Cour suprême a statué que l'alinéa 241b) viole les droits que la Charte accorde à une personne admissible et dont le problème de santé lui cause « des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition ». Contrairement au tribunal de première instance, qui a inclus explicitement les souffrances physiques ou psychologiques mais a exclu la souffrance psychosociale, la Cour suprême n'a pas abordé clairement les types de souffrance que doit ressentir une personne demandant l'aide médicale à mourir. Certaines indications suggèrent toutefois que la Cour suprême a tenu clairement compte des souffrances tant psychologiques que physiques. La Cour a notamment dégagé un « thème constant » dans les déclarations assermentées de témoins qui ont comparu dans l'affaire *Carter*, soit qu'ils « souffrent de se voir privés de la faculté de mettre fin paisiblement à leurs jours au moment et de la manière de leur choix¹³⁷ ». La souffrance causée par cette connaissance est bien entendu psychologique et non physique. L'Association médicale canadienne a indiqué qu'elle reconnaît qu'il est tenu compte à la fois des souffrances physiques et psychologiques. Des groupes qui ont témoigné devant le Comité ont laissé entendre que d'autres types de souffrances pourraient également être pertinents, y compris la souffrance existentielle et spirituelle.

Des experts que le Comité a consultés ont lancé une mise en garde contre l'adoption d'une opinion restrictive de la souffrance. Par exemple, le Dying with Dignity National Center de l'Oregon a indiqué que la souffrance « peut être une douleur, mais il ne faut pas la limiter à la douleur [...] Il se peut qu'une personne vivant avec une maladie chronique ne ressente pas de douleur, mais [sa souffrance pourrait] être d'une nature très différente ».

Le Dr Eike Henner Kluge, professeur au Département de philosophie de l'Université de Victoria, a en outre indiqué que les origines et le contexte de la souffrance sont importants car ils peuvent nous aider à en comprendre la nature. Il a signalé que les origines psychosociales de la souffrance appellent une réponse non pas médicale mais sociale. Selon lui, la souffrance psychosociale, comme celle que l'on pourrait ressentir à la suite de la rupture d'un mariage, dépasserait le champ d'application d'un cadre d'aide médicale à mourir parce qu'elle ne nécessite pas une réponse médicale.

¹³⁷ *Carter*, par. 14.

D'autres mémoires avançaient des arguments qui appuieraient l'exclusion de la souffrance psychosociale lorsque les causes sont liées aux déterminants sociaux de la santé. L'ARCH Disability Law, par exemple, mentionnait des « conditions sociales qui pourraient rendre les conditions de vie intolérables, comme l'itinérance, l'isolement social ou le manque de possibilités de traitement ». L'Association canadienne pour l'intégration communautaire signale elle aussi que « lorsque les souffrances des gens sont causées par la violence, la discrimination, la dévalorisation, le manque d'appui ou l'isolement social, il est possible de prendre des mesures pour s'y attaquer ». L'Association des psychiatres du Canada a signalé que :

Nous devons aussi comprendre le rôle des facteurs psychosociaux, culturels et environnementaux parce qu'il s'agit du milieu de vie de chacun [...] Des facteurs comme l'instabilité du logement, l'instabilité financière et l'isolement alourdissent la souffrance des patients aux prises avec une dépression. Il ne conviendrait pas que la société réagisse en facilitant la mort de ces personnes en jugeant que leurs souffrances sont persistantes et intolérables en raison de circonstances psychosociales qu'il serait possible de modifier. Tous ces facteurs rendent plus difficile de déterminer si l'on satisfait à la définition d'intolérable et de persistante.

Le Comité a entendu de certains groupes qu'il faudrait uniquement tenir compte des souffrances physiques dans l'évaluation de l'admissibilité d'une personne à l'aide médicale à mourir. Par exemple, l'Association for Reformed Political Action, un intervenant dans l'affaire *Carter*, a soutenu qu'afin de protéger les personnes vulnérables, le Parlement devrait adopter une loi tenant seulement compte des souffrances physiques.

Dans sa déclaration, la Cour suprême exige que les personnes aient des problèmes de santé graves et irrémédiables ayant pour effet direct de leur causer des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition. La souffrance à elle seule, ou une souffrance qui n'est pas causée directement par un problème de santé grave, qu'il soit physique ou psychologique, ne rendrait pas un individu admissible.

Pour être en mesure de comprendre les causes fondamentales de la souffrance d'une personne, il importe de tenir compte de la souffrance sous toutes ses formes.

3. L'évaluation de la souffrance

Des groupes ont soulevé la question de savoir si l'évaluation de la souffrance devrait être objective ou subjective. Avocat spécialisé dans la défense des droits des personnes handicapées, David Baker a affirmé au Comité que l'évaluation de la souffrance devrait inclure une composante objective. Il a ajouté que selon lui, la Cour suprême n'a pas abordé le fait que les personnes qui refusent des traitements sont prêtes à accepter les conséquences de leur refus et que l'on ne peut donc pas dire que leur souffrance est « intolérable ». D'autres parties intéressées, y compris un groupe d'étudiants en droit et en médecine de l'Université McGill qui ont créé un collectif pour mener des recherches sur l'aide médicale à mourir et en discuter (MedPASS), ont soutenu avec fermeté qu'il faudrait tenir compte de la souffrance d'un point de vue purement subjectif.

Le Dr Thomas Foreman, Joshua Landry et Michael Kekewich, des éthiciens médicaux du Centre de bioéthique Champlain de l'Hôpital d'Ottawa, ont mentionné que chacun a une expérience unique de la souffrance dans le contexte de sa maladie. Ce qu'une personne peut trouver intolérable peut être tolérable pour une autre. L'Alliance évangélique du Canada a signalé que « la douleur est un élément physique auquel les professionnels de la médecine peuvent répondre et qu'ils peuvent traiter parce qu'ils ont la compétence nécessaire, mais la souffrance est un élément considérablement plus humain qui a des dimensions affectives, psychologiques, spirituelles et sociales. La médecine n'a pas à elle seule tout le savoir-faire nécessaire pour en tenir compte ».

En conséquence, il pourrait être inapproprié d'établir une norme objective dans le cas d'une expérience aussi personnelle que la souffrance. De plus, la formulation utilisée par la Cour suprême pour établir le critère relatif à la souffrance est subjective. Les critères établis dans la loi et fondés sur une norme objective reposent habituellement sur la personne raisonnable et l'on se demandera, par exemple, dans quelle mesure une personne raisonnable souffrirait dans une situation en particulier. Les critères subjectifs, par ailleurs, reposent sur ce que la personne elle-même vit. La Cour suprême a parlé de « souffrances qui [leur] sont intolérables au regard de [leur] condition ». Cette formulation peut orienter vers un critère subjectif.

Dans son mémoire, Kevin Reel, éthicien au Centre de toxicomanie et de santé mentale, a souligné à l'intention du Comité les questions profondes qui se posent lorsqu'il faut déterminer si l'évaluation de la souffrance est subjective ou objective :

Dans quelle mesure mon propre espoir a un effet sur mon jugement au sujet de votre état de santé et le total de son interaction avec vos déterminants sociaux de la santé? Quand est-il possible de comprendre objectivement que ce total constitue une souffrance intolérable et irrémédiable? Le jugement en cause devrait-il plutôt être subjectif, posé par le client/patient? Comment nous sentirions-nous si nous nous retrouvons à insister pour que les gens résistent jusqu'à ce que nous finissions par modifier des structures de dotation en ressources qui datent de longtemps afin que le contexte socio-environnemental dans lequel ils vivent modifie le calcul final de leur souffrance?

En dernière analyse, même si l'évaluation du critère relatif à la souffrance est purement subjective, le paramètre demeure une souffrance qui est intolérable pour une personne. En outre, il faut établir un lien de cause à effet entre cette souffrance et des problèmes de santé graves et irrémédiables, diagnostiqués suivant des critères médicaux objectifs.

E. La capacité de consentir à un traitement médical

Dans la décision *Carter*, la Cour suprême a limité l'admissibilité aux adultes aptes. La capacité ou l'aptitude – le terme privilégié varie entre les administrations au Canada – à consentir à un traitement médical est abordée dans les lois provinciales régissant les soins de santé. En vertu de la *Loi sur le consentement aux soins de santé* de l'Ontario par exemple, une personne est « capable à l'égard d'un traitement [...] si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement [...] et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles

d'une décision ou de l'absence de décision¹³⁸ ». Il importe de signaler qu'une personne est présumée apte. De plus, il est impossible de procéder à une évaluation globale de la capacité. On reconnaît que la capacité est liée à la situation, ce qui signifie qu'une personne peut être en mesure de prendre certaines décisions, mais pas d'autres. L'Association des psychiatres du Canada a souligné la spécificité des décisions sur l'aptitude, notant qu'« il est arrivé qu'un patient ne soit pas apte à prendre une décision relative à la chimiothérapie, mais qu'il le soit à propos d'une intervention chirurgicale pour la même maladie ».

La D^{re} Linda Ganzini, psychiatre et chercheuse de l'Oregon, où l'aide à mourir est disponible depuis presque deux décennies mais limitée aux personnes en phase terminale ayant une espérance de vie de moins de six mois, a déclaré au Comité qu'en l'absence de maladie mentale, l'évaluation de la capacité à prendre des décisions portant sur l'aide à mourir est relativement simple. Elle a suggéré qu'une telle évaluation devrait inclure des questions permettant de déterminer l'aptitude de la personne à faire un choix ferme, à comprendre les risques, les avantages, les méthodes d'intervention et les autres options, à comprendre l'information et à l'appliquer à elle-même. La D^{re} Ganzini est persuadée que la plupart des médecins généralistes pourraient évaluer l'aptitude des personnes qui demandent de l'aide à mourir.

Par ailleurs, des intervenants se sont dit préoccupés que la capacité soit très difficile à évaluer. Par exemple, la D^{re} Catherine Ferrier, présidente du Collectif des médecins contre l'euthanasie, a signalé la difficulté d'évaluer la capacité : « J'évalue régulièrement la capacité décisionnelle. J'enseigne à le faire. Je témoigne en cour pour mes patients, mais si je devais évaluer la capacité d'un patient à choisir la mort, il me serait impossible d'être certaine qu'il n'y a pas d'influence de l'extérieur ».

D'autres intervenants entendus par le Comité ont dit douter que le médecin d'une personne puisse déterminer efficacement l'aptitude de celle-ci à prendre des décisions dans le contexte de l'aide à mourir. L'Alliance des chrétiens en droit, par exemple, a soutenu que :

Si les avocats, qui maîtrisent le droit et sont réputés être des experts d'une foule de critères juridiques liés à cette question, [sont] incapables de détecter une influence indue dans le contexte de la rédaction d'un testament, lorsque l'enjeu est beaucoup moins grand, [...] nous nous inquiétons vivement [...] que les médecins ne puissent effectuer cette évaluation dans le cas des patients.

Le D^r Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a soutenu que les médecins prennent tous les jours des décisions concernant l'aptitude ou l'inaptitude de leurs patients à consentir à un traitement. En vertu des lois provinciales sur le consentement aux soins de santé, il est illégal d'administrer un traitement sans avoir déterminé la capacité d'un individu. Le Comité a entendu des opinions très divergentes sur la question de savoir si l'aide médicale à mourir devrait, en raison du caractère final de la décision, être traitée différemment d'autres décisions portant sur le traitement.

¹³⁸ [Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé](#), L.O. 1996, c. 2, ann. A, art. 4.

1. L'évaluation de l'aptitude en présence d'une maladie mentale

Le Dr Sonu Gaind, président de l'Association des psychiatres du Canada, a longuement discuté avec le Comité du lien entre la maladie mentale et l'aptitude :

La maladie mentale peut entraver et affecter la cognition, la perspicacité et le jugement. Les personnes aux prises avec une dépression ont habituellement tout un éventail de changements de la cognition, par exemple. Une triade cognitive les amène à penser qu'elles sont de mauvaises personnes, que le monde est mauvais et que l'avenir sera mauvais [...] La flexibilité cognitive diminue, ce qui signifie que la personne a beaucoup de difficulté à dépasser son expérience courante et à imaginer que les choses pourraient être différentes. Il en découle aussi des réflexions sélectives qui portent avant tout sur le négatif et peuvent minimiser le positif. Le sentiment qu'une personne a de soi peut aussi changer. Elle peut se sentir coupable et sans valeur. Elle peut croire qu'elle est un fardeau pour autrui, ses proches et le monde. Elle peut aussi avoir une résilience affective plus faible et être moins capable de faire face aux facteurs de stress de la vie.

L'Association des psychiatres du Canada a formulé deux recommandations portant directement sur l'évaluation de la capacité décisionnelle en présence d'une maladie mentale. Elle a recommandé premièrement que lorsqu'une maladie mentale constitue la maladie sous-jacente à l'origine d'une demande d'aide médicale à mourir, ou lorsqu'elle s'ajoute à une maladie physique, « les psychiatres devraient aider à déterminer si la maladie mentale du patient nuit à son aptitude à prendre une décision » au sujet de l'aide médicale à mourir. Deuxièmement, pour des raisons de « bienfaisance », il faudrait que les personnes dont les processus décisionnels peuvent être entravés par une maladie mentale n'aient pas droit à l'aide médicale à mourir.

La D^{re} Linda Ganzini a déclaré au Comité qu'il est considérablement plus difficile d'évaluer la capacité à prendre des décisions relatives à l'aide à mourir en présence d'une dépression. Comme la dépression peut modifier la fonction cognitive et même engendrer des pensées suicidaires, il peut être difficile pour un clinicien de déterminer si une demande d'aide à mourir est authentique si la personne est aux prises avec une dépression allant de légère à modérée. Selon elle, le concept de l'authenticité pourrait aider dans de telles situations. De l'avis de la D^{re} Ganzini, si la demande d'aide médicale à mourir de la personne semble correspondre à sa façon de vivre, période pendant laquelle elle a insisté fortement sur l'autonomie et l'indépendance, il est peut-être moins probable que la dépression soit à l'origine de la demande. La D^{re} Ganzini a bien prévenu le Comité que son savoir-faire et ses commentaires étaient limités à l'expérience qu'elle a acquise en Oregon, qui a adopté des critères d'admissibilité qui incluent notamment une maladie en phase terminale présentant un pronostic de six mois.

2. Le rôle possible des directives anticipées

Dans la décision *Carter*, comme dans la plupart des lois en vigueur, la Cour suprême a exigé que les personnes soient capables pour avoir accès à l'aide médicale à mourir. En fait, toutes les administrations qui se sont dotées d'une loi sur l'aide à mourir exigent que la personne soit au moins au moment de sa demande. Il est question dans certaines lois de la possibilité de demander l'aide à mourir au moyen

d'une directive anticipée. À l'instar de plusieurs autres éléments, la Cour n'a pas traité des directives anticipées dans la décision *Carter*, mais les législateurs pourraient le faire.

Une directive anticipée, dont il est question dans plusieurs lois provinciales sur la prise de décisions en matière de soins de santé, est un document dans lequel une personne précise ses volontés à l'égard de traitements médicaux futurs et souvent de traitements en cas d'inaptitude ou d'inconscience. En vertu de la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec, une personne peut demander à l'avance de nombreux traitements de fin de vie possibles, mais il lui est clairement interdit de demander l'aide médicale à mourir dans une directive anticipée. Cette exemption a été établie au cours de l'étude du projet de loi; la version initiale du projet de loi 52 permettait de demander de l'aide médicale à mourir dans une directive anticipée¹³⁹.

Aux Pays-Bas, il est possible, dans certaines circonstances, de demander l'aide à mourir dans une directive anticipée¹⁴⁰. Il serait notamment possible pour une personne ayant reçu un diagnostic de la maladie d'Alzheimer au stade précoce de rédiger une directive anticipée demandant l'aide à mourir lorsque sa démence aura atteint un stade donné. Le P^r Johan Legemaate, de l'Université d'Amsterdam, a déclaré au Comité qu'en pratique, on donne très rarement suite à une telle demande parce que les médecins ne sont en général pas disposés à accéder à une demande visant à aider à mourir une personne atteinte de démence au stade avancé. Ce qui pourrait plutôt se produire, toutefois, serait qu'une personne demande l'aide à mourir après avoir reçu un diagnostic comme celui de la maladie d'Alzheimer, et être apte au moment où elle reçoit l'aide à mourir, même si sa souffrance serait grandement liée à la connaissance de son déclin éventuel plutôt que de découler directement de son état.

Comme Herman Nys, avocat et professeur en droit de la santé, en a fait part au Comité, il est possible de demander l'aide à mourir dans une directive anticipée en Belgique, et que l'on accède à cette demande, mais seulement dans des conditions très précises. Si une personne a demandé l'aide à mourir dans une directive anticipée valide, cette demande ne peut se concrétiser que si la personne est victime d'un trouble incurable et irréversible, si elle devient inconsciente et si la directive anticipée ne date pas de plus de cinq ans¹⁴¹.

Sa rencontre avec la Fédération des ordres des médecins du Canada, qui regroupe la plupart des collèges des médecins et chirurgiens du pays, a permis au Comité de constater que la plupart des organismes de réglementation de la médecine ne semblent pas prêts à examiner les demandes présentées dans une directive anticipée. Le Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador a exprimé des préoccupations au sujet du moment de l'évaluation de la capacité, à savoir s'il faut déterminer la capacité au moment où la demande est rédigée ou au moment où l'aide à mourir est administrée. Le D^r Grant, du Collège de la Nouvelle-Écosse, a signalé qu'il n'est pas question de directives anticipées dans la décision *Carter* et qu'il n'est pas nécessaire d'aborder le sujet, même s'il entrevoit qu'une contestation pourrait un jour soulever la question de la validité d'une demande d'aide

¹³⁹ Projet de loi 52 : [Loi concernant les soins de fin de vie](#), 1^{re} session, 40^e législature, Québec, 2013.

¹⁴⁰ [Loi sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide \(procédures d'examen\)](#) (Pays-Bas), art. 2 C, pen., par. 2(2).

¹⁴¹ [Loi relative à l'euthanasie](#) (Belgique), art. 4 §1.

médicale à mourir formulée dans une directive anticipée. Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Île-du-Prince-Édouard s'est demandé si l'on pourrait considérer que les directives anticipées portant sur l'aide à mourir « vont à l'encontre du consentement éclairé », car « personne ne peut prévoir ce qu'une personne ressentira ou voudra faire » dans une situation médicale grave. Le Collège de la Saskatchewan a soutenu quant à lui que puisque l'on respecte les directives anticipées dans le cas de non-réanimation, il faudrait aussi les respecter dans le cas des demandes d'aide médicale à mourir.

La question des directives anticipées était soulevée dans un certain nombre de mémoires soumis au Comité par des particuliers. L'un d'eux présentait des arguments solides en faveur du principe selon lequel il faudrait respecter une directive anticipée autorisant l'aide médicale à mourir :

Dans le cas de problèmes médicaux incurables, y compris le coma et la démence au stade avancé, il faudrait utiliser les testaments de vie comme une forme de consentement. Des mesures de sauvegarde appropriées s'imposent contre l'abus, mais ne pas fournir l'aide à mourir lorsqu'on donne un consentement écrit constitue en soi un abus – et non une mesure de sauvegarde.

La question du consentement par directive anticipée dépassant la portée de la décision rendue par la Cour dans l'affaire *Carter*, le Comité a accordé une attention relativement superficielle aux complexités que soulève la question. L'enjeu était abordé dans l'un des scénarios du Cahier des questions afin de déterminer l'importance que les Canadiens accordent à cette facette possible de l'aide médicale à mourir. Le Comité n'a pas mené les recherches approfondies que justifierait une question de cette importance. Il ne l'a pas fait non plus en ce qui concerne la prise de décision au nom d'autrui et la prise de décision appuyée que nous abordons brièvement ci-dessous.

3. La prise de décision au nom d'autrui et la prise de décision appuyée

Dans plusieurs provinces, la loi sur le consentement aux soins de santé traite de la prise de décision au nom d'autrui. Un mandataire est une personne désignée pour prendre des décisions médicales au nom d'une autre personne qui n'est pas apte à le faire. En Belgique, la règle qui s'applique à la prise de décision anticipée s'applique aussi à la prise de décision au nom d'autrui. Aucune autre administration n'a adopté de loi visant à permettre un tel consentement à l'aide à mourir; le Québec permet explicitement la prise de décision au nom d'autrui dans le cas de la « sédation palliative continue » mais non dans celui de l'aide médicale à mourir.

Dans un mémoire présenté au Comité, la School of Disability Studies de l'Université Ryerson a soutenu qu'il faut tenir compte très attentivement du concept du consentement dans la rédaction de toute loi future concernant l'aide médicale à mourir. Elle a signalé que « souvent, on ne considère pas que les personnes qui ont une incapacité cognitive reconnue et des problèmes psychiatriques diagnostiqués sont aptes à donner un consentement éclairé. La demande de suicide assisté ne doit pas provenir d'un mandataire. Elle doit émaner de la personne même ».

Le P^r Eike-Henner Kluge a mentionné au Comité qu'il existe des arguments déontologiques en faveur de l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir au-delà de la déclaration faite par la Cour suprême dans l'arrêt *Carter* de manière à permettre aux personnes qui demandent l'aide à mourir par

l'intermédiaire d'un mandataire d'y accéder. Peu de groupes ont soutenu cet argument. Le Comité a reçu un mémoire dans lequel il était spécifié que dans « tout cas où il y a ambiguïté, ou lorsque le jugement du mandataire est mis en doute, un bioéthicien devrait intervenir ».

Anna MacQuarrie, directrice des Initiatives mondiales, politique et droits de la personne à Inclusion International, un groupe de défense des droits des personnes handicapées, a présenté au Comité de l'information sur « la prise de décision appuyée ». Elle a expliqué que même si la prise de décision au nom d'autrui soulève la controverse dans les milieux des droits des personnes handicapées, la prise de décision appuyée est en général encouragée et favorisée. La prise de décision au nom d'autrui retire la capacité d'agir à la personne jugée inapte. La prise de décision appuyée reconnaît que nombre de personnes ayant des incapacités intellectuelles peuvent prendre des décisions à condition d'avoir l'appui nécessaire. Cet appui peut être fourni par un interprète, un dispositif de communication, de l'information formulée en langage simple, ou par une ou plusieurs personnes dignes de confiance.

Dans le mémoire qu'elle a soumis au Comité, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire (groupe canadien membre d'Inclusion International) présentait de solides arguments contre l'autorisation de la prise de décisions appuyée dans le contexte de l'aide médicale à mourir :

La jurisprudence sur la capacité et l'aptitude décisionnelles penche de plus en plus vers l'obligation imposée par la loi de reconnaître les moyens de soutien à la prise de décision, mais nous proposons de tirer une ligne législative claire. Dans un rapport, la Commission du droit de l'Ontario recommande qu'aux fins des décisions qui peuvent avoir une incidence fondamentale sur l'intégrité mentale ou physique d'une personne, dont l'aide médicale au suicide et l'euthanasie volontaire font partie, la loi exige que la personne en cause puisse agir « indépendamment devant la loi » [...] C'est-à-dire qu'une personne doit pouvoir elle-même comprendre à fond la nature et les conséquences de la décision et en rendre compte avec les appuis et les aménagements qui peuvent s'imposer à cette fin.

F. L'expression de la volonté

Dans la décision *Carter*, la Cour suprême a déclaré que seules les personnes admissibles et qui « y consentent clairement » peuvent recourir à l'aide médicale à mourir. Les demandes doivent donc être volontaires. Pour s'assurer qu'une demande est effectivement volontaire, il faut évaluer la demande d'aide médicale à mourir présentée par une personne afin de déterminer s'il y a possibilité de coercition, d'influence indue et d'ambivalence. La coercition et l'influence indue s'entendent des pressions de l'extérieur qu'une personne peut ressentir et qui sont exercées par un membre de sa famille, des amis, des personnes en position d'autorité – ce qui pourrait inclure les fournisseurs de soins de santé – ou la société en général, tandis que l'ambivalence reflète les réflexions qui peuvent être contradictoires de la personne elle-même, qui se demande si elle doit aller de l'avant avec l'aide médicale à mourir.

Comme on l'a signalé dans le chapitre 5 du présent rapport, la Cour suprême a déclaré que la prohibition actuelle de l'aide à mourir vise à « [empêcher] les personnes vulnérables d'être poussées à se suicider dans un moment de faiblesse ». Les nombreux mémoires reçus par le Comité portant sur

l'aspect volontaire des demandes d'aide médicale à mourir énoncent diverses façons de s'assurer que de telles incitations ne se produisent pas.

En affirmant l'importance du principe de l'expression de la volonté et en traçant un cadre permettant de la déterminer, le P^r Wayne Sumner de l'Université de Toronto a formulé la recommandation suivante :

Quelle que soit la forme de la demande du patient, celle-ci doit être à la fois volontaire et éclairée. Pour être volontaire, elle doit être libre de toute influence indue, qu'elle soit exercée par des membres de la famille, des amis ou des professionnels de la santé. L'influence est « indue » lorsqu'elle atteint le niveau de la fraude, de la duperie, de la contrainte ou de la coercition. La décision d'un patient doit être réputée volontaire à moins qu'il y ait lieu de croire qu'elle ne l'est pas, auquel cas il faut offrir au patient des conseils ou l'accès à un conseiller digne de confiance.

Des mémoires ont présenté des mises en garde générales, visant à souligner l'importance – et, parfois, la difficulté – qu'il y a d'appliquer une norme relative au « consentement clair » dans tous les cas d'aide médicale à mourir. L'Alliance évangélique du Canada a recommandé que « les lois et les règlements fédéraux abordent clairement les enjeux que constituent la vulnérabilité, l'expression de la volonté et la coercition possible ». L'Alliance a affirmé « craindre que les personnes qui se croient un fardeau pour les membres de leur famille, pour le système de santé ou pour leurs aidants naturels ne soient vulnérables à l'influence, aux suggestions ou aux pressions les incitant à demander de l'aide pour mettre fin à leurs jours ».

Dans l'affaire *Carter*, la juge de première instance a déclaré que les médecins peuvent évaluer de façon fiable s'il y a coercition, influence indue et ambivalence dans le contexte de l'évaluation qu'ils font de l'aptitude de la personne et du caractère volontaire de sa demande. Dans le droit fil de cette constatation, l'Association médicale canadienne a recommandé que les médecins évaluent l'expression de la volonté dans le contexte des demandes d'aide médicale à mourir en déterminant si les décisions ont été « prises librement, sans coercition ni influence indue exercée par les membres de la famille, des fournisseurs de soins de santé ou d'autres personnes »; que la personne a « l'intention claire et établie de mettre fin à ses jours après mûre réflexion »; et que les demandes proviennent des personnes mêmes et qu'elles sont « exprimées de façon réfléchie et à maintes reprises, de manière libre et éclairée ».

La BC Humanist Association a appuyé cette position :

Les médecins évaluent régulièrement l'aptitude des patients à prendre des décisions de vie ou de mort. Nous comptons sur leur savoir-faire pour évaluer l'aptitude et déterminer quand ils ont besoin de renseignements supplémentaires pour le faire.

Par ailleurs, le Comité a appris que le doute subsiste à ce sujet chez plusieurs intervenants dans l'affaire *Carter*. Par exemple, l'Association for Reformed Political Action a laissé entendre que même si les médecins peuvent être en mesure d'évaluer s'il y a coercition, influence indue ou ambivalence, les psychiatres sont peut-être les plus aptes à le faire. Le Collectif des médecins contre l'euthanasie a affirmé qu'il est impossible d'être absolument certain qu'il y a eu coercition ou non. La Fédération

canadienne des sociétés de médecins catholiques a exprimé des préoccupations au sujet de l'évaluation de l'expression de la volonté en présence d'une maladie mentale, d'obstacles linguistiques et culturels et d'autres vulnérabilités sociales. La D^{re} Renata Leong, de la Fédération, a aussi fait remarquer que :

Comme profession, la médecine n'a pas très bien réussi à identifier les victimes de violence dans leurs relations intimes et de violence faite aux aînés. Si nous ne pouvons les identifier, comment pouvons-nous [...] être sûrs qu'il n'y a pas de contrainte et [que les décisions sont] entièrement volontaires? Les recherches s'accordent à démontrer que nous avons toutes sortes de moyens de dépistage, mais cela ne suffit pas.

La Christian Medical and Dental Society of Canada a soutenu que la coercition est difficile à détecter parce que « l'autonomie de la personne ne fonctionne que si chacun a le même pouvoir personnel ». La P^{re} Jocelyn Downie a exprimé une préoccupation connexe en signalant que l'expression de la volonté peut être particulièrement difficile à évaluer dans le contexte de l'oppression.

Plusieurs groupes ont défini dans leur mémoire des responsabilités ou des procédures précises qui permettraient d'assurer que les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir le font volontairement, sans coercition, influence induite ou ambivalence. Voici quelques exemples :

- Dying With Dignity Canada a proposé que « deux médecins évaluent séparément la personne et attestent que la demande est formulée par l'intéressé sans coercition »;
- Un réseau de médecins de la Colombie-Britannique a mentionné au Comité que la participation d'équipes multidisciplinaires à l'évaluation de l'expression de la volonté pourrait concourir à faire en sorte que l'on n'oublie aucune source de coercition;
- L'Association canadienne pour l'intégration communautaire a recommandé qu'en plus de l'évaluation de la capacité décisionnelle faite par un médecin, des évaluateurs qualifiés déterminent « toute possibilité d'influence induite et de circonstances douteuses » et examinent avec les personnes qui ont formulé la demande tout autre moyen d'appui pertinent « dans la famille et le réseau d'appui social et communautaire de la personne ».

Chapitre 8. La demande

Comme l'a si bien exprimé Anne Sutherland Boal, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada « l'aide à mourir n'est pas seulement un acte, c'est un processus. Il commence dès que le patient dit qu'il envisage de faire une telle demande, et il se poursuit jusqu'à sa mort ». La demande d'aide médicale à mourir est une étape importante du processus. De nombreuses considérations et questions sont liées à une telle demande : qui devrait en être l'initiateur et comment cette personne devrait-elle procéder? Quelle forme la demande devrait-elle prendre? Est-ce que la famille ou d'autres témoins devraient intervenir? La section qui suit résume ce que le Comité a entendu sur ces questions.

Une observation de la D^{re} Renata Leong, une médecin de famille qui traite de nombreux patients marginalisés dans un hôpital urbain du centre-ville de Toronto, a souligné l'importance d'intégrer un degré de formalité dans les demandes en racontant des moments où des patients ont parlé plutôt légèrement de vouloir mourir. Elle a indiqué que ses patients :

ont besoin de savoir qu'ils peuvent être bouleversés, qu'ils peuvent exprimer leur détresse, dire spontanément, sans réfléchir, qu'ils veulent mourir parce qu'ils ne peuvent plus endurer la douleur. Il est possible qu'ils aient changé d'idée le lendemain. Nous voyons cela très souvent. Une fois que nous avons soulagé leur douleur, ou que nous avons fait quelque chose d'aussi simple que faire le nécessaire pour que nos patients utilisant des béquilles puissent se déplacer par transport adapté, ils changent d'idée.

A. La demande doit émaner du patient

Un point sur lequel le Comité a entendu des opinions divergentes était celui de savoir si les demandes devaient toujours émaner d'abord de la personne, ou si un médecin pouvait (ou même devait) mentionner l'aide médicale à mourir en tant qu'option possible dans le cadre du processus de consentement éclairé. Un médecin qui soulève la question de l'aide médicale à mourir s'expose à plusieurs risques. Le Physicians for Compassionate Care Education Fund de l'Oregon a indiqué au Comité que les patients qui n'envisagent pas l'aide à mourir – ou qui s'y opposent – pourraient ressentir de la colère ou se sentir abandonnés ou trahis par un médecin qui suggère l'aide à mourir. On lui a aussi dit que les médecins peuvent avoir une très forte influence sur les choix de leurs patients. Par exemple, si les médecins proposent l'aide médicale à mourir, ils pourraient donner plus de poids à l'option que les personnes auraient pu lui en avoir accordé de leur propre chef. M^{me} Isabelle Marcoux, professeure adjointe de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, a affirmé que les demandes d'aide médicale à mourir devraient toujours émaner du patient et ne pas découler de la suggestion d'un fournisseur de soins de santé.

Dans un document détaillé exposant les principes et un cadre de lignes directrices pour l'aide médicale à mourir, le professeur R. Cohen-Almagor a écrit :

Le médecin ne devrait pas suggérer le suicide assisté au patient. C'est plutôt le patient qui devrait avoir la possibilité de demander cette aide. Le fait que le médecin aborde la question pourrait miner la confiance du patient à l'égard du médecin, lui donner l'impression que le médecin abandonne tout espoir de le guérir ou de le soulager et que la valeur qu'il accorde à sa vie se limite à lui offrir de l'aide à mourir. Une telle offre pourrait miner la volonté du patient de vivre et d'examiner d'autres traitements possibles.

On a aussi indiqué au Comité que l'option de l'aide à mourir pourrait constituer un élément important du consentement éclairé. L'Association canadienne de soins palliatifs a exprimé les difficultés que ses membres s'attendent à ce que la notion de fournir cette information aux patients suscite :

Tous les patients méritent d'avoir accès à l'information concernant les options en fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir. Les conversations à ce sujet n'ont pas été faciles au sein de notre communauté. Pour tout dire, nous nous rendons compte que nous devons offrir toutes les options, y compris l'aide médicale à mourir aux patients et aux familles, et leur donner de l'information à ce sujet.

Le D^r Marcel Boisvert, de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, a mentionné que les demandes doivent émaner du patient en premier lieu, mais qu'après qu'une personne a fait la demande, « on leur parle des options, y compris de l'aide médicale à mourir. À ce moment-là, on peut le faire sans problème ». En évoquant des conversations avec des collègues du Benelux, le D^r Boisvert a ajouté que « ce n'est que dans des cas exceptionnels que le médecin parle de l'aide médicale à mourir avant que le patient aborde la question ». Le D^r Georges L'Espérance, de la même Association, a soutenu que la question de savoir qui doit parler de l'option en premier va bientôt perdre de l'importance; la connaissance qu'a le public de l'aide médicale à mourir augmentera lorsque le service deviendra disponible. Il a observé que « certaines personnes veulent donner l'impression que ce que nous disons c'est [...] le patient vient, nous l'informons de son diagnostic de pathologie sérieuse, grave et irréversible, puis nous lui disons "Eh bien, nous pouvons faire ceci, nous pouvons vous donner des soins palliatifs, puis nous pouvons vous donner l'aide médicale à mourir". Ce n'est pas comme ça que ça se passe dans la vraie vie ».

Au Vermont, les personnes ont le droit explicite « d'être informées de toutes les options disponibles liées aux soins de fin de vie¹⁴² ». Dans les États américains où l'aide à mourir est légale, elle est disponible seulement pour les personnes ayant une maladie terminale et une espérance de vie de moins de six mois. Les discussions sur les options en matière de traitements possibles aux États-Unis auraient donc une portée plus limitée que dans le contexte de l'arrêt *Carter*. La législation du Vermont stipule explicitement que discuter de l'option de l'aide à mourir ne peut pas être interprété comme « aider un patient à prendre une décision indépendante ou contribuer à la décision indépendante du patient » de demander l'aide à mourir¹⁴³.

¹⁴² [Patient Choice at End of Life](#), Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, § 5282.

¹⁴³ [Patient Choice at End of Life](#), Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, § 5282.

B. Où soumettre une demande

Le scénario typique entrevu par la plupart des groupes rencontrés par le Comité est celui où la personne entame une conversation concernant l'aide médicale à mourir directement avec son médecin ou un autre fournisseur de soins de santé. Si le médecin n'a pas d'objection de conscience à l'aide médicale à mourir, le processus sera amorcé et les protections procédurales seront appliquées à partir de ce premier échange. Le D^r Rob Jonquière, directeur des communications à la World Federation of the Right to Die Societies, que le Comité a rencontré aux Pays-Bas, a observé que chacune de ces discussions entre une personne et son médecin est unique.

En Oregon, le Comité a entendu l'avis de Barbara Glidewell, qui a été protectrice des patients à l'Oregon Health Sciences University (OHSU) de Portland pendant près de 30 ans. Lorsque la *Death with Dignity Act* est entrée en vigueur en Oregon, l'OHSU a décidé de traiter toutes les demandes d'aide à mourir par l'entremise de son bureau de défense des droits des patients. M^{me} Glidewell a eu des contacts directs avec de nombreuses personnes demandant l'aide à mourir, souvent en présence de leurs familles. Elle a remarqué que souvent, les discussions devenaient plus ouvertes une fois que les médecins avaient quitté la pièce, ce qui lui permettait d'observer la dynamique de la famille. Si elle décelait des conflits ou de la coercition, elle pouvait signaler la situation au médecin responsable pour qu'il l'examine de plus près.

Outre l'interaction traditionnelle entre les patients et leurs médecins, le Comité a entendu d'autres suggestions concernant les moyens d'accéder à l'aide médicale à mourir, soit pour contourner les objections de conscience des médecins, soit pour diversifier les possibilités d'accès.

Le D^r Jonquière a parlé des cliniques de soins de fin de vie des Pays-Bas, où les médecins (autres que le médecin principal ou de famille) et le personnel infirmier évaluent les demandes d'aide médicale à mourir présentées par des personnes et fournissent le service si les exigences juridiques sont respectées. Ces cliniques sont une nouvelle initiative qui a été prise afin de contourner les difficultés auxquelles peuvent se heurter des personnes lorsque les médecins ne sont pas à l'aise de fournir l'aide à mourir, pour des raisons de conscience ou parce qu'ils ne connaissent pas suffisamment bien la procédure. Les personnes peuvent être renvoyées à la clinique après qu'un médecin a refusé le service pour des raisons de conscience, ou s'adresser directement à la clinique.

Dying With Dignity Canada a suggéré qu'au lieu de dépendre uniquement de l'interaction entre le patient et le médecin, un système pourrait comporter de multiples points d'accès. L'accès préoccupait beaucoup cet organisme qui a insisté sur la nécessité de créer une agence financée par le gouvernement pour répondre de façon appropriée aux cas de conscience et garantir un aiguillage efficace. Dying With Dignity Canada a demandé avec insistance que ce « guichet unique » offre des services multilingues, qu'il soit accessible aux personnes ayant peu de connaissances médicales et qu'il soit facile à joindre chaque jour sur la recommandation d'un médecin ou par auto-aiguillage. Selon l'organisation, aucun service de ce genre n'existe actuellement au Canada. Un service vers lequel les patients pourraient s'aiguiller eux-mêmes pourrait être bénéfique puisqu'il permettrait aux patients de prendre les choses en main tout en libérant de cette tâche les fournisseurs de soins de santé qui peuvent avoir une objection de conscience.

Certains groupes ont soulevé des inquiétudes générales concernant l'accès, en citant l'exemple des obstacles à l'accès auxquels les Canadiens pourraient être confrontés s'ils vivent dans des régions éloignées ou si les services offerts ne sont pas uniformes d'une province ou d'un territoire à l'autre. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a suggéré une approche pancanadienne qui assurerait un accès égal à tous les Canadiens admissibles en favorisant l'uniformisation et l'amélioration de la qualité. D'autres groupes ont suggéré l'établissement d'une équipe médicale « mobile » ou « itinérante » qui pourrait atteindre les Canadiens où qu'ils vivent. La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a proposé de créer un service mobile en réponse aux objections de conscience dans les collectivités éloignées ou rurales. Le Dr Alike Lafontaine, de l'Association des médecins autochtones du Canada, a appuyé l'idée d'une équipe itinérante pour assurer l'accès dans les collectivités éloignées, et a précisé qu'il pourrait être nécessaire d'adapter les services pour répondre aux besoins des populations autochtones.

C. La forme de la demande

Les points de vue concernant le nombre et le type des demandes variaient parmi les parties intéressées et les experts. Certains ont présenté des recommandations très générales. Par exemple, un réseau de médecins de la Colombie-Britannique que le Comité a rencontré ainsi que la Coalition pour la prévention de l'euthanasie ont tous deux suggéré que les demandes soient « persistantes ». Le Réseau juridique canadien VIH/sida a aussi indiqué qu'il était important que les demandes soient « clairement répétées » à plusieurs reprises.

D'autres groupes ont formulé des recommandations plus spécifiques. L'Association médicale canadienne (AMC) a recommandé que les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir présentent au moins deux demandes orales, à intervalles d'au moins 14 jours, sur une période proportionnée au pronostic de la personne. L'AMC recommande qu'après les deux demandes verbales, les personnes soumettent une demande écrite d'aide à mourir au médecin traitant. De l'avis de l'AMC, un tel document écrit prendrait la forme d'une déclaration spéciale qui serait établie par le gouvernement, un ministère de la Santé, une régie régionale de la santé ou un établissement de soins de santé.

L'Alliance évangélique du Canada et l'Association for Reformed Political Action Canada ont recommandé qu'au moins trois demandes soient présentées et que chacune soit enregistrée sur bande vidéo ou audio. Les deux organisations ont donné à entendre que ces enregistrements seraient utiles pour empêcher les abus, ainsi que dans les cas où un acte criminel serait signalé.

Plusieurs administrations exigent que des demandes officielles écrites d'aide à mourir soient présentées et qu'elles soient conservées pour servir de dossier. Ces documents sont utiles aux fins de la surveillance et de la collecte des données, aspect dont le chapitre 12 traitera de façon plus détaillée. Les lois en vigueur au Québec¹⁴⁴ et en Belgique¹⁴⁵ exigent que les patients soumettent des demandes écrites aux médecins traitants. Les deux administrations stipulent aussi que des mesures d'adaptation doivent être

¹⁴⁴ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. c. S032.0001, art. 26.

¹⁴⁵ [Loi relative à l'euthanasie](#) (Belgique), art. 4.

prévues pour les patients qui pourraient être physiquement incapables de remplir des demandes écrites. Dans les États de l’Oregon¹⁴⁶, de Washington¹⁴⁷ et du Vermont¹⁴⁸, les patients doivent, en sus de soumettre une demande écrite, faire deux demandes orales au médecin traitant. Les lois américaines ne comportent pas de disposition sur des mesures d’adaptation pour les personnes handicapées. Aucune administration n’exige à l’heure actuelle d’enregistrements vidéo des demandes.

D. Les témoins

Le Comité a entendu et examiné plusieurs suggestions concernant les personnes autorisées à agir comme témoins d’une demande écrite d’aide médicale à mourir, ainsi que le nombre de personnes devant être témoins d’une telle demande.

Jocelyn Downie¹⁴⁹, avocate et professeure en droit de la santé, et David Baker, avocat spécialisé dans la défense des droits des personnes handicapées, ont proposé que toutes les demandes soient signées en présence du médecin traitant et de deux témoins. La même exigence figure dans le projet de loi S-225, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*¹⁵⁰, un projet de loi d’intérêt public émanant du Sénat déposé en décembre 2014. La professeure Downie proposait une deuxième option qui permettrait aux personnes de fournir une déclaration solennelle en vertu de l’article 41 de la *Loi sur la preuve au Canada*¹⁵¹, dans les cas où les deux témoins ne peuvent pas être physiquement présents en même temps¹⁵². M^e Baker ajoute que les deux témoins doivent être tenus d’attester qu’au meilleur de leurs connaissances, la personne est apte, agit volontairement et ne signe pas la demande sous la contrainte.

L’exigence selon laquelle la demande d’aide médicale à mourir d’une personne doit être faite en présence d’un témoin est une mesure de sauvegarde couramment utilisée dans les administrations où l’aide à mourir est autorisée. La loi du Québec exige qu’un formulaire du gouvernement soit signé en présence d’un professionnel de la santé ou des services sociaux qui doit aussi signer le formulaire¹⁵³. Elle précise que si le professionnel agissant en qualité de témoin n’est pas le médecin traitant de la personne, ce professionnel doit remettre la demande au médecin traitant. Les lois des États de

¹⁴⁶ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.840 §3.06.

¹⁴⁷ [Washington Death with Dignity Act](#), R.C.W. c. 70.245, § 70.245.090.

¹⁴⁸ [Patient Choice at End of Life](#), Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, § 5283.

¹⁴⁹ Jocelyn Downie, *Draft Federal Legislation to Amend the Criminal Code to Be Consistent with Carter v. Canada (Attorney General) 2015 SCC 5*, 9 février 2015. Veuillez noter que depuis, la professeure Downie a mis son modèle de loi à jour. Les références du Comité à cette loi portent sur la version du 9 février 2015 puisque c’est de cette version qu’il a discuté avec la professeure Downie.

¹⁵⁰ Projet de loi S-225, [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 2^e session, 41^e législature, 2014.

¹⁵¹ [Loi sur la preuve au Canada](#), S.R.C. 1985, c. C-5.

¹⁵² Jocelyn Downie, *Draft Federal Legislation to Amend the Criminal Code to Be Consistent with Carter v. Canada (Attorney General) 2015 SCC 5*, 9 février 2015. Veuillez noter que depuis, la professeure Downie a mis son modèle de loi à jour. Les références du Comité à cette loi portent sur la version du 9 février 2015 puisque c’est de cette version qu’il a discuté avec la professeure Downie.

¹⁵³ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. c. S032.0001, art. 26.

Washington¹⁵⁴ et de l’Oregon¹⁵⁵ exigent qu’une demande soit signée et datée par le patient en présence d’au moins deux témoins qui, en présence du patient, attestent qu’au meilleur de leurs connaissances, le patient est apte, agit volontairement et ne signe pas la demande sous la contrainte. La loi du Vermont est légèrement différente du fait que la demande de la personne doit être signée en présence de deux témoins ou plus qui doivent signer la demande et affirmer que la personne semble comprendre la nature du document, et être libre de contrainte ou d’une influence indue au moment de la signature¹⁵⁶.

Dans certains cas, la loi ou la loi type comporte certaines conditions visant à garantir que les personnes servant de témoins ne sont pas en situation de conflit d’intérêts potentiel. Les lois types proposées par la professeure Downie, M^e Baker et le projet de loi S-225 comptent de telles exigences¹⁵⁷. Ils stipulent qu’un témoin doit avoir au moins 18 ans et ne doit pas être :

- Un membre de la famille – par le sang, le mariage, l’union de fait ou l’adoption;
- Un propriétaire, exploitant, employé ou résident d’un établissement de soins de santé où le demandeur reçoit des soins;
- Un médecin participant aux soins de la personne;
- Une personne qui, au moment où elle sert de témoin, aura droit à la totalité ou à une partie de la succession aux termes d’un testament ou par effet de la loi.

Les lois des États de l’Oregon¹⁵⁸, de Washington¹⁵⁹ et du Vermont¹⁶⁰ comportent des exigences semblables concernant les critères auxquels les témoins doivent satisfaire. L’Oregon¹⁶¹ et Washington¹⁶² exigent en plus que, si la personne est un patient dans un établissement de soins de longue durée au moment où la demande écrite est faite, un des témoins doit être une personne désignée par l’établissement et doit satisfaire aux critères stipulés par le ministère compétent.

E. Le rôle de la famille

Certaines personnes et organisations rencontrées par le Comité étaient convaincues du rôle essentiel de la famille dans le processus d’aide médicale à mourir. D’autres ont décrit le processus comme étant une démarche profondément personnelle, qui ne devrait concerner que le patient et son médecin. Le Comité a entendu diverses suggestions sur la question de savoir si la famille devrait ou non jouer un rôle officiel dans le processus d’aide médicale à mourir.

¹⁵⁴ [Washington Death with Dignity Act](#), R.C.W. c. 70.245, § 70.245.030.

¹⁵⁵ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.810 §2.02.

¹⁵⁶ [Patient Choice at End of Life](#), Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, § 5283(4).

¹⁵⁷ Veuillez noter que depuis, la professeure Downie a mis son modèle de loi à jour. Les références du Comité à cette loi portent sur la version du 9 février 2015 puisque c’est de cette version qu’il a discuté avec la professeure Downie.

¹⁵⁸ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.810, § 2.02.

¹⁵⁹ [Washington Death with Dignity Act](#), R.C.W. c. 70.245, § 70.245.030.

¹⁶⁰ [Patient Choice at End of Life](#), Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, § 5281(a)(6).

¹⁶¹ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.810, § 2.02(4).

¹⁶² [Washington Death with Dignity Act](#), R.C.W. c. 70.245, § 70.245.030(4).

Lorsqu'elle a rencontré le Comité, M^{me} Lee Carter a parlé du rôle que sa famille a joué pour aider sa mère, Kay Carter, à obtenir l'aide à mourir en Suisse. Elle a indiqué qu'au moment où M^{me} Kay Carter a décidé qu'elle voulait obtenir l'aide à mourir, elle ne pouvait plus tenir un téléphone, utiliser un ordinateur ou écrire. Par conséquent, Lee Carter et son époux, M. Hollis Johnston, ont effectué toute la planification et rempli tous les documents nécessaires au nom de M^{me} Kay Carter. Les expériences de M^{me} Lee Carter démontrent le rôle de support que certaines familles peuvent jouer dans ce processus.

Il est toutefois important de souligner que de nombreuses personnes pourraient vouloir prendre cette décision seules, sans l'intervention de leur famille ou d'autres proches. Plusieurs experts et parties intéressées ont fait valoir que la participation de la famille pouvait enrichir le processus d'aide à mourir pour certaines personnes, mais qu'il ne fallait pas que cette participation l'emporte sur le principe de l'autonomie individuelle. Le D^r James Downar, de Dying With Dignity Canada, a indiqué que les professionnels de la santé pourraient encourager les personnes à inclure leur famille dans le processus, mais tout acte allant au-delà d'un tel encouragement pourrait violer les droits à la vie privée des personnes.

La D^{re} Linda Ganzini, a souligné qu'il s'impose de protéger les personnes qui peuvent être réceptives à la coercition exercée par les membres de leur famille pour qu'elles demandent l'aide à mourir. Elle a indiqué que la coercition par les membres de la famille dans les cas d'aide à mourir est rare, mais que des entrevues cliniques avec la personne qui fait la demande devraient se dérouler en privé (c.-à-d. à l'écart de la famille) afin d'éliminer cette possibilité. Le Collectif des médecins contre l'euthanasie a aussi fait remarquer que la participation de la famille pourrait poser des problèmes dans les cas où il existe des conflits au sein de la famille concernant la demande d'aide médicale à mourir, ou de l'abus à l'égard d'un aîné. Dans de tels scénarios délicats, les professionnels de la santé joueront un rôle clé pour évaluer si une personne a entièrement et librement consenti à la procédure.

Dans les cas où les familles participent à la démarche, la D^{re} Katrina Hedberg, épidémiologiste et chef de la Santé de l'État à l'Oregon Public Health Division, a suggéré qu'un soutien psychologique et social soit offert à la famille avant, pendant et après l'exécution des demandes d'aide à mourir.

M^{me} Barbara Glidewell, ancienne protectrice des patients dans un important hôpital universitaire de Portland, en Oregon, a aussi indiqué que l'inclusion de la famille dans le processus peut aider à atténuer l'anxiété de toutes les personnes concernées et avoir un effet salutaire sur les relations avec la famille et les êtres chers.

M^{me} Melanie MacKinnon, professeure en santé autochtone à l'Université du Manitoba, a souligné le rôle important que les familles autochtones peuvent jouer dans le processus de mort. Elle a fait remarquer que les soins palliatifs et de fin de vie peuvent ne pas être facilement accessibles ou offerts dans de nombreuses collectivités autochtones et que pour cette raison, les familles jouent souvent un rôle important dans le soutien de leurs proches ayant atteint ou presque atteint la fin de leur vie. Elle a indiqué que des familles étendues cherchent souvent à parvenir à une « décision commune » concernant la santé d'un membre malade de la famille, mais elle a raconté des cas où de grands groupes familiaux ont senti qu'ils n'étaient pas les bienvenus dans des milieux hospitaliers. Le D^r Alika Lafontaine, de l'Association des médecins autochtones du Canada, partageait le point de vue de M^{me} Mackinnon et a déclaré :

Il est tout aussi important pour les patients autochtones de voir leur famille suivre la voie qui les amène à accepter que c'est ce qu'ils veulent faire et que c'est la bonne décision pour eux, que de suivre eux-mêmes cette voie et d'en arriver au point où ils reconnaissent que c'est la décision qu'ils veulent prendre.

Dans quelques administrations, la législation prévoit que le médecin traitant doit consulter (ou offrir de consulter) la famille du patient dans le cadre du processus d'évaluation d'une demande d'aide médicale à mourir. La *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec exige que le médecin traitant s'entretienne de la demande du patient avec ses proches, si ce dernier le souhaite¹⁶³. La loi du Québec stipule également qu'il incombe au médecin traitant de s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter¹⁶⁴. Aux termes des lois des États de l'Oregon¹⁶⁵ et de Washington¹⁶⁶, le médecin traitant peut recommander que les personnes avisent leurs proches parents de leur demande, mais dans le cas des personnes qui ne suivent pas cette recommandation ou qui sont incapables d'aviser leurs proches, la demande ne peut pas être refusée pour cette raison. La loi de la Californie exige que les personnes déclarent explicitement dans leur demande officielle si elles ont décidé d'informer leur famille ou si elles n'ont pas de famille à informer de leur décision¹⁶⁷.

¹⁶³ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. ch S-32.0001, art 28(1)e).

¹⁶⁴ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. ch S-32.0001, art 28(1) et (2).

¹⁶⁵ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.835, § 3.05.

¹⁶⁶ [Washington Death with Dignity Act](#), R.C.W. c. 70.245, § 70.245.080.

¹⁶⁷ [End of Life Option Act](#), (Californie), Part 1.85, Div 1, *Health and Safety Code*, s. 443.11(a).

Chapitre 9. L'évaluation de la demande

Dans la présente section du rapport, le Comité décrit brièvement les recommandations et les mémoires présentés concernant les processus de collecte et d'évaluation des renseignements qui pourraient suivre une demande officielle d'aide médicale à mourir. Certains processus – comme l'examen effectué par un deuxième médecin – ont été largement privilégiés dans nombre de mémoires, alors que d'autres, comme la participation des aînés autochtones ou des guérisseurs traditionnels, ont été moins souvent recommandés. Ces diverses propositions illustrent bien l'éventail d'options qui pourraient faire partie de la réponse aux demandes d'aide médicale à mourir.

A. Les évaluations médicales

Le Comité a entendu divers points de vue concernant la nécessité de recevoir des avis de différents médecins dans le cadre de l'évaluation d'une demande. Ces consultations supplémentaires pourraient être effectuées par des spécialistes qui exercent dans des domaines généralement pertinents, comme la psychiatrie et les soins palliatifs, ou dans un domaine spécialisé qui correspond au problème de santé du patient, notamment l'oncologie ou la neurologie.

D'aucuns se sont prononcés en faveur de consultations supplémentaires obligatoires dans tous les cas. D'autres, comme la D^{re} Francine Lemire du Collège des médecins de famille du Canada, ont dit craindre que des consultations obligatoires auprès de psychiatres ou de spécialistes en soins palliatifs limitent l'accès à l'aide à mourir dans des collectivités éloignées où il est difficile d'obtenir ces services. Elle a signalé que les médecins qui travaillent dans ces régions accueilleraient néanmoins favorablement ce genre de consultations si elles étaient disponibles.

1. La confirmation d'un second médecin

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.

Les parties intéressées que le Comité a rencontrées ont largement accepté cette exigence comme une mesure de sauvegarde appropriée pour veiller à l'examen attentif des demandes d'aide médicale à mourir. Elles ont mis en évidence de nombreux avantages d'une telle confirmation, notamment la garantie que les décisions ne seraient pas prises hâtivement, la protection accrue des personnes vulnérables et la réduction au minimum du potentiel d'erreur.

Certains groupes ont proposé d'établir des critères d'admissibilité précis pour les médecins-conseils. L'Association médicale canadienne, par exemple, a mentionné que le médecin-conseil ne doit pas avoir de lien ni avec le patient ni avec le médecin traitant. Un projet de loi d'intérêt public émanant du Sénat présenté en décembre 2014, soit le projet de loi S-225 – *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à*

mourir)¹⁶⁸, exige notamment que le médecin traitant n'ait pas de lien professionnel ou personnel avec le médecin-conseil. M. Donato Gugliotta de la Christian Medical and Dental Society of Canada, a aussi suggéré qu'on interdise au médecin de premier recours d'une personne d'approuver une telle demande et que les deux médecins qui examinent la demande soient complètement indépendants par rapport au demandeur.

D'après David Baker et Rebecca Lauks, deux avocats en pratique privée spécialisés dans la défense des droits des personnes handicapées, le second médecin devant participer à l'évaluation de la demande d'aide médicale à mourir devrait être un spécialiste dans le domaine qui correspond au problème de santé du patient et qui peut évaluer la source de la souffrance. Le Collectif des médecins contre l'euthanasie a en outre proposé que les médecins-conseils possèdent les connaissances particulières liées au problème de santé de la personne. La D^{re} Catherine Girouard, membre du Collectif, signale que la médecine évolue constamment et qu'il est impossible qu'un seul médecin puisse connaître tous les types de traitements et de maladies, surtout lorsqu'il est question de différents cancers. Il a ainsi été suggéré de désigner un médecin possédant les connaissances pertinentes pour examiner chaque demande afin de veiller à ce que toutes les options aient été prises en compte.

Le Comité a certes observé un appui quasi unanime en faveur de la participation d'un second médecin, mais limiter l'admissibilité de ce second médecin pourrait créer un obstacle à l'accès à l'aide à mourir dans les petites collectivités et les endroits ruraux et éloignés. Comme la Société de la médecine rurale du Canada l'a indiqué, il y a une pénurie de médecins praticiens dans plusieurs de ces régions. Trouver à une distance raisonnable un médecin-conseil que le médecin traitant ne connaît pas sur le plan professionnel ou personnel peut s'avérer difficile.

Quand on a demandé si le fait d'obtenir une seconde opinion médicale pourrait créer des obstacles inutiles, particulièrement pour les personnes vivant dans des endroits ruraux, M^{me} Barbara Glidewell de l'Oregon a mentionné que ce qui pouvait être perçu comme un obstacle dans le processus est en fait un signe clair que la vie d'une personne est précieuse et que sa décision à ce sujet revêt une énorme importance :

Je crois que nous devons honorer le concept de prévision de la mort d'une personne en faisant en sorte que le processus ne soit pas simplifié au point d'en arriver à la simple délivrance d'une ordonnance, du type « prenez-la si vous voulez ». Je crois que nous devons honorer la dignité de la personne en lui montrant que nous avons passé par un processus qui respecte sa vie et ses décisions [sans les contester], à moins que nous devions agir autrement si elle n'agit pas de façon habituelle... [Elle doit comprendre] à quel point nous la respectons en tant qu'être humain.

À mon avis, il ne faut pas banaliser la vie d'une personne en disant « Oh, vous souhaiteriez le faire? D'accord, nous le ferons. Prenez l'ordonnance, et si vous l'utilisez, on le saura. »

¹⁶⁸ Projet de loi S-225, [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 2^e session, 41^e législature, 2014.

2. Des consultations en santé mentale

Bon nombre de groupes rencontrés par le Comité ont fait mention de consultations psychologiques. Le Comité a appris qu'on fait déjà appel aux psychologues afin qu'ils aident à déterminer la capacité décisionnelle sur le plan médical en général, ainsi que dans le contexte des soins de fin de vie.

Le D^r Keith Wilson a conseillé au Comité d'examiner si l'évaluation de la santé mentale pour la dépression dans le cas des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir devrait faire partie des exigences juridiques. Cette évaluation pourrait permettre d'obtenir une opinion qui indique si la dépression d'un patient est traitable ou non. Le D^r Wilson a mentionné que certaines personnes pourraient toutefois tenter de dissimuler leurs symptômes si elles craignent que le diagnostic de dépression nuise à leur accès à l'aide médicale à mourir.

Certains groupes, dont l'Association for Reformed Political Action Canada et la Coalition pour la prévention de l'euthanasie, ont indiqué qu'une consultation en santé mentale indépendante devrait être obligatoire pour toutes les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir afin d'évaluer la capacité, les motifs et les dynamiques relationnelles. Le D^r Joris Vandenberghe, un psychiatre belge, a émis le même avis et signalé que les facteurs complexes en cause lorsqu'une personne prend la décision de mourir sont indispensables à la pratique de la psychiatrie et de la psychologie. Il a mentionné que l'expertise d'un psychiatre ou d'un psychologue serait particulièrement importante pour l'examen des demandes provenant de personnes qui ne souffrent pas de maladies terminales. D'autres parties intéressées ont proposé d'exiger des consultations en santé mentale seulement lorsque des considérations d'ordre psychologique sont pertinentes ou lorsqu'un médecin traitant n'est pas à l'aise de les effectuer¹⁶⁹.

Eli Stutsman, expert au Death with Dignity National Center aux États-Unis qui a contribué à la rédaction de la loi de l'Oregon sur la mort dans la dignité (« *Death with Dignity Act* »), a indiqué au Comité qu'à l'époque où la loi a été rédigée, en 1993, l'inclusion d'une consultation en santé mentale obligatoire était une question épineuse. Les praticiens des soins de santé ont fini par convaincre les législateurs qu'il n'était pas possible de rendre obligatoire une évaluation psychologique dans tous les cas, principalement parce qu'il n'était pas souhaitable de définir toutes les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir comme des personnes ayant des troubles de santé mentale. Ils ont plutôt proposé de vérifier la présence de signes de dépression et de demander une consultation psychologique seulement si elle est nécessaire.

L'Association des psychiatres du Canada a affirmé que ce sont les psychiatres qui devraient évaluer les personnes aux prises avec une maladie mentale qui demandent l'aide médicale à mourir pour un autre problème de santé, afin de déterminer si la maladie mentale altère leur capacité à prendre une décision au sujet de l'aide médicale à mourir. L'Association a également demandé à ce qu'une évaluation psychiatrique soit effectuée lorsqu'une personne demande l'aide médicale à mourir uniquement en raison d'une maladie mentale. Elle n'a toutefois pas indiqué qu'un psychiatre devait participer sur le

¹⁶⁹ D^r Georges L'Espérance, président, Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, 23 octobre 2015; D^r James Downar, Dying with Dignity Canada, 2 novembre 2015.

plan clinique à tous les examens des demandes d'aide médicale à mourir ou à toutes les évaluations de la capacité.

Le Comité a rencontré le D^r Wilson et examiné de nombreux travaux de recherche liés à l'expérience de la douleur, la prévalence de la dépression dans diverses populations et l'importance des facteurs psychologiques dans les demandes d'aide médicale à mourir. En faisant fond sur ces travaux, dont certains ont été dirigés par le D^r Wilson, celui-ci a formulé l'opinion suivante :

La prestation de l'aide médicale à mourir ne devrait avoir lieu qu'après une évaluation approfondie des sources de souffrance qu'il est possible de traiter, ce qui comprendrait des traitements médicaux et palliatifs appropriés. Toutefois, l'importance des facteurs psychologiques qui motivent les demandes d'aide à mourir ne devrait pas être sous-estimée. Ces facteurs incluent notamment les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués, mais également, de façon plus générale, les problèmes psychologiques, sociaux et existentiels rencontrés parmi les personnes qui souffrent d'une maladie mentale; il faut les considérer comme essentiels à l'évaluation.

Le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba a proposé d'exiger une évaluation psychiatrique pour les personnes qui ne souffrent pas d'une maladie terminale, d'une blessure invalidante ou d'une douleur physique irréductible, qui ne sont pas à un stade avancé d'une déficience fonctionnelle à la fois importante et irréversible, ou qui semblent vivre avec un niveau de souffrance disproportionné par rapport à leur problème de santé¹⁷⁰. Dans les cas où les problèmes de santé graves et irrémédiables sont principalement associés à une maladie mentale, le Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse a suggéré d'exiger qu'un psychiatre soit l'un des deux médecins qui évaluent les demandes.

3. Des consultations en soins palliatifs

Certains groupes ont fait valoir que des consultations en soins palliatifs devraient être obligatoires afin d'informer, à tout le moins, les individus des options de soins. D'après le Collectif des médecins contre l'euthanasie, une consultation auprès d'un spécialiste en soins palliatifs est nécessaire pour expliquer correctement les effets spécifiques des soins palliatifs adéquats sur la gestion des symptômes; d'autres médecins – comme des médecins généralistes ou des spécialistes d'autres disciplines – pourraient ne pas être en mesure de décrire ces options aussi efficacement. La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a indiqué que ses membres sont tout à fait disposés à fournir ce type d'expertise pour réduire la souffrance. Des consultations en soins palliatifs ne seraient pertinentes que lorsque la vie d'une personne est en danger ou lorsque des problèmes diminuent son espérance de vie; il faut garder à l'esprit que l'affaire *Carter* ne se limite pas aux paramètres de diagnostic et de pronostic.

Peg Sandeen, directrice générale du Death with Dignity National Center aux États-Unis, a affirmé que le fait d'effectuer des consultations obligatoires auprès de spécialistes en soins palliatifs ou de s'assurer qu'un des deux médecins requis pour évaluer les demandes soit un médecin de soins palliatifs

¹⁷⁰ College of Physicians and Surgeons of Manitoba, [Draft Statement on Physician-Assisted Dying](#) (projet d'énoncé sur l'aide médicale à mourir), 15 octobre 2015.

permettrait de fournir une mesure de sauvegarde valable. Elle a toutefois mentionné qu'une telle exigence engendre des difficultés sur le plan de l'accès à l'aide à mourir dans certaines collectivités.

B. Les contributions d'autres professionnels de la santé

Les soins médicaux modernes font intervenir de plus en plus des équipes. Au besoin, des équipes interdisciplinaires – souvent composées de médecins, d'infirmiers, de psychologues, de pharmaciens, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé – s'occupent des patients. L'intégration de cette approche axée sur l'équipe dans un cadre d'aide médicale à mourir pourrait présenter des avantages manifestes. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a constaté qu'une équipe interdisciplinaire permet d'effectuer une évaluation complète des cas de patients demandant l'aide médicale à mourir, et cette équipe pourrait offrir une mesure de sauvegarde de grande valeur. Il peut être important d'examiner les renseignements liés à la dynamique des familles que peuvent obtenir les autres professionnels de la santé, comme le personnel infirmier, les représentants des patients, les travailleurs sociaux, les fournisseurs de soins spirituels et les autres intervenants. De plus, ces professionnels pourraient jouer un rôle important dans les évaluations de la capacité et du caractère volontaire de la demande, et fournir de l'information sur les facteurs qui peuvent contribuer à la souffrance et à la vulnérabilité.

La D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction du Collège des médecins de famille du Canada, a parlé de l'importance de profiter de l'expertise d'autres fournisseurs lors de l'évaluation de demandes complexes d'aide médicale à mourir. En se reportant à d'autres sortes de difficultés cliniques auxquelles elle s'est heurtée au cours de sa carrière, elle a indiqué ce qui suit :

Lorsque j'ai suivi ma formation, [...] chaque fois que nous étions aux prises avec des situations qui n'étaient pas faciles – et je le dis en tant que stagiaire – la ou le travailleur social était la première personne à laquelle nous pensions à Montréal. À Terre-Neuve, lorsque je me retrouvais dans les mêmes situations, je pensais en premier lieu au personnel infirmier en santé publique, qui me fournissait tout ce dont j'avais besoin, notamment des conseils et des services formidables, dans certaines situations complexes.

En expliquant l'importance de l'équipe de soins de santé, le D^r Alika Lafontaine, vice-président de l'Association des médecins autochtones du Canada, a souligné ce qui suit :

Lorsque je parle d'une équipe, [...] il faut comprendre qu'en fin de vie, de nombreuses personnes sont impliquées. Maintenant, au sein de l'équipe de base [...] qui offre les soins, j'imagine [qu'il y aurait] probablement un médecin chargé de fournir le mécanisme physique entraînant la mort.

Par conséquent, même si l'aide médicale à mourir désignera directement les médecins comme les personnes qui prescrivent les médicaments et/ou qui les administrent, d'autres professionnels des soins de santé sont également susceptibles de participer au processus.

1. Le personnel infirmier

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les infirmières et infirmiers autorisés constituent le plus grand groupe de fournisseurs de soins de santé du Canada. Ils sont des membres omniprésents des équipes de soins de santé. Ils travaillent à différents endroits : à domicile, dans la communauté et dans les hôpitaux. Ils sont au chevet des patients à toute heure du jour et de la nuit et interagissent continuellement avec ceux-ci, les familles, les cercles de soutien et les autres membres de l'équipe de soins de santé. Pour cette raison, l'Association a affirmé que l'infirmière ou l'infirmier est souvent le premier point de contact d'un patient, soit la première personne à qui il exprime le souhait de mourir ou à qui il demande de l'aide pour mettre fin à ses jours.

L'Association a mentionné que l'aide médicale à mourir constitue un long processus. La personne qui en fait la demande a besoin d'information et de soutien, non seulement lorsqu'elle formule la demande et au moment de mourir, mais aussi durant les nombreux autres instants entre ces deux étapes ou « points le long du continuum ». Ce soutien ne sera pas toujours directement donné par le médecin, et il est probable que ce soit le personnel infirmier qui l'apporte.

L'Association a constaté qu'étant donné les relations qui existent entre les patients et le personnel infirmier, ce dernier pourrait avoir, tout au long du processus d'aide médicale à mourir, le rôle de déterminer les motivations et si une contrainte ou une ambivalence est présente. Richard Elliot du Réseau juridique canadien VIH/sida partageait cette perception du rôle des infirmières et infirmiers en tant que fournisseurs « qui seront les plus près de l'action [...], qui seront mieux placés pour déterminer s'il se passe quelque chose. [Ils] seront ceux qui pourront être en mesure de constater si une quelconque pression est exercée sur la prise de décision du patient, par exemple ». D'après l'Association, le personnel infirmier, grâce à son expérience et à ses contacts rapprochés avec les patients, est particulièrement bien équipé pour déterminer les sources de vulnérabilité et, par conséquent, protéger les personnes vulnérables. Le personnel infirmier « met à contribution ses connaissances [...] son expertise et son expérience lors de ces conversations et, grâce à la relation thérapeutique, il peut se porter à la défense des patients vulnérables ».

Le Comité a également appris que le personnel infirmier peut être appelé à participer directement au processus d'aide médicale à mourir. La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a fait mention du rôle du « professionnel le plus responsable » afin de désigner la principale personne responsable des soins de santé d'une personne. Bien que ce professionnel ait autrefois été un médecin, on a assisté à un changement dans la façon de prodiguer des soins de santé, de sorte que, dans certaines provinces, les infirmières et infirmiers praticiens peuvent maintenant également être les professionnels les plus responsables étant donné leur vaste champ de pratique. D'après l'Association, les infirmières et infirmiers praticiens sont des personnes « dont la formation et l'expérience sont plus approfondies » et « qui font preuve des compétences nécessaires pour poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostiques, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques et

accomplir certains actes médicaux précis dans leur domaine de pratique tel que régi par la loi, le tout de façon autonome¹⁷¹ ».

L'Association a indiqué au Comité que les infirmières et infirmiers praticiens ont leur propre charge de travail et qu'ils seront parfois les fournisseurs de soins de santé qui interviennent le plus auprès des patients. En fait, ils sont nombreux à travailler dans des régions où ils sont les seuls praticiens. L'Association a indiqué qu'il vaut la peine d'examiner si le personnel infirmier praticien devrait être autorisé à prescrire des médicaments dans le cadre du processus d'aide médicale à mourir comme moyen de donner accès à l'aide à mourir dans certaines collectivités.

En ce qui concerne la terminologie anglaise, la Société s'attend à ce que le personnel infirmier praticien ait un futur rôle lié à l'aide médicale à mourir, et elle a suggéré d'utiliser le terme « practitioner-assisted death » ou « medically-assisted death » plutôt que « physician-assisted death » qui laisse entendre que la pratique est réservée aux médecins.

Dans l'optique de ce rôle pressenti, la Société a indiqué au Comité qu'étant donné la probabilité que le personnel infirmier participe abondamment à ce processus, le *Code criminel* devrait explicitement protéger « les activités du personnel infirmier relatives à l'aide médicale à mourir ». Elle croit qu'une réponse législative à l'affaire *Carter* doit « aborder de façon précise le rôle du personnel infirmier dans le cadre du processus d'aide médicale à mourir ». Le D^r Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a affirmé que « chaque fois que des soins sont fournis dans un contexte médical, d'autres professionnels auxiliaires de la santé participent à la prestation de ces soins, et je souhaiterais que les modifications au *Code criminel* envisagent d'inclure les rôles d'autres professionnels de la santé ». L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario abondait dans ce sens.

La Société a constaté qu'il existe trois volets particuliers où il existe un risque de poursuite criminelle si le personnel infirmier n'est pas explicitement protégé dans le *Code criminel*. Le premier volet concerne les discussions sur l'aide médicale à mourir avec les patients et l'infraction d'avoir conseillé à une personne de se donner la mort en vertu de l'alinéa 241 a) du *Code criminel*. Même si le mot « conseil » ou « conseiller » est souvent utilisé dans des contextes médicaux pour désigner le fait de fournir de l'information ou de discuter, il a un sens différent dans le contexte du *Code criminel*, où « conseiller » s'entend d'amener et d'inciter, et « conseil » s'entend de l'encouragement visant à amener ou à inciter¹⁷². La Société a mentionné cette distinction, mais a constaté que dans un contexte très émotif, un fournisseur de soins de santé qui donne de l'information sur l'aide médicale à mourir et qui en discute peut être perçu comme une personne qui en « incite » une autre à se suicider. Selon la Société, il devrait y avoir une exemption claire dans le *Code criminel* en ce qui a trait aux discussions sur l'aide médicale à mourir.

La Société a également perçu un risque de poursuites pénales lorsque le personnel infirmier fait partie de l'équipe de traitement qui fournit l'aide médicale à mourir. Au cours de ce processus, le personnel

¹⁷¹ Association des infirmières et infirmiers du Canada, [Énoncé de position : L'infirmière praticienne](#), novembre 2009.

¹⁷² Particulièrement, le paragraphe 22(3) et l'alinéa 241a) du [Code criminel](#), L.R.C., 1985, ch. C-46.

infirmier peut donner toutes sortes de soins; il peut notamment discuter des options de traitement, surveiller les indicateurs de capacité, réconforter, et préparer l'administration des médicaments utilisés pour provoquer la mort ou aider à leur administration. Autrement dit, même dans des situations où des médecins prescrivent ou administrent la substance létale, ceux-ci agissent rarement seuls et ils seront vraisemblablement aidés par du personnel infirmier.

Le troisième point de préoccupation est lié aux infirmières et aux infirmiers praticiens qui agissent à titre de professionnels les plus responsables ainsi qu'à la possibilité qu'ils soient finalement appelés à déterminer si les critères d'admissibilité ont été remplis et à prescrire le médicament létal. Cette situation serait concevable si le personnel infirmier praticien qui travaille dans la collectivité, dans des établissements de soins de longue durée ou dans des régions éloignées est le seul fournisseur de soins de santé rapidement disponible. D'après la Société, la protection du personnel infirmier devrait se présenter sous forme d'une exemption claire dans le *Code criminel*.

La Société mentionne que l'absence de telles protections explicites dans le *Code criminel* pourrait entraîner un effet dissuasif au sein de la profession, ce qui restreindrait les communications ouvertes et spontanées avec les patients au sujet de leurs souffrances.

Dans son mémoire transmis au Comité, l'Association canadienne des infirmiers et des infirmières a également affirmé que les professionnels de la santé vivront de façon différente l'aide à mourir :

L'aide à mourir transformera de manière radicale le moment de la mort, changeant ce que les fournisseurs de soins de santé ont l'habitude de vivre par rapport à ce à quoi doit ressembler une belle mort. Le personnel infirmier ou le médecin est généralement habitué de voir l'état de santé d'un patient se détériorer au fil du temps, de constater qu'une personne est moins éveillée, plus endormie, etc. L'aide à mourir changera cette situation. À un moment, un patient peut avoir bonne mine et manger son déjeuner puis, après l'administration du médicament, il cessera de respirer et sa peau changera de couleur; sa mort sera soudaine. Il s'agit d'une différente façon de mourir, une manière qui n'est pas encore très bien connue des fournisseurs de soins de santé.

L'Association a demandé un accès – pour tous les fournisseurs de soins de santé – à des mesures de soutien éthique et psychologique afin de les aider à comprendre le processus d'aide médicale à mourir et à composer avec celui-ci, en plus de mettre fin à la détresse morale.

2. Les pharmaciens

L'Association des pharmaciens du Canada a affirmé que les pharmaciens ont un rôle à jouer dans le processus d'aide médicale à mourir, et que ce rôle nécessitera une certaine formation. Les pharmaciens travaillent en contextes hospitaliers et communautaires. Ils seront impliqués lorsque des personnes recevront une ordonnance pour une dose létale d'un certain médicament. Ce sont eux qui exécuteraient l'ordonnance et fourniraient des conseils sur la façon de prendre le médicament et de l'information sur ses effets. Ils interviendraient également dans les cas où un médecin administre le médicament, puisqu'une ordonnance doit également être exécutée, bien que l'Association ait mentionné que les conseils au patient pourraient ne pas être nécessaires dans ces cas.

Selon l'Association, les pharmaciens sont largement en faveur d'une loi qui exigerait qu'ils prodiguent des conseils aux personnes ou à leur famille au moment de délivrer le médicament. L'Association a fait valoir que les pharmaciens devraient également avoir accès au diagnostic et au plan de soins de la personne lorsqu'ils lui délivrent le médicament létal.

L'Association a déclaré que les pharmaciens pourraient jouer un important rôle de conseiller, étant donné que les personnes à qui on prescrit un médicament dans le contexte de l'aide médicale à mourir pourraient avoir des questions, notamment sur la façon dont le médicament fonctionne, ce à quoi il faut s'attendre, et sur les interactions possibles avec d'autres médicaments. On pourrait aussi demander aux pharmaciens d'être présents lorsqu'une personne prend le médicament létal.

Les pharmaciens pourraient également procéder à la collecte et à l'élimination des médicaments inutilisés, une tâche que près de 90 % des pharmacies au Canada accomplissent déjà, d'après l'Association. Ainsi, on pourrait régler la question que d'autres ont soulevée au sujet des ordonnances non utilisées qui sont laissées à domicile lorsque les personnes décèdent avant d'avoir pris le médicament.

L'Association a discuté du besoin d'établir un système d'ordonnances plus solide dans le cas de l'aide médicale à mourir afin qu'elle ne soit plus préoccupée par le fait que des pharmaciens habilités à délivrer des médicaments peuvent ne pas savoir si la personne qui demande l'ordonnance répond aux critères d'admissibilité ou non. Des représentants de l'Association ont décrit l'ordonnancier en trois exemplaires actuellement utilisé pour les opiacés, sur lequel chaque ordonnance est copiée en triple; on donne une copie au patient, le médecin en garde une et la troisième est transmise au gouvernement aux fins de suivi. L'Association n'était toutefois pas certaine de la nécessité de ce type de système dans le cas de l'aide médicale à mourir, étant donné l'émergence de la cybersanté et des ordonnances électroniques.

La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a indiqué que les pharmaciens formaient un autre groupe de fournisseurs de soins de santé exigeant qu'une exemption claire et explicite soit accordée en vertu du *Code criminel* relativement à leur participation au processus d'aide médicale à mourir.

3. Les fournisseurs de soins spirituels

M. Marc Doucet, président de l'Association canadienne de soins spirituels, a décrit la spiritualité comme étant « tout ce qui me permet d'entrer en relation avec ce qui se trouve au-delà de mon être dans une situation isolée... ce peut être une relation, la nature, un être suprême ». Il a expliqué que la souffrance spirituelle est fondamentalement liée à l'identité et à la compréhension de nous-mêmes dans le monde. Il s'est ensuite penché sur les dimensions de la souffrance spirituelle qui sont distinctes de la douleur physique tout en y étant souvent liées :

Donc, nous pouvons atténuer la douleur avec des médicaments, mais il peut quand même y avoir de la souffrance. Et la souffrance se traduirait par des pensées comme : comment puis-je lâcher prise, comment faire pour que ma mort soit belle, je ne verrai pas mes enfants grandir, je

ne serai pas là lors des événements marquants, je n'ai pas accompli ce que je souhaitais. C'est ce qu'on appelle la souffrance spirituelle.

Le Comité a appris que les travailleurs en soins de santé spirituelle considèrent qu'ils ont un grand rôle à jouer en ce qui concerne l'évaluation et le soutien des personnes qui ont exprimé le souhait de mettre un terme à leur vie avec l'aide d'un médecin. L'Association a spécifié qu'une évaluation spirituelle devrait être obligatoire pour toutes les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir et qu'elle devrait être effectuée par un professionnel des soins spirituels. Ce dernier ne participerait pas au processus décisionnel, mais il pourrait plutôt ajouter au processus, soutenir la personne qui fait la demande et examiner dans quelle mesure celle-ci comprend bien pourquoi elle a présenté cette demande. Selon l'Association, sans cette évaluation spirituelle, la douleur spirituelle projetée risque d'être ressentie comme une douleur physique rebelle par certaines personnes.

4. Guérisseurs et fournisseurs de soins autochtones

Carrie Bourassa, professeure en santé autochtone à l'Université des Premières Nations, a souligné au Comité que les guérisseurs traditionnels ont un important rôle à jouer dans le cadre des conversations et des évaluations liées à l'aide médicale à mourir. Le Dr Alika Lafontaine, de l'Association des médecins autochtones du Canada, a proposé la mise sur pied d'une équipe itinérante, qui serait composée de fournisseurs locaux de soins de santé, pour les personnes autochtones qui demandent l'aide médicale à mourir.

Melanie MacKinnon, directrice principale de la section de la santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits à l'Université du Manitoba et présidente des Aboriginal Nurses of Manitoba, a mentionné les effets qu'exerce sur les collectivités autochtones l'augmentation de la médicalisation des naissances et de la fin de vie ainsi que l'absence de ressources communautaires pour soutenir ces expériences :

La mort, celle qui est naturelle, et non causée par des accidents et des morts violentes, n'est plus présente dans nos collectivités des Premières Nations depuis plus de 50 ans... Alors, lorsque nous pensons à qui nous sommes du point de vue du cycle de vie – lorsque la vie entre en nous et que nous naissons dans nos collectivités et lorsque la vie disparaît et que nous mourrons sur le plan physique – ces deux étapes très importantes de la vie ont été supprimées de ce qui devait, pourrait et devrait être un cycle de vie naturelle.

D'autres experts ont souligné le besoin de s'adapter aux différentes pratiques spirituelles en fin de vie et de permettre une plus grande souplesse et une meilleure compréhension dans des contextes médicaux de la présence des membres des collectivités et des familles autochtones¹⁷³.

M^{me} MacKinnon a également indiqué au Comité qu'elle estime que les leaders en santé des communautés préféreraient qu'on leur laisse faire ce qu'ils savent être le mieux pour leurs collectivités –

¹⁷³ Carrie Bourassa, professeure en santé autochtone à l'Université des Premières Nations, 28 octobre 2015; Association des médecins autochtones du Canada, 3 novembre 2015.

soit de mettre l'accent sur la santé comportementale et spirituelle – et que des fonds pourraient être affectés à la rémunération des aînés, ce qui redonnerait à la mort sa place dans les collectivités.

5. L'évaluation de la vulnérabilité

M. Michael Bach, vice-président exécutif de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, a abordé la question des tendances démographiques liées à la vulnérabilité au Canada :

- D'une part, on assiste à l'augmentation rapide du nombre de membres de la population vivant avec un handicap et à un écart grandissant sur le plan de l'accès au soutien à domicile, aux services de relève et aux mesures de soutien du revenu nécessaires;
- D'autre part, on observe un peuple vieillissant qui est sur le point de participer au transfert intergénérationnel de richesse le plus important que nous ayons vu, et qui est perçu par les commissions de réforme du droit au Canada comme une population de plus en plus vulnérable aux abus financiers, notamment.

M. Bach a mentionné au Comité qu'on ne doit pas empêcher les personnes vulnérables de demander de façon autonome l'aide à mourir. Il a également suggéré que lorsque des indices de vulnérabilité sont décelés, on doit évaluer la personne afin de vérifier si elle a été contrainte ou poussée à faire une demande. Il a ensuite discuté de ce qu'il appelle le « défi Carter » – c'est-à-dire le défi de fournir un accès à l'aide médicale à mourir avec la diligence requise pour les personnes à risque :

Comment peut-on créer un système nuancé qui respecte le fait que les personnes manifestent leur résilience d'une façon qui leur est propre? Parce qu'une personne se trouve dans une situation de pauvreté, de stress lié à l'aidant [ou] de manque de soutien ne signifie pas nécessairement qu'elle ne peut pas agir en toute autonomie et prendre cette décision, mais cela devrait nous amener à déterminer si dans sa situation particulière, ces facteurs ont pour effet de limiter sa liberté.

Le cadre détaillé proposé par l'Association préconisait l'intégration d'une évaluation de la vulnérabilité dans le processus de réponses aux demandes d'aide médicale à mourir. Ce processus d'évaluation serait amorcé dans les 24 heures suivant la demande et mettrait à contribution un travailleur social et un psychologue. Dans de nombreux cas, l'évaluation pourrait comprendre une seule conversation visant à déterminer si des besoins non satisfaits ont nui à l'autonomie de la personne. Dans d'autres cas, l'évaluateur aiderait la personne à accéder aux options et aux services de soutien afin qu'elle puisse combler ses besoins immédiats.

David Baker a présenté au Comité une proposition législative qui comprend une disposition prévoyant l'aiguillage vers un « conseiller », laquelle rejoindrait en quelque sorte la proposition d'évaluation de la vulnérabilité susmentionnée. Le Comité a fait remarquer que d'autres organisations, y compris Citizens with Disabilities – Ontario, ont soutenu cet aspect de la proposition législative.

C. Le consentement éclairé

Le consentement éclairé est un principe juridique et éthique qui exige que les médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé fournissent tous les renseignements pertinents de sorte que les patients puissent faire un choix volontaire qui est entièrement éclairé au sujet de leur traitement. Durant le procès de l'affaire *Carter c. Canada*, la juge Smith a précisé l'élément suivant :

La doctrine du consentement éclairé protège le droit d'un patient d'accepter ou de refuser un traitement médical. Aucun acte médical ne peut être effectué à moins qu'un médecin praticien ait obtenu le consentement du patient après lui avoir fourni suffisamment d'information pour qu'il puisse évaluer les risques et les avantages du traitement proposé et des autres options disponibles. Le consentement éclairé suppose que le patient a la capacité de prendre une décision subjective sur le traitement en fonction de sa compréhension des faits médicaux nécessaires décrits par le médecin et de son évaluation de sa situation personnelle¹⁷⁴.

De nombreux groupes ont suggéré d'appliquer les normes médicales pour le consentement éclairé aux demandes d'aide médicale à mourir. Les experts et les parties intéressées ont été nombreux à indiquer au Comité que le consentement éclairé exige nécessairement que les personnes aient l'occasion d'examiner toutes les solutions de rechange raisonnables et disponibles, c'est-à-dire les traitements, les approches et les mesures de soutien qui pourraient permettre d'atténuer la détresse qui sous-tend leur demande. L'Association canadienne pour l'intégration communautaire souligne en outre que le soutien de la « vraie autonomie » dans le cadre du consentement éclairé à l'aide médicale à mourir requiert qu'on aide la personne à prendre en considération les « mesures de rechange ». L'Association a fait remarquer que cet examen des solutions doit tenir compte des conditions sociales et économiques de vulnérabilité qui placent certaines personnes dans une situation où elles risquent d'être incitées à se suicider dans un moment de faiblesse.

L'Alliance catholique canadienne de la santé a insisté sur le fait que le consentement éclairé devrait être compris dans le sens de « processus évolutif », soit un processus qui se développe au fil du temps « et au moyen d'un dialogue entre le patient et de nombreux fournisseurs de soins de santé ». Le mémoire de la Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques a repris cette approche, décrivant le consentement éclairé comme « un processus plutôt qu'un événement, qui évolue au fil du temps et qui se veut le reflet de la maturité de la relation patient-médecin [...] où les risques et les avantages d'une intervention proposée peuvent être communiqués de façon significative ».

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs, notamment, a exprimé des préoccupations au sujet des personnes qui pourraient donner leur consentement à l'aide médicale à mourir. Elle a suggéré qu'on ne devrait jamais permettre à une autre personne de donner le consentement à une telle procédure et que seul le patient qui demande l'aide à mourir peut le faire. Cette position est cohérente avec les modalités précisées par la Cour suprême dans l'affaire *Carter*.

Afin d'assurer l'uniformité de l'application du consentement éclairé, il peut être important de déterminer les renseignements particuliers qui doivent être fournis aux personnes qui demandent l'aide

¹⁷⁴ *Carter*, BCSC, par. 207.

médicale à mourir. Certaines administrations ont énoncé dans leur loi le type d'informations qui doivent être communiqué. La loi au Québec, par exemple, exige que les médecins informent les personnes du pronostic relatif à leur maladie, ainsi que des options thérapeutiques envisageables et de leurs effets possibles¹⁷⁵. Certains des types les plus courants de renseignements exigés dans les États du Vermont, de Washington et de l'Oregon incluent le diagnostic médical, le pronostic, l'espérance de vie, l'éventail des options de traitement et leurs effets possibles (y compris les soins palliatifs, les soins de confort, le contrôle de la douleur, etc.), les risques particuliers associés aux procédures d'aide à mourir et le droit de la personne de révoquer en tout temps une demande.

Bon nombre des évaluations décrites dans les sections précédentes, comme les opinions médicales et les discussions avec les autres professionnels de la santé, s'inscriraient dans le cadre du consentement éclairé d'une personne. La question qu'aucune administration n'a incluse, mais qui a été soulevée à des fins d'examen au cours des consultations du Comité, était de savoir si les personnes qui demandent l'aide à mourir doivent être informées des autres moyens d'intervention, comme les technologies d'assistance et les mesures de soutien du revenu ou d'aide aux personnes handicapées, le soutien à domicile et les services de relève.

D. L'échéancier

La notion de période d'attente constitue une mesure de sauvegarde procédurale dont l'objet est de garantir qu'une demande d'aide médicale à mourir est durable et de veiller à ce que la demande ne soit pas impulsive ou passagère, ou faite au cours d'un moment particulièrement difficile. De nombreux groupes sont d'avis qu'une période d'attente devrait être fixée¹⁷⁶, ce qui sous-tend la nécessité de faire plus d'une demande. Les opinions concernant la période d'attente varient, notamment sur le fait qu'elle devrait être prévue par la loi ou laissée à la discrétion des médecins, et qu'elle devrait être proportionnée au pronostic d'une personne.

L'inquiétude exprimée par la plupart des groupes concernant une période d'attente obligatoire est qu'il est arbitraire de préciser ou de prescrire une durée. Une période trop courte pourrait faciliter l'accès à l'aide à mourir à des personnes qui auraient pu changer d'avis si elles avaient eu plus de temps. Cependant, dans certains cas, une période d'attente obligatoire – même si elle est relativement brève – pourrait quand même être trop longue, ne pas respecter l'autonomie et prolonger inutilement les souffrances¹⁷⁷. Cela pourrait être particulièrement le cas pour les personnes dont les souffrances sont intenses et dont la mort est imminente.

¹⁷⁵ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. ch. S-32.0001, alinéa 29 1) b).

¹⁷⁶ Consulter par exemple, D^r Douglas A. Grant, président, Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire, Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse et Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 6 novembre 2015; Association médicale canadienne, 20 octobre 2015; Association canadienne de soins spirituels, 5 novembre 2015; Alliance évangélique du Canada, 5 novembre 2015; Collectif des médecins contre l'euthanasie, 23 octobre 2015.

¹⁷⁷ Dans un mémoire soumis en ligne, une personne souligne qu'elle est « gravement handicapée, qu'elle ressent de la douleur et qu'elle souffre misérablement », et elle soutient qu'une période de réflexion n'est pas nécessaire et qu'un médecin peut évaluer avec précision son état d'esprit.

1. Une période d'attente fixe ou souple

Quelques groupes se sont prononcés en faveur d'une plus longue période d'attente fixe. La Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques a soutenu qu'une période d'attente de 15 jours est trop courte. Ce groupe a indiqué qu'une personne qui reçoit un diagnostic bouleversant peut prendre des mois pour accepter celui-ci. L'Association des psychiatres du Canada a proposé que lorsque des demandes proviennent de personnes aux prises avec une maladie mentale, un minimum de six semaines devrait s'écouler entre les évaluations, et des options de traitement raisonnables devraient être mises en œuvre pendant ce temps.

La plupart des groupes étaient d'avis que la période d'attente doit être assortie d'une certaine souplesse¹⁷⁸. La British Columbia Civil Liberties Association et M. Howard Shapray estimaient que la période d'attente obligatoire ne devait en aucun cas être fixée par la loi. De même, l'Association canadienne des libertés civiles ne croyait pas qu'une période d'attente obligatoire constituait une véritable mesure de sauvegarde. Selon cette Association, si une période d'attente était imposée par voie législative, des exceptions devraient être permises dans le cas de ceux dont l'état de santé se détériore rapidement. Elle s'inquiète également du fait que les périodes d'attente pourraient entraver l'accès à l'aide médicale à mourir.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a déconseillé d'établir une période d'attente fixe, particulièrement une longue période, car cela pourrait prolonger sans aucune justification les souffrances de certaines personnes. Le Réseau a affirmé que même une période d'attente proportionnée, c'est-à-dire une période qui varierait selon le pronostic d'une personne, pourrait ne pas être appropriée. Par exemple, le Réseau s'est prononcé contre le fait qu'une personne qui ne souffre pas d'une maladie terminale doive endurer des souffrances pendant un an avant que sa demande puisse être examinée. Bien qu'il reconnaisse qu'il ne s'agit pas d'une solution parfaite, le Réseau a proposé de laisser au médecin le soin de déterminer la période d'attente, dans le contexte de la relation thérapeutique.

David Baker et Rebecca Lauks, deux avocats en pratique privée spécialisés dans la défense des droits des personnes handicapées, ont demandé une « atteinte à court terme de l'autonomie » pour les personnes qui souffrent depuis peu d'un handicap, afin de leur laisser le temps d'accepter leur nouvelle situation. Ainsi, selon eux, on pourrait empêcher les personnes potentiellement vulnérables de choisir l'aide médicale à mourir dans l'éventualité où leurs souffrances psychologiques seraient passagères. Ils n'ont toutefois pas indiqué combien de temps ces personnes devraient attendre avant que leurs demandes soient examinées.

2. Se fier au jugement clinique du médecin

La question de la période d'attente a également été soulevée au cours des discussions du Comité avec des organismes de réglementation de la profession médicale et des autorités médicales. Le

¹⁷⁸ Un médecin a indiqué dans un mémoire en ligne adressé au Comité qu'« [une] période d'attente d'environ deux semaines peut assurer une marge de sécurité supplémentaire, mais qu'on devrait renoncer à cette période dans les cas d'extrêmes souffrances ».

D^r Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a indiqué qu'il ne prévoit pas exiger une période d'attente particulière. Il a plutôt suggéré des intervalles « justifiés par une norme sur ce qui est raisonnable en fonction de la situation du patient ».

L'Association médicale canadienne a soutenu qu'une seule période d'attente normalisée ne convient pas à tous les cas et a demandé à ce que les périodes soient proportionnées au pronostic d'une personne. Elle a recommandé de façon générale une période d'attente de 14 jours entre les demandes. Elle ne l'a pas proposé comme une règle inflexible, mais comme une ligne directrice qu'il serait possible de modifier en fonction du jugement clinique du médecin.

La Société canadienne des médecins de soins palliatifs a proposé une période d'attente proportionnée à l'espérance de vie d'une personne. Elle a fait remarquer que la plupart des demandes d'aide médicale à mourir ne sont pas traitées comme des urgences et que la période type de deux semaines est arbitraire et pourrait être trop courte ou trop longue, selon le cas. Elle a préconisé l'adoption d'un certain degré de jugement clinique puisque les situations varieront; certaines personnes auront dûment réfléchi à leur décision avant de faire leur première demande, tandis que d'autres pourront demander l'aide médicale à mourir en réaction à un diagnostic ou à un changement de situation.

Chapitre 10. La détermination de la recevabilité des demandes

Comme l'ont démontré les sections précédentes du présent rapport, le processus de l'aide médicale à mourir comporte de nombreux points de décision précis. Une fois qu'un individu décide de présenter une demande officielle – décision que l'intéressé devra confirmer ou sur laquelle il devra revenir à diverses étapes du processus – de multiples autres décisions et jugements pourraient suivre, comme ceux qui visent à déterminer si la personne :

- Est un adulte;
- A un problème de santé grave et irrémédiable;
- A des souffrances persistantes et intolérables causées par le problème de santé;
- A la capacité de demander l'aide médicale à mourir;
- Est entièrement informée du diagnostic, du pronostic, des traitements possibles et des mesures de soutien, de l'issue probable de l'aide médicale à mourir ou d'autres questions précisées dans le cadre de la réglementation;
- Donne clairement son consentement sans coercition, influence ni encouragement indus.

Bien entendu, ces décisions sont toutes de moindre envergure mais importantes dans le cheminement menant à la décision finale d'accéder ou non à la demande d'aide à mourir formulée par une personne. Le Comité comprend qu'il peut y avoir d'autres points de décision qui ne figurent pas dans la liste, selon la structure de réglementation que pourront adopter les législateurs provinciaux, territoriaux et fédéraux. Par exemple, on pourrait ajouter une décision sur la question de savoir si une personne répond aux exigences relatives à la résidence. La liste ci-dessus saisit toutefois l'ensemble fondamental des décisions graduelles à prendre pour se conformer à la décision *Carter*.

Nous avons discuté, dans des sections précédentes, de chacun de ces processus décisionnels individuellement et cerné des questions qui seront posées et auxquelles on répondra à mesure que le jugement *Carter* sera mis en œuvre. Comment définir la personne adulte? Les souffrances intolérables peuvent-elles être comprises comme une décision subjective qui appartient seulement à la personne demandant l'aide médicale à mourir? Qui décidera si un problème est grave et irrémédiable?

Ce chapitre décrit les réponses que des intervenants, des parties intéressées, des autorités médicales et des particuliers ont données à des questions sur la façon de prendre la décision finale de fournir l'aide médicale à mourir et sur qui la prendra.

Au cours des rencontres que le Comité a tenues avec des parties intéressées et des experts, les divergences de vues les plus spectaculaires ont porté sur la question de déterminer qui peut décider d'accéder ou non à la demande d'aide médicale à mourir présentée par une personne. Les groupes guidés principalement par les principes de l'autonomie de la personne et des droits des patients étaient convaincus que la décision devrait être prise conjointement et exclusivement par le médecin et la personne qui demande l'aide médicale à mourir. Les groupes qui mettaient l'accent sur la protection des personnes vulnérables ont proposé tout un éventail de processus décisionnels plus structurés dont bon

nombre font intervenir des juges, des tribunaux ou des groupes externes qui doivent déterminer si la demande satisfait aux critères établis par la loi.

Nombreux sont les intervenants dans l'affaire *Carter*, ainsi que certaines des parties intéressées qui ont participé aux consultations du Comité, qui ont soutenu qu'un moyen important de protéger les personnes qui pourraient être vulnérables consiste à demander à un décideur objectif ou à une entité décisionnelle d'analyser les demandes d'aide médicale à mourir avant qu'un médecin puisse y donner suite. L'argument le plus important en faveur de cette prise de position est que l'aide médicale à mourir est irréversible : il n'y a aucun moyen de corriger une erreur après la mort d'une personne. Les autres arguments à l'appui comprenaient la protection des médecins contre les poursuites pour mauvaise décision, la résolution des conflits possibles lorsqu'un médecin n'appuie pas une demande et le fait de soulager les médecins du fardeau de la responsabilité morale et sociale qui peut accompagner l'aide médicale à mourir.

D'autres intervenants et parties intéressées se sont vigoureusement opposés au concept de l'autorisation préalable ou de l'examen par toute entité décisionnelle structurée, qu'ils considèrent comme un obstacle déraisonnable à l'accès. Certains de ces groupes ont cité la jurisprudence de la Cour suprême du Canada dans *R. c. Morgentaler*¹⁷⁹. Dans l'affaire *Morgentaler*, la Cour a déclaré que les dispositions sur l'avortement inscrites dans le *Code criminel* violaient les droits des femmes à la sécurité de leur personne que leur garantit l'article 7 de la Charte. La décision s'est articulée autour du problème des retards inhérents au processus des comités d'avortement thérapeutique établis en vertu du *Code criminel*. La P^{re} Jocelyn Downie et d'autres témoins ont soutenu que le précédent créé dans l'affaire *Morgentaler* donne à penser que des comités et d'autres décideurs de l'extérieur dresseraient des obstacles déraisonnables à l'accès. Selon la P^{re} Downie, la Cour suprême déciderait probablement que les retards administratifs imposés par l'obligation d'obtenir une autorisation préalable empiètent sur le droit à la sécurité de la personne des personnes admissibles.

Nous présentons ci-dessous un bref aperçu des mémoires que le Comité a reçus au sujet de la décision finale sur la recevabilité des demandes d'aide à mourir au Canada.

A. L'autorisation judiciaire préalable

L'Association for Reformed Political Action (ARPA) a recommandé que des juges autorisent les demandes d'aide médicale à mourir avant qu'un médecin puisse y donner suite. L'Association a suggéré qu'un juge d'une cour supérieure vérifie s'il y a une erreur de diagnostic et détermine la gravité de l'état de la personne, sa capacité à donner son consentement, le caractère volontaire de sa décision et si la personne qui demande l'aide médicale à mourir est un adulte. L'ARPA a soutenu qu'une telle autorisation préalable doit être accordée par un juge et non par un tribunal parce que les tribunaux peuvent devenir politisés et, par conséquent, partiiaux.

L'Euthanasia Prevention Coalition de la Colombie-Britannique a aussi soutenu que l'aide médicale à mourir ne devrait être pratiquée que sur ordonnance d'un tribunal, car ce serait la meilleure façon de

¹⁷⁹ *Morgentaler*.

favoriser la transparence et d'éviter la surveillance par « des paires de médecins ad hoc [...] qui font rapport après coup de leurs actes d'une façon qui pourrait tendre à l'autojustification et à l'autodisculpation ». L'organisation a rejeté l'opinion selon laquelle l'autorisation judiciaire pourrait causer des retards déraisonnables en affirmant que le nombre de personnes qui demandent l'aide médicale à mourir devrait être limité, même s'il n'a pas été question du nombre de causes dont sont saisis les tribunaux. La Coalition pour la prévention de l'euthanasie [Canada] a reconnu qu'il devrait y avoir surveillance judiciaire en soutenant que « l'euthanasie est un acte public [...] que l'on a jugé approprié de condamner » et que sans autorisation judiciaire, il sera « impossible premièrement de maintenir la nature publique de l'acte et, deuxièmement, d'appliquer efficacement [...] la réglementation ».

L'Alliance des chrétiens en droit a présenté des arguments en faveur de l'autorisation judiciaire préalable comme moyen de protéger les médecins. L'Alliance a signalé que parce que les médecins pourraient être accusés de meurtre, ils doivent avoir une autorisation judiciaire comme mesure de protection devant la loi. L'Alliance évangélique du Canada a recommandé des « mandats judiciaires » analogues aux mandats de perquisition et de saisie afin de « protéger le patient, les médecins et le système médical » et de garantir un examen approprié. La Christian Medical and Dental Society of Canada a préconisé l'autorisation judiciaire parce que les médecins peuvent faire preuve de partialité en accédant à des demandes, en particulier celles qui proviennent de personnes avec lesquelles ils ont des liens de longue date. La Société a soutenu qu'un juge procéderait à une évaluation impartiale. Le Collectif des médecins contre l'euthanasie a proposé l'autorisation judiciaire préalable comme moyen de vérifier l'aptitude de la personne et le caractère volontaire de sa demande.

B. L'autorisation préalable par un tribunal administratif

Les tribunaux administratifs diffèrent des tribunaux judiciaires. Même s'ils jouent souvent un rôle quasi-judiciaire, les tribunaux administratifs sont des organes décisionnels indépendants créés par une loi pour administrer une loi ou une politique en particulier. Ils ont tendance à être moins formels que les tribunaux judiciaires et à avoir des procédures plus souples. Les tribunaux quasi judiciaires des droits de la personne et les conseils municipaux en sont des exemples. Des groupes qui ont témoigné devant le Comité ont indiqué qu'au lieu de laisser un tribunal judiciaire décider si une personne peut recourir à l'aide médicale à mourir, une telle demande devrait être soumise à un tribunal administratif. Les membres de bon nombre de ces tribunaux administratifs possèdent de l'expertise dans un domaine particulier.

Des groupes qui ont proposé l'autorisation préalable d'un décideur indépendant ne s'étaient pas entendus sur une recommandation portant sur un type particulier d'organisme juridictionnel, mais ils ont semblé favoriser un type plutôt que l'autre. Par exemple, le Conseil des Canadiens avec déficiences a préconisé dans son mémoire un juge ou un « groupe d'experts en droit administratif » [c.-à-d. un tribunal] chargé de prendre une décision sur les demandes d'aide médicale à mourir, mais lorsqu'il a rencontré le Comité, le Conseil a penché pour le tribunal administratif. Il a préconisé la création par une loi d'une entité chargée d'entendre les demandes d'aide médicale à mourir. Le CCD a choisi comme modèle la Commission de révision du consentement et de la capacité de l'Ontario, tribunal administratif

constitué d'avocats, de psychiatres et de membres du public qui entend des questions découlant de plusieurs lois de l'Ontario sur les soins de santé¹⁸⁰. Le Conseil a aussi suggéré que l'entité « puisse convoquer des témoins et demander d'autres renseignements dont elle a besoin pour parvenir à une décision raisonnée et entièrement éclairée ».

David Baker et Rebecca Lauks, avocats en pratique privée spécialisés dans la défense des droits des personnes handicapées qui ont présenté au Comité une loi type sur l'aide médicale à mourir, ont proposé que les décisions soient prises par des conseils de révision établis dans chaque administration du Canada en vertu de l'article 672.38 du *Code criminel*. M. Baker a soutenu qu'un régime d'examen préalable respecterait et encouragerait la participation du médecin qui connaît le mieux la personne en cause, garantirait que la volonté de mourir d'une personne est basée sur des renseignements exacts et complets et « favoriserait les droits » et garantirait que l'on a respecté le droit de la personne d'avoir accès aux traitements et aux mesures de soutien disponibles. Quand on a laissé entendre qu'un tel processus pourrait être lourd, M. Baker a répondu que le processus pourrait être très informel en faisant observer que la Commission d'examen de l'Ontario « se rend dans des hôpitaux, là où se trouvent les gens, et les rencontre chez eux [...] ses membres ne sont pas cloîtrés dans un endroit éloigné inaccessible ».

Tout en reconnaissant le raisonnement de M. Baker, selon qui le caractère constitutionnel de ces commissions a été mis à l'épreuve en ce qui concerne leur rôle actuel, qui pourrait être adapté, le Comité reconnaît aussi que le rôle envisagé par M. Baker et M^{me} Lauks représenterait un changement important par rapport au mandat en vigueur et très spécialisé des commissions d'examen. Pour le moment, ces commissions aident à déterminer le statut de personnes jugées « non criminellement responsables ou inaptes, pour cause de troubles mentaux, à subir un procès à la suite d'infractions criminelles¹⁸¹ ».

C. Un comité d'examen de l'aide médicale à mourir

Des groupes qui ont proposé l'autorisation préalable se sont concentrés bien plus sur le besoin d'un éventail de points de vue et de freins et contrepoids que sur les exigences procédurales officielles actuellement en vigueur dans un tribunal judiciaire ou administratif. L'Association canadienne pour l'intégration communautaire (ACIC) a proposé que toutes les demandes d'aide médicale à mourir soient tranchées par un comité d'examen indépendant. L'ACIC a soutenu que les comités pourraient fonctionner avec une certaine marge de manœuvre, ce qui ne les empêcherait nullement de réunir des experts de divers domaines. Même si l'ACIC a mentionné la Commission de révision du consentement et de la capacité de l'Ontario comme exemple d'un organe décisionnel spécialisé, elle n'a pas insisté sur la nécessité d'exigences procédurales formelles que l'on associe habituellement aux tribunaux judiciaires et administratifs. L'ACIC a cité le droit international et les obligations du Canada en vertu de la

¹⁸⁰ Gouvernement de l'Ontario, « [La Commission en bref](#) », *Commission de révision du consentement et de la capacité*.

¹⁸¹ *Ibid.*

Convention relative aux droits des personnes handicapées pour étayer son affirmation selon laquelle l'examen préalable s'impose pour protéger les personnes qui pourraient être vulnérables.

Dans son mémoire, l'ACIC a suggéré que le processus « ne devrait pas être lourd lorsque ce n'est pas justifié », insistant sur le fait que l'examen devrait être extrêmement sensibilisé au besoin de décisions rapides et capable de s'y adapter. L'Association a signalé qu'il faudrait prévoir un processus accéléré chaque fois que c'est approprié.

L'Association des psychiatres du Canada recommande que des comités d'examen de l'aide médicale à mourir soient chargés de déterminer s'il faut accéder à une demande d'aide à mourir. L'Association a laissé entendre que ces comités aideraient à protéger l'alliance thérapeutique entre la personne et un clinicien en supprimant toute obligation pour celui-ci de décider si la personne répond aux critères d'admissibilité. L'Association a insisté sur le fait que les décisions au sujet de l'aide à mourir « devraient reposer non pas sur une seule évaluation, mais plutôt sur de multiples évaluations effectuées par différents experts ». Parlant au nom de l'Association, le D^r Sonu Gaiind a dégagé deux grands avantages qu'offre une telle approche : « elle atténue le risque que le processus décisionnel ne fasse pas appel au savoir-faire approprié et sépare aussi le processus décisionnel des soins cliniques. » De l'avis du D^r Gaiind, il ne devrait pas y avoir lieu de s'inquiéter du manque d'accès à condition que la responsabilité de la prestation soit répartie à l'échelon régional et que l'exécution n'incombe pas à des établissements en particulier.

M. Marc Doucet, président de l'Association canadienne de soins spirituels, a aussi décrit un modèle comportant « un groupe de deux ou trois personnes », y compris, peut-être, un médecin qui ne participe toutefois pas aux soins médicaux directs administrés à la personne qui présente la demande. Il a posé l'argument selon lequel « une évaluation à distance » produirait une certaine « uniformité dans chaque décision » et protégerait contre des situations dans lesquelles les « doubles relations » d'un médecin qui consistent à assumer la responsabilité et à rendre des compte à un patient ou à une communauté pourrait compromettre le rôle décisionnel.

D. Une décision entre la personne et son médecin

La British Columbia Civil Liberties Association (BCCLA) est d'avis qu'il ne faudrait pas « ériger d'obstacles pour empêcher des personnes d'avoir droit à l'accès à l'aide médicale à mourir », en insistant sur le fait que ces obstacles pourraient être jugés non constitutionnels. La BCCLA a soutenu que « l'aide médicale à mourir devrait être considérée comme une question privée entre le médecin et son patient, comme toutes les autres décisions sur les traitements en fin de vie ou à autre moment ».

La position prise par le Conseil consultatif sur l'invalidité de Dying With Dignity Canada semble concorder avec le point de vue de la BCCLA :

Il est essentiel que les mesures prises pour protéger les personnes handicapées ne dressent pas d'obstacles à l'aide médicale à mourir pour les personnes qui ont des problèmes de santé graves et irrémédiables, qui sont rationnelles et qui demandent de l'aide à mourir. Les diverses façons

possibles de retenir cet élément bientôt permmissible des soins médicaux nous préoccupent énormément.

Thomas Foreman, Joshua Landry et Michael Kekewich, éthiciens du Centre de bioéthique Champlain de l'Hôpital d'Ottawa, ont aussi présenté des arguments contre la création d'obstacles à l'aide médicale à mourir. Ils ont soutenu que parce qu'aucune autorisation préalable n'est requise pour ne pas administrer de traitements de maintien de la vie ou les retirer, il ne faudrait exiger aucune autorisation de cette nature dans le cas de l'aide médicale à mourir.

La plupart des organisations professionnelles et des organismes de réglementation de la médecine qui ont abordé la prise de décision ont aussi soutenu que la décision devrait être prise par les personnes et leurs médecins, et non pas par une entité externe. Par exemple, la D^{re} Francine Lemire, directrice générale du Collège des médecins de famille du Canada, a exprimé des réserves au sujet d'un mécanisme d'examen externe. Elle a déclaré au Comité qu'elle « préconiserait une approche qui nous permettrait de nous sentir plus que raisonnablement à l'aise de savoir que les fournisseurs auront pris toutes les mesures appropriées au cours du cheminement sans avoir besoin du tribunal ». Elle a posé en raisonnement qu'un groupe externe pourrait avoir un effet dépersonnalisant, tendre à « intervenir, avoir une incidence, ajouter des règles et des règlements à un cheminement qui fait partie d'un processus, un processus de vie ».

Au cours de la rencontre du Comité avec des organismes de réglementation de la médecine, y compris les ordres des médecins de presque chaque province et territoire, ainsi que leur organisation nationale, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), le concept de l'autorisation préalable a recueilli peu d'appuis. Le seul ordre qui a manifesté son appui a été celui de l'Île-du-Prince-Édouard, qui a affirmé qu'un tel groupe pourrait accélérer le traitement des demandes d'aide médicale à mourir en facilitant l'accès à toute évaluation nécessaire :

Ainsi, pour avoir accès à un système qui permet vraiment d'obtenir une consultation psychiatrique au lieu d'attendre six mois ou de consulter une travailleuse sociale lorsqu'on n'est pas sûr qu'il y a ou non influence indue, on ne réussirait même pas à recueillir l'information nécessaire à un médecin en particulier. Si le système est établi de telle façon que l'information est réunie, les renseignements médicaux proviennent des médecins, mais il faut souvent plus de renseignements sociaux auxquels un praticien seul n'aurait tout simplement pas accès.

Le Collège de la Saskatchewan a déclaré qu'un organe d'examen pourrait être bénéfique pour avoir accès « à la consultation rapide du psychiatre ou obtenir l'aide du travailleur social » lorsque l'aptitude d'une personne est remise en question. Un tel organisme offrirait aussi un recours aux personnes dont on a rejeté la demande d'aide médicale à mourir. Le Collège a insisté sur le fait que tout examen devrait avoir lieu après que l'on a accédé aux demandes et il a affirmé craindre que l'autorisation préalable n'entraîne une « dégradation de la relation médecin-patient » et dresse un obstacle à l'accès.

Le Collège du Nouveau-Brunswick a soutenu que l'autorisation préalable « est exactement ce qui a été jugé non constitutionnel dans l'affaire *Morgentaler*, soit l'obligation de passer devant un comité qui décide si un avortement peut être autorisé. Je ne vois pas la différence dans ce cas-ci. » Le Collège des médecins de famille du Canada a aussi comparé le concept de l'autorisation préalable à l'ancien régime

d'avortement contesté dans l'affaire *Morgentaler*, tout comme l'a fait l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité. L'Association a soutenu que tout mécanisme d'autorisation préalable prolongerait de façon déraisonnable le processus de prise d'une décision qui a un effet « sur un seul patient à un moment très particulier de sa vie ». L'Ordre de l'Ontario a aussi rejeté l'autorisation préalable, tout comme l'a fait celui du Manitoba, en signalant que chacun de ces processus serait vraisemblablement intimidant et lourd par rapport aux conversations de fin de vie que les individus devraient avoir avec leurs médecins.

Le D^r Douglas Grant, président du FOMC et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a déclaré que même si son ordre appuie l'examen rétrospectif, il n'est pas en faveur de la surveillance prospective. Il a déclaré d'abord que l'autorisation préalable entraverait l'accès et a soutenu ensuite que les capacités des médecins de prendre des décisions sur l'aptitude de la personne et la pertinence du traitement constituaient « l'assise complète de la décision *Carter*. » Il a affirmé craindre vraiment que la mise en œuvre d'un processus prospectif ne puisse miner la confiance dans la capacité des médecins de prendre ces décisions et « ne gruge la trame même [de ce qu'il considère comme] l'essence de la médecine ».

Des membres d'autres professions de la santé se sont aussi fait entendre sur ce sujet. L'Association des pharmaciens du Canada est d'avis que l'autorisation préalable par un juge ou un tribunal ne serait pas nécessaire pour protéger les intérêts de ses membres, préconisant plutôt la délimitation claire de la responsabilité des pharmaciens.

Chapitre 11. La participation et la conformité

Ce ne sont pas tous les médecins qui seront disposés ou aptes à pratiquer l'aide à mourir. Ceux qui sont disposés à le faire pourraient avoir besoin d'une formation adéquate. Il faut aux médecins des protections claires les assurant que leur participation ou leur refus de participer à l'aide à mourir n'aura pas de conséquences professionnelles. En outre, tous les fournisseurs de soins de santé qui choisissent de participer à l'aide médicale à mourir en conformité avec l'arrêt *Carter* et qui le font de bonne foi devront avoir l'assurance qu'ils ne feront pas l'objet de poursuites criminelles. Cette section expose ces considérations et passe en revue les principaux points que le Comité a entendus pendant ses consultations.

A. La protection de la liberté de conscience

1. L'objection de conscience des médecins

L'alinéa 2a) de la *Charte canadienne des droits et libertés* garantit la liberté fondamentale de conscience et de religion. Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a confirmé que les médecins ne peuvent pas être obligés d'accéder à la demande d'une personne qui cherche à obtenir de l'aide à mourir. La Cour a conclu ce qui suit :

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. La déclaration ne fait qu'invalider la prohibition¹⁸².

Les consultations du Comité ont révélé que la profession médicale est divisée sur la question de l'aide médicale à mourir. Alors que certains médecins jugent que la prestation de l'aide à mourir est un impératif éthique si une personne ayant des problèmes de santé graves et irrémédiables désire mettre fin à ses souffrances intolérables, d'autres pensent que cela est fondamentalement incompatible avec le rôle des médecins dans la pratique de la médecine et leur engagement à cet égard. De nombreuses parties intéressées ont insisté sur le fait que le large éventail de valeurs cliniques, religieuses, éthiques et personnelles des médecins et d'autres professionnels de la santé (p. ex. les infirmiers et infirmières et les pharmaciens) en amènera certains à ne pas vouloir participer directement à la prestation de l'aide à mourir pour des raisons de conscience. Les médecins établissent des relations de confiance avec leurs patients. Par conséquent, certains médecins croient que le fait de permettre aux médecins de faciliter ou de provoquer le décès d'un patient pourrait miner cette confiance et affecter les perceptions du rôle des médecins dans le soin des individus et de leur engagement à les soigner, quels que soient leurs problèmes médicaux.

Un sujet connexe est le devoir des médecins d'aiguiller une personne vers un autre médecin ou

¹⁸² *Carter*, par. 132.

d'informer la personne des moyens à prendre pour obtenir des services d'aide à mourir. De nombreux groupes ont soutenu que les médecins devraient aiguiller les personnes qui demandent une aide à mourir vers d'autres médecins. À l'inverse, plusieurs autres ont affirmé que l'acte de fournir une recommandation ou de l'information équivaut à être complice et que, par conséquent, cette obligation ne devrait pas être imposée aux médecins. Dans un mémoire soumis au Comité, le D^r Michael Eleff, un psychiatre de l'Université du Manitoba, a déclaré :

Je ne considère pas qu'il convient d'obliger un médecin à renvoyer un patient demandant cette procédure à un collègue qui ne s'y oppose pas. [...] Un mécanisme de renvoi par l'entremise des collègues provinciaux, que l'on pourrait inviter à tenir un registre auquel les médecins s'inscriraient volontairement, serait moins troublant. En fin de compte, cela créerait un mécanisme d'auto-aiguillage.

Certains groupes, dont un réseau de médecins de la Colombie-Britannique, ont aussi proposé que les médecins soient seulement tenus de fournir de l'information, pour faire en sorte de ne pas limiter l'accès à l'aide médicale à mourir en raison d'objections de conscience.

La D^{re} Linda Ganzini, psychiatre et chercheuse en Oregon, a aussi suggéré que les psychiatres qui s'opposent à l'aide médicale à mourir ne soient pas autorisés à évaluer les personnes qui en font la demande, étant donné que leurs convictions morales pourraient influencer sur leur évaluation de l'admissibilité d'une personne.

Malgré la diversité des approches, les parties intéressées étaient toutes d'avis qu'il fallait respecter les droits à la liberté de conscience des médecins et des autres professionnels de la santé et que ceux qui choisissent de ne pas participer à l'aide à mourir ne devaient pas subir de conséquences préjudiciables. Plusieurs parties intéressées ont fait valoir que les droits à la liberté de conscience sont une mesure importante qui protège la profession médicale contre la coercition qui pourrait mener à la détresse morale et à l'épuisement professionnel. Il importe de faire remarquer que ce sont les collègues provinciaux et territoriaux de médecins et chirurgiens qui établissent des protocoles particuliers régissant l'objection de conscience.

L'Association médicale canadienne (AMC) a bien souligné qu'il ne fallait pas que les médecins qui choisissent de ne pas participer à l'aide médicale à mourir fassent l'objet de discrimination. Afin de réconcilier ces droits avec l'accès des patients à l'aide médicale à mourir, l'AMC a suggéré que l'on exige que les médecins fournissent aux patients des renseignements complets sur toutes les options qui sont à leur disposition, y compris l'aide médicale à mourir, et qu'ils leur indiquent comment accéder à « un service central distinct d'information, de counselling et de renvoi ». M. Larry Worthen, de la Christian Medical and Dental Society of Canada, a indiqué au Comité que son organisation avait fait une proposition semblable à l'AMC et il a ajouté que de nombreux médecins se sentiraient moins personnellement impliqués si un service d'auto-aiguillage était offert.

L'Association des pharmaciens du Canada a recommandé d'établir un mécanisme qui permettrait aux pharmaciens opposés à l'aide médicale à mourir de référer une personne à un collègue. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIRC) a fait une suggestion similaire et a insisté sur la nécessité d'éviter d'abandonner des personnes advenant une objection de conscience. Selon le code d'éthique de

l'AIC, les infirmières et infirmiers qui ont une objection de conscience doivent continuer de prodiguer des soins pendant que d'autres dispositions sont prises. L'AIC a en outre précisé qu'advenant une objection, il est essentiel que l'individu reçoive de l'information sur les moyens à prendre pour poursuivre sa démarche en vue d'accéder à l'aide médicale à mourir.

De nombreux groupes ont suggéré d'assurer une solide protection aux personnes qui refusent d'appuyer l'aide médicale à mourir ou d'y participer. Par exemple, M. Sean Murphy, du Protection of Conscience Project, a suggéré que des procédures soient établies pour veiller à ce que les médecins ne soient pas obligés de participer à l'aide médicale à mourir dans des situations d'urgence. Il a aussi proposé qu'un médecin qui accepte d'aider une personne à mettre fin à ses jours en lui prescrivant une dose létale de médicament qu'elle pourra s'auto-administrer soit également prêt à injecter le médicament létal à cette personne si jamais il y a des complications, afin qu'un collègue qui pourrait avoir une objection de conscience ne soit pas obligé de le faire.

Les organismes de réglementation des professions médicales ont exprimé un éventail de points de vue sur cette question. Le Collège des médecins du Québec a décrit le processus figurant dans la législation provinciale du Québec, la *Loi concernant les soins de fin de vie*. La Loi exige qu'un médecin ayant une objection de conscience assure la continuité des soins à la personne. En outre, un médecin qui a une objection doit acheminer la demande d'aide à mourir au directeur général pertinent, à qui il incombe alors de trouver un médecin disposé à traiter la demande¹⁸³.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a soutenu que les médecins qui refusent d'accéder à une demande d'aide médicale à mourir ont l'obligation de faire une recommandation efficace, ce qu'il définit comme un renvoi fait de bonne foi à un médecin, un autre professionnel de la santé ou un organisme disponible et accessible qui n'a pas d'objection de conscience. L'Ordre a fait remarquer que les milieux médicaux ont l'obligation d'assurer l'accès à cette aide et que l'objection de conscience ne devrait pas créer d'obstacles. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a suggéré qu'un médecin qui s'oppose à une procédure soit obligé de fournir à la personne de l'information appropriée concernant un organisme auquel elle peut s'adresser pour obtenir des conseils. Le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba a convenu que les médecins qui ont une objection de conscience ne devraient pas être tenus de référer un patient à un autre professionnel de la santé, mais qu'ils devraient avoir l'obligation de lui assurer un accès rapide à une autre personne ou ressource qui lui fournira des renseignements précis sur l'aide médicale à mourir.

La D^{re} Monica Branigan, de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, a souligné à quel point un processus d'accès parallèle distinct pourrait être précieux pour les médecins et établissements de soins palliatifs. Elle a fait remarquer qu'un système distinct, en plus de répondre aux besoins des professionnels ayant une objection de conscience, ferait ressortir la différence entre l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs. Elle a insisté sur le fait que les liens entre l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs devraient être évités pour les raisons suivantes :

Les fournisseurs de soins palliatifs ont passé des décennies à essayer de réduire la crainte entourant les soins palliatifs. De nombreuses personnes assimilent les soins palliatifs à la mort et

¹⁸³ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q. c. S032.0001, art. 30.

craignent que nos médicaments et nos soins raccourcissent leur vie. Nous devons rassurer nos patients, leur affirmer que les médicaments contre la douleur que nous prescrivons ne leur nuiront pas. En assimilant la mort provoquée aux soins palliatifs, nous allons détruire le dur travail que nous avons fait pour aider les patients et les familles à accepter notre aide en fin de vie.

La Ligue catholique des droits de l'homme (CCRL) a indiqué que même l'aiguillage en vue de permettre à une personne d'accéder à une aide médicale à mourir est considéré comme inacceptable par certains professionnels de la santé. La Ligue a ajouté qu'en exigeant que les médecins et les étudiants en médecine participent à l'aiguillage et aux systèmes de formation en matière d'aide médicale à mourir, on pourrait causer l'« érosion morale » de la profession médicale. Par contre, le D^r Kevin Imrie, du Collège royal des médecins et chirurgiens, a indiqué que les médecins, qu'ils aient ou non une objection de conscience, ont la responsabilité professionnelle de se renseigner sur l'aide médicale à mourir afin de pouvoir donner aux personnes des renseignements pertinents et exacts.

Le D^r John Soles, président de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), a soulevé d'importantes questions concernant les collectivités rurales et éloignées. Puisque le nombre de médecins dans ces régions est limité, il se demandait s'il était raisonnable d'exiger que des personnes se déplacent sur de grandes distances pour se renseigner sur ces services et les recevoir, et s'il était raisonnable d'exiger que les médecins parcourent de grandes distances pour fournir ces services. Étant donné les problèmes uniques que connaîtront les collectivités rurales, les questions soulevées par le D^r Soles devront être prises en compte lors de l'établissement du cadre canadien d'aide médicale à mourir. Il a demandé :

(...) si personne dans la collectivité ne veut participer à ce processus, que fera-t-on? Est-ce qu'on fera venir quelqu'un pour discuter avec le patient? Est-ce qu'on enverra un patient vraisemblablement malade [...] à quelque endroit éloigné pour qu'il obtienne cette consultation?

Le Conseil Unitarien du Canada partageait ces préoccupations concernant les problèmes d'accès que pourraient créer les médecins de collectivités éloignées qui choisissent de ne pas participer à l'aide médicale à mourir à cause d'une objection de conscience. Le Conseil a proposé de créer une plateforme Web permettant aux médecins de voir et d'évaluer les personnes comme moyen d'atténuer les difficultés que pose l'accès dans les collectivités éloignées.

2. L'objection institutionnelle

Des groupes ont donné à entendre que les établissements dans leur ensemble devraient être autorisés à refuser de fournir des services d'aide médicale à mourir en se fondant sur l'objection de conscience. La Coalition pour la prévention de l'euthanasie a insisté sur le fait que certains établissements de soins de santé, notamment les maisons de soins palliatifs, les établissements de soins de longue durée et les organisations confessionnelles, devraient être des « lieux sûrs » et des « lieux de confiance » où les personnes et leurs familles peuvent être certaines que l'aide médicale à mourir ne sera pas proposée comme option. M. Michael Kekewich, un conseiller en éthique à l'Hôpital d'Ottawa, était du même avis, indiquant que les maisons de soins palliatifs pourraient ne pas vouloir participer à l'aide médicale à

mourir parce que cela pourrait créer de la confusion concernant les rôles de ces maisons ou des soins palliatifs. M. Michael Shae, de l'Alliance catholique canadienne de la santé, a indiqué que, puisque l'aide médicale à mourir va directement à l'encontre des valeurs et des missions institutionnelles des organisations catholiques de la santé, bon nombre d'entre elles n'y participeront pas sous quelque forme que ce soit.

La British Columbia Civil Liberties Association a pour sa part fait valoir que les cliniques et hôpitaux publics sont tellement intégrés dans le système de santé qu'on ne devrait pas leur permettre d'invoquer l'objection de conscience pour refuser d'offrir l'aide médicale à mourir. Dying With Dignity Canada a fait une observation semblable, à savoir que les objections institutionnelles pourraient gravement limiter l'accès à l'aide médicale à mourir, notamment pour les personnes qui habitent dans des régions où les établissements de soins de santé sont peu nombreux.

M. Jean-Pierre Ménard, président du comité québécois de juristes experts chargé de recommander des options législatives pour la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Québec, a signalé un problème qui s'est présenté par suite d'objections institutionnelles. L'article 8 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*¹⁸⁴ du Québec stipule que « tout établissement doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie¹⁸⁴ » qui comprend l'aide médicale à mourir. L'article 65 de la Loi permet aux établissements de soins palliatifs de se soustraire à cette exigence s'ils offrent uniquement des soins palliatifs¹⁸⁵.

M. Ménard a fait remarquer qu'en raison de cette exception, toutes les maisons de soins palliatifs au Québec ont déclaré qu'elles n'offriraient pas l'aide médicale à mourir. Il a donné à entendre que ceci pose un problème parce qu'il s'agit d'établissements publics et qu'ils ne devraient pas être autorisés à invoquer l'objection de conscience. Depuis, un établissement de soins palliatifs au Québec, la Maison Aube-Lumière, a publiquement déclaré qu'il offrira de tels services¹⁸⁶.

Les États de l'Oregon¹⁸⁷ et de Washington¹⁸⁸ permettent l'objection institutionnelle. Les lois de ces deux États autorisent les établissements à interdire à un fournisseur de soins de santé (un professionnel de la santé ou une entité au sein de l'établissement, comme une pharmacie ou une clinique) de fournir des médicaments dans le but de mettre fin aux jours d'une personne dans les locaux de l'établissement. Le Vermont permet aussi aux établissements de soins de santé d'interdire à un médecin de rédiger une ordonnance pour un individu résidant dans l'établissement qui a l'intention d'utiliser le médicament dans les locaux de l'établissement¹⁸⁹.

¹⁸⁴ *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q. c. S032.0001, art. 8.

¹⁸⁵ *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q. c. S032.0001, art. 65.

¹⁸⁶ Anne-Marie Yvon, « Une première maison de soins palliatifs offrira l'aide médicale à mourir », *Radio-Canada International*, 3 novembre 2015, <http://www.rcinet.ca/fr/2015/11/03/canada-une-premiere-maison-de-soins-palliatifs-offrira-laide-medicale-a-mourir/>.

¹⁸⁷ *Oregon Death with Dignity Act*, O.R.S. c. 127.885, § 4.01(5)(a).

¹⁸⁸ *Washington Death with Dignity Act*, R.C.W. c. 70.245, § 70.245.190(2)(a).

¹⁸⁹ *Patient Choice at End of Life*, Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, § 5286.

B. Formation et autorisation

Les deux principaux organismes responsables de l'établissement de normes sur la formation des médecins au Canada sont le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le Collège des médecins de famille est responsable des normes de formation des médecins de famille, et le Collège royal, des normes visant les spécialistes.

1. La formation

Après avoir discuté avec le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association médicale canadienne (AMC) a accepté de jouer le rôle de premier plan dans l'établissement de matériel de formation pour enseigner aux médecins la procédure à suivre pour la prestation d'aide médicale à mourir. Selon l'Association, les médecins généralistes pourraient pratiquer l'aide médicale à mourir puisqu'ils possèdent déjà les compétences de base requises, bien qu'une formation supplémentaire puisse être nécessaire. L'AMC n'adopte toutefois pas la position selon laquelle un agrément particulier est nécessaire.

L'AMC a fait remarquer qu'il faudrait que les médecins choisissent de suivre la formation sur l'aide médicale à mourir et qu'une formation et un suivi continus, comme dans le modèle hollandais, s'y ajoutent. La formation ne porterait pas seulement sur les aspects techniques de l'aide médicale à mourir, mais aussi sur les questions de consentement.

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a indiqué les compétences dont il prévoit assurer le développement. Il a fait remarquer plus particulièrement que de nombreuses personnes voulant obtenir de l'aide à mourir soulèvent des préoccupations relatives à la perte de dignité. Le CMFC a dit qu'il veillerait à ce que les médecins de famille discutent des options visant à accroître la dignité au moyen de mesures de soutien appropriées. Il a dit devoir demeurer conscient de l'étendue de sa responsabilité en matière de prestation de soins à un patient. Le CMFC s'est aussi engagé à veiller à ce que

la formation permettant aux médecins d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour tous les aspects de ce rôle clinique – la communication, l'évaluation du patient qui fait la demande, la prise de décision partagée lorsque cela convient, l'établissement des ordonnances et le soutien pour les membres de la famille, parmi bien d'autres – est donnée et renforcée lors de la formation en résidence et du perfectionnement professionnel continu.

Le CMFC a indiqué que, bien qu'il soit d'avis que des discussions concernant l'aide médicale à mourir doivent faire partie du programme d'études de base en résidence pour les médecins de famille, il n'a pas encore déterminé si l'administration de l'aide médicale à mourir fera partie du programme de base.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a informé le Comité qu'il appuie la position de l'AMC, en l'occurrence qu'une certaine formation supplémentaire est nécessaire, de même qu'une attestation quelconque de l'achèvement de cette formation. En outre, il a indiqué qu'il faudrait que cette formation soit mise au point en consultation avec l'AMC et le CMFC pour veiller à ce que la formation pour les médecins de famille et les spécialistes soit uniforme.

2. L'autorisation

Certains intervenants dans l'arrêt *Carter* ont fait valoir que seuls les médecins détenant un permis d'exercice fédéral créé en vertu du *Code criminel* devraient être autorisés à pratiquer l'aide médicale à mourir. Parmi ces groupes, l'Association for Reformed Political Action (ARPA) a fait valoir ce qui suit :

Il faudrait que les médecins détiennent une autorisation pour que l'on puisse être assurés qu'ils connaissent la législation, qu'ils sont au courant de toutes les options disponibles, dont les options de soins palliatifs, qu'ils connaissent la procédure appropriée pour s'assurer du consentement de la personne, pour faire en sorte que l'ensemble du processus soit enregistré convenablement aux fins de la vérification ultérieure du consentement, et ainsi de suite.

L'ARPA n'a pas formulé d'hypothèse concernant les interactions possibles entre l'autorisation fédérale d'exercer l'aide médicale à mourir et le cadre existant des compétences qui prévoit que les provinces et territoires sont responsables de l'octroi des permis d'exercice aux professionnels, y compris aux médecins.

Le Collectif des médecins contre l'euthanasie a aussi recommandé la délivrance d'un permis pour l'aide à mourir, comparant la procédure à l'autorisation de prescrire la méthadone et la marijuana à des fins médicales. Afin de pouvoir prescrire la méthadone, les médecins doivent obtenir une exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, et dans bien des cas, doivent bénéficier du soutien de leur organisme de réglementation professionnelle¹⁹⁰. L'Alliance catholique canadienne de la santé et l'Alliance évangélique du Canada ont aussi recommandé la délivrance d'un permis d'exercice fédéral. La Christian Medical and Dental Society du Canada a recommandé la délivrance de permis d'exercice, mais n'a pas précisé quel ordre de gouvernement devrait assumer cette responsabilité.

C. Les violations et les sanctions

Presque tous les particuliers et les groupes qui ont comparu devant le Comité ont réitéré la nécessité, indiquée dans l'arrêt *Carter*, d'établir un système de mesures de sauvegarde conçues pour protéger les personnes vulnérables. Comme il est indiqué dans les sections précédentes de ce rapport, bon nombre de ces particuliers et groupes ont suggéré des mesures de sauvegarde particulières, mais peu ont indiqué quelles sanctions, le cas échéant, devraient être imposées lorsque ces mesures ne sont pas respectées.

Assurer la conformité au moyen de garanties procédurales est en soi une mesure de sauvegarde importante. Ces mesures pourraient être sans valeur si la conformité n'est pas assurée. La plupart des obligations en matière de conformité reposeront sur les médecins, et le Comité reconnaît que des mesures doivent également être prises pour protéger les médecins qui se conforment à la loi. Nous traitons de ces mesures de protection dans la section suivante.

¹⁹⁰ Santé Canada, [Traitement d'entretien à la méthadone](#).

Il est important aussi de faire la distinction entre les infractions criminelles et les sanctions pénales, d'une part, et la discipline professionnelle, d'autre part. On a indiqué au Comité, en Belgique en particulier ainsi qu'aux Pays-Bas et en Oregon, que les cas mineurs de non-conformité avec la réglementation ne justifient probablement pas l'imposition de sanctions pénales. La Belgique, les Pays-Bas et l'Oregon ont tous les trois mis en place des mécanismes de surveillance et de contrôle, mais jamais, jusqu'à très récemment en Belgique, un cas n'avait été renvoyé à un service de poursuites. S'il en est ainsi, ce n'est pas parce que l'aide à mourir a été pratiquée dans tous les cas de façon conforme aux règlements, mais plutôt parce que les organismes de réglementation des professions se sont occupés des cas mineurs de non-conformité. La Christian Medical and Dental Society of Canada a proposé que les cas de faute professionnelle mènent à la révocation du permis d'exercice et que les médecins soient tenus criminellement responsables du défaut de se conformer aux mesures de sauvegarde procédurales.

En Oregon, le D^r Peter Reagan, médecin et membre du conseil d'administration de Compassion and Choices, s'est adressé au Comité. Il a décrit quelques exemples de non-conformité mineure, comme ne pas avoir attendu 14 jours pour administrer l'aide à mourir, et des divergences entre la date de signature d'un témoin et la date de signature de la personne ayant reçu l'aide à mourir. Ces exemples n'aboutiraient pas à des accusations criminelles, mais seraient plutôt renvoyés au Board of Medical Examiners, l'organisme de réglementation des professionnels de la médecine de l'Oregon. Lors d'une téléconférence subséquente, Katrina Hedberg, épidémiologiste de l'État d'Oregon, a exprimé des avis semblables au Comité.

Les reportages dans les médias laissent entendre qu'un cas en Belgique a donné lieu à des poursuites pour des raisons plus graves qu'une simple irrégularité administrative mineure. Dans ce cas, le médecin a aidé à mourir une femme de 85 ans qui, semble-t-il, ne répondait pas aux critères d'admissibilité¹⁹¹. La femme vivait un deuil pénible à la suite du décès de sa fille survenu trois mois plus tôt.

Le Comité a rencontré deux avocats ayant chacun préparé une loi type en réponse à l'arrêt *Carter*. Bien que les deux soient considérablement différents en ce qui concerne les mesures de sauvegarde procédurales, elles comportent des infractions et sanctions semblables pour défaut de se conformer aux mesures. La professeure Jocelyn Downie a dit au Comité qu'elle avait publié son projet de loi type peu de temps après l'arrêt *Carter* pour démontrer comment cette décision pourrait être mise en œuvre facilement et de manière efficiente. Cette loi type créerait des infractions pour défaut de se conformer aux garanties procédurales. La loi type rédigée par David Baker reprenait un grand nombre de ces mêmes suggestions pour des infractions connexes.

Dans sa loi, la professeure Downie a créé plusieurs infractions, dont les suivantes :

- 1) Quiconque falsifie ou contrefait délibérément une [demande écrite d'aide médicale à mourir]... dans l'intention ou avec l'effet de causer le décès d'une personne commet une infraction aux termes du présent paragraphe et est passible, sur déclaration de culpabilité, d'un emprisonnement maximal de vingt-cinq ans.

¹⁹¹ Graeme Hamilton, « [Doctor could face charges for role in euthanasia](#) », *Saskatoon Star Phoenix*, 29 octobre 2015.

- 2) Une personne agissant en qualité de témoin qui inscrit délibérément son nom sur une déclaration qu'il sait être fausse commet une infraction aux termes du présent paragraphe et est passible, sur déclaration de culpabilité, d'un emprisonnement maximal de cinq ans.
- 3) Quiconque cache ou détruit délibérément une [demande écrite d'aide médicale à mourir ou une révocation d'une telle demande]... commet une infraction aux termes du présent paragraphe et est passible, sur déclaration de culpabilité, d'un emprisonnement maximal de cinq ans.
- 4) Un médecin aidant ou un médecin-conseil qui intervient dans les soins d'un patient et qui, de quelque façon que ce soit, aide le patient à mourir ou donne un avis concernant le patient, ou qui agit à titre de témoin, s'il a des motifs de croire que le décès du patient pourrait lui procurer un avantage pécuniaire ou autre, commet une infraction aux termes du présent paragraphe et est passible, sur déclaration de culpabilité, d'un emprisonnement maximal de cinq ans.

On retrouvait des versions légèrement différentes des infractions 2 à 4 dans le projet de loi S-225, un projet de loi d'intérêt public émanant du Sénat déposé en 2014¹⁹². David Baker inclut toutes les infractions qui précèdent dans sa loi. Il pourrait être important de noter que l'on trouve les notions de connaissance et d'intention dans toutes ces infractions. Les termes comme « délibérément » ou « croire » indiquent qu'il s'agit d'actes intentionnels plutôt que d'erreurs ou d'omissions, éléments que l'on retrouve dans bien d'autres infractions criminelles.

David Baker ajoute l'infraction suivante, qui figure sous une forme semblable dans les lois des États de l'Oregon et de Washington :

Quiconque encourage ou contraint un patient à choisir le suicide assisté, ou exerce sur lui une influence indue pour qu'il choisisse le suicide assisté, commet une infraction aux termes du présent paragraphe et encourt, en cas de condamnation, un emprisonnement maximal de vingt-cinq ans.

Cette infraction, bien qu'elle ne soit pas directement liée aux mesures de sauvegarde procédurales, pourrait aussi servir de mesure décourageant la coercition. Elle est semblable à celle de l'alinéa 241a) du *Code criminel*, qui prohibe de conseiller à une personne de se donner la mort, bien que la peine d'emprisonnement maximale de 25 ans soit considérablement plus longue que celle de 14 ans prévue à l'alinéa 241a).

¹⁹² Projet de loi S-225, [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 41^e législature, 2^e session, Canada, 2015.

D. Des protections pour se conformer de bonne foi à la loi

Dans tous les États américains qui ont adopté des lois réglementant l'aide à mourir, on trouve des protections pour les médecins qui s'y conforment de bonne foi. L'Oregon a adopté la disposition suivante :

Personne ne sera passible de poursuites civiles ou pénales ou de mesures disciplinaires professionnelles pour s'être conformé de bonne foi [à cette Loi]¹⁹³.

L'État de Washington et la Californie ont adopté des dispositions semblables. Le Vermont a adopté la disposition suivante qui assure une protection aux médecins seulement :

Un médecin qui a posé des gestes en vue de se conformer de bonne foi [...] est à l'abri de toute responsabilité civile ou criminelle ou de mesures disciplinaires professionnelles¹⁹⁴.

D'aucuns s'opposent à de telles mesures de protection. Marilyn Golden, une analyste principale des politiques pour le Disability Rights Education and Defence Fund, a déclaré au Comité qu'elle considérait la disposition de la loi de l'Oregon déplorable, affirmant qu'elle protège déraisonnablement les médecins :

Cette disposition légalise la négligence des médecins parce qu'elle dit qu'aucun médecin ne sera poursuivi en responsabilité, que ce soit au criminel ou au civil, s'il agit de bonne foi, ce qui est pratiquement impossible à réfuter. Dans le modèle de l'Oregon, cela rend inapplicables toutes les autres règles sur le suicide assisté. Ce qui est peut-être plus grave encore, les médecins sont responsables de tous les autres gestes qu'ils posent, du moins aux États-Unis, s'ils ont fait preuve de négligence. Mais dans le cas du suicide assisté, même s'ils sont négligents, on ne peut pas reconnaître les praticiens coupables d'avoir violé la loi pourvu qu'ils pratiquent prétendument de bonne foi. Il s'agit d'un gros problème.

Anna MacQuarrie, directrice des Initiatives mondiales, politique et droits de la personne à Inclusion International, a exprimé des craintes semblables.

Les protections de ce genre ne sont pas sans précédent en droit canadien. Par exemple, ce qui suit est une disposition du *Code criminel* protégeant les fournisseurs de soins de santé qui doivent exécuter des mandats de prélever un échantillon de sang :

Il ne peut être intenté aucune procédure civile ou criminelle contre un médecin qualifié qui prélève ou fait prélever un échantillon de sang [...], ni contre le technicien qualifié agissant sous sa direction pour tout geste nécessaire au prélèvement posé avec des soins et une habileté raisonnables¹⁹⁵.

¹⁹³ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. c. 127.885, § 4.01(1).

¹⁹⁴ [Patient Choice at End of Life](#), Sec. 1, 18 V.S.A. c. 113, §5290.

¹⁹⁵ [Code criminel](#), L.R.C. 1985, c. C-46, par. 257(2).

Puisque l'aide médicale à mourir est une dérogation à la prohibition du suicide assisté qu'on trouve dans le *Code criminel*, un médecin qui ne se conforme pas aux exigences de celle-ci pourrait faire l'objet d'une accusation de suicide assisté et être passible de la peine maximale de 14 ans d'emprisonnement y afférente. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a soulevé la question de savoir si les médecins seront protégés advenant « des différences légitimes de point de vue quant à la mesure dans laquelle un patient satisfait ou non à certains des critères établis dans l'arrêt *Carter* ». Le Collège a fait valoir que les médecins doivent avoir l'assurance qu'ils ne feront pas l'objet d'accusations criminelles s'ils se conforment aux exigences et croient de bonne foi que leur patient répondait aux critères.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario appuyait la position du Collège de la Saskatchewan, comme l'avait fait celui du Manitoba, qui a mentionné que les médecins méritent de se sentir à l'aise avec les procédures qu'ils pratiquent et que ce serait mauvais pour le public si ce n'était pas le cas. Le Dr Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a déclaré que les protections pour les médecins qui agissent de bonne foi sont « vraiment nécessaires ».

La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) a recommandé qu'on établisse une exemption claire qui autorise explicitement les médecins et les infirmières et infirmiers à discuter de l'aide médicale à mourir avec les patients. Cette préoccupation a été soulevée en raison de l'alinéa 241a) non modifié du *Code criminel* qui prohibe de conseiller à une personne de se donner la mort. La SPIIC a fait remarquer que des discussions sur l'aide médicale à mourir peuvent avoir lieu pendant la prestation de soins à une personne et qu'il devrait être approprié pour un professionnel de la santé de participer à de telles discussions, que la personne réponde ou non aux critères d'admissibilité.

Si l'on adoptait une disposition protégeant les personnes qui se conforment de bonne foi à la loi, elle pourrait néanmoins être accompagnée d'autres dispositions qui prohibent la non-conformité délibérée ou les comportements criminels. Par exemple, bien que la loi de l'Oregon protège les professionnels de la santé qui s'y conforment de bonne foi, elle crée aussi des infractions liées à la coercition ainsi qu'à la modification ou à la contrefaçon des demandes d'aide à mourir, envisage « des dommages civils découlant d'autres actes de négligence ou d'inconduite délibérée de toute personne » et « n'exclut pas des sanctions pénales applicables en vertu d'autres lois pour des conduites incompatibles avec les dispositions » de la loi¹⁹⁶.

Comme c'est le cas pour plusieurs autres sujets abordés dans ce chapitre, si des protections sont créées pour les médecins, il pourrait être important d'examiner s'il y aurait lieu d'en étendre l'application à d'autres professionnels de la santé qui pourraient participer directement ou indirectement à la prestation de l'aide à mourir.

¹⁹⁶ [Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. c. 127.885, § 4.02.

E. Les préoccupations des fournisseurs concernant les infractions criminelles non abordées dans l'arrêt *Carter*

Afin de protéger adéquatement les médecins qui sont disposés à exercer l'aide médicale à mourir et d'autres fournisseurs de soins de santé qui pourraient participer à la procédure, l'examen d'autres articles du *Code criminel* dont il n'a pas été question dans l'arrêt *Carter* pourrait être justifié, notamment l'article qui prohibe de conseiller à une personne de se donner la mort et celui qui prohibe d'administrer une substance destructive ou délétère.

1. La prohibition de conseiller à une personne de se donner la mort

Une grande partie de l'arrêt *Carter* était axée sur l'alinéa 241*b*) du *Code criminel*, qui prohibe d'aider ou d'encourager quelqu'un à se donner la mort. L'alinéa 241*a*), qui prohibe de conseiller à une personne de se donner la mort et qui, comme l'alinéa 241*b*), prévoit une peine d'emprisonnement maximale de 14 ans, a reçu bien moins d'attention. En fait, dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a jugé que « l'alinéa 241*a*) du *Code criminel* ne contribue en rien à la prohibition du suicide assisté »¹⁹⁷.

Bien que l'alinéa 241*a*) ne soit pas aussi directement pertinent que l'alinéa 241*b*), la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a indiqué au Comité que l'alinéa 241*a*) la préoccupait fortement dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Les infirmières et infirmiers sont souvent les prestataires de soins de santé qui ont les contacts les plus directs avec les patients et qui peuvent rester au chevet de personnes angoissées jusque tard dans la nuit pour discuter de leurs options en matière de traitement. La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a fait valoir que si quelqu'un voulait aborder l'option de l'aide à mourir avec un infirmier ou une infirmière pendant une de ces discussions, cela ne devrait pas mener à des accusations criminelles contre celui-ci ou celle-ci.

La Cour suprême du Canada a statué dans d'autres contextes que « conseiller » est « le fait d'encourager délibérément ou d'inciter activement la perpétration d'une infraction criminelle¹⁹⁸ ». Bien que cette utilisation du terme « conseiller » puisse différer de son utilisation dans le contexte thérapeutique, la confusion pourrait persister chez les fournisseurs de soins de santé. La Ligue catholique des droits de l'homme a fortement recommandé que ces dispositions soient maintenues. Toutefois, la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a reconnu explicitement que l'alinéa 241*a*) ne tient pas compte des interactions thérapeutiques. Elle a soutenu qu'il pourrait avoir un effet paralysant, en amenant le personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé à éviter ces discussions de peur de faire l'objet de poursuites au criminel.

Les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé font beaucoup de counselling dans le cadre de leurs relations thérapeutiques avec les patients. Ils doivent avoir la certitude qu'ils peuvent discuter de tout traitement légal qu'un patient choisit d'envisager. Il pourrait donc être important d'examiner si des changements législatifs sont nécessaires pour protéger cet aspect des soins, tout en protégeant les personnes qui pourraient être vulnérables à la coercition ou à une influence indue.

¹⁹⁷ *Carter*, par. 20.

¹⁹⁸ *R. c. Hamilton*, 2005 CSC 47, par. 29.

2. L'administration d'une substance destructrice ou délétère

Des particuliers et des groupes ont également exprimé des préoccupations à l'égard de l'article 245 :

245. Quiconque administre ou fait administrer à une personne, ou fait en sorte qu'une personne prenne, un poison ou une autre substance destructive ou délétère, est coupable d'un acte criminel et passible :

- a) D'un emprisonnement maximal de quatorze ans, s'il a l'intention, par là, de mettre la vie de cette personne en danger ou de lui causer des lésions corporelles;
- b) D'un emprisonnement maximal de deux ans, s'il a l'intention, par là, d'affliger ou de tourmenter cette personne.

Cet article n'a pas été abordé dans l'arrêt *Carter*, mais la Ligue catholique des droits de l'homme l'a mentionné comme source possible de préoccupation. Cet article a déjà été appliqué dans le contexte médical. En 1992, un infirmier a administré une dose fatale d'une substance à un homme de 78 ans maintenu en vie artificiellement afin d'atténuer les souffrances de celui-ci. L'infirmier a été accusé d'homicide involontaire coupable, mais a plaidé coupable à une infraction moindre d'administration d'une substance délétère¹⁹⁹. En 1993, un médecin qui a commis un acte semblable à l'égard d'une femme mourante de 70 ans a été accusé de meurtre au deuxième degré et a aussi plaidé coupable d'avoir administré une substance délétère²⁰⁰. Il pourrait donc être important de déterminer si des changements législatifs sont nécessaires pour protéger de poursuites en vertu de l'article 245 les médecins qui pratiquent l'aide à mourir.

¹⁹⁹ *R. c. Mataya*, jugement non publié, mais abordé dans l'affaire [R. v. Latimer \(1995\)](#), 134 Sask. R. 1.

²⁰⁰ *R. c. de la Rocha*, jugement non publié, mais abordé dans l'affaire [R. v. Latimer \(1995\)](#), 134 Sask. R. 1.

Chapitre 12. La surveillance du système

Pratiquement tous les groupes et particuliers qu'a rencontré le Comité sont d'avis qu'une surveillance adéquate de l'aide médicale à mourir s'impose. Les groupes de défense d'intérêts, les organismes de réglementation de la profession médicale, les intervenants favorables à l'aide médicale à mourir et ceux qui y sont opposés ont tous reconnu que des mécanismes de surveillance doivent être mis en place pour faire en sorte que l'aide médicale à mourir soit pratiquée de manière transparente, sûre et respectueuse. Selon Dying With Dignity Canada, « chaque cas d'aide médicale à mourir doit être déclaré ». De plus, chaque cas devrait être évalué après le décès. Le groupe a également demandé une évaluation systémique : « Il s'agit d'une question d'intérêt public. Nous devons savoir ce qui se passe. »

A. Un organisme de surveillance

La mise en place, l'administration et la surveillance de l'aide médicale à mourir, qui touchent au droit criminel et à la prestation de soins de santé, constituent un défi unique pour le système fédéral canadien. Le droit criminel relève du gouvernement fédéral, mais, comme l'a relevé la Cour suprême dans l'affaire *Carter*, la santé relève à la fois du gouvernement fédéral et des provinces. La prestation des soins de santé est de compétence provinciale. Le gouvernement fédéral et les provinces et territoires devront collaborer pour assurer la mise en œuvre et la surveillance adéquates d'un cadre régissant l'aide médicale à mourir.

1. Les modèles existants

De nombreuses administrations autorisant l'aide médicale à mourir ont mis en place des mécanismes de surveillance officiels. Dans trois d'entre elles, des organismes indépendants assurent la surveillance de l'aide médicale à mourir. Les Pays-Bas ont mis en place cinq comités régionaux d'évaluation de l'euthanasie, la Belgique a créé la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de l'euthanasie et le Québec dispose de la Commission sur les soins de fin de vie. Les États américains qui ont légalisé l'aide médicale à mourir ont donné comme mandat à leur ministère de la santé de rassembler des données sur le sujet.

Aux Pays-Bas et en Belgique, la loi stipule la composition des organismes qui évaluent les données. Aux Pays-Bas, les comités doivent être formés comme suit :

Un comité est composé d'un nombre impair de membres, y compris, indépendamment du nombre, un spécialiste des questions légales, qui fait également office de président, un médecin et un expert des questions éthiques ou philosophiques. Il compte également un membre remplaçant dans chacune des catégories énumérées à la première phrase²⁰¹.

²⁰¹ *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, art. 2, C. pen., art. 3(2).

Les comités d'évaluation des Pays-Bas publient un code de pratique qui, selon Johan Legemaate, avocat et chercheur, résume l'ensemble des milliers de verdicts rendus par les comités depuis les douze ou treize dernières années et des principaux éléments qu'ils ont pris en compte pour déterminer le caractère légal de l'aide médicale à mourir. Une évaluation complète du fonctionnement de la loi a lieu tous les cinq ans. Selon certains des commentaires reçus par le Comité, ces comités pratiquent une surveillance juste et impartiale. Toutefois, certaines personnes ont exprimé leurs inquiétudes quant au fait que les comités n'ont toujours pas, à ce jour, saisi les tribunaux d'un cas.

En Belgique, la commission doit être composée de 16 membres, dont huit médecins, quatre avocats et quatre membres du secteur des soins de fin de vie. Comme l'a indiqué le sénateur belge Jean-Jacques De Gucht, la commission doit remettre tous les deux ans à l'Assemblée législative du pays un rapport contenant des renseignements statistiques sur l'aide médicale à mourir, des renseignements sur le fonctionnement de la loi et recommander des améliorations.

Dans le cadre de sa discussion avec Jean-Pierre Ménard, président du comité québécois de juristes experts chargé de recommander des options législatives pour la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Québec, et Michelle Giroux, professeure de droit et membre du comité de juristes susmentionné, le Comité en a appris davantage sur la commission qui établira les normes de pratique relatives à l'aide médicale à mourir au Québec et qui en assurera la surveillance. Certains aspects du fonctionnement de la commission sont établis dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec.

2. Une surveillance fédérale ou provinciale?

La création d'organismes de surveillance a recueilli un soutien massif, mais la question de savoir si cette surveillance peut ou doit être de compétence fédérale ne fait pas l'unanimité. Dans l'exposé qu'elle a présenté au Comité, l'Association du Barreau canadien a fait valoir que les organismes de surveillance qui seront créés devraient relever des provinces, tout comme la prestation des soins de santé.

M. Howard Shapray, avocat d'un cabinet privé et époux d'Elayne Shapray qui milite pour le droit à l'aide médicale à mourir, a également fait valoir que les données devraient être rassemblées et analysées à l'échelle provinciale et non fédérale. Toutefois, il a ajouté que la gestion des données pourrait être assurée en collaboration par les provinces et le gouvernement fédéral.

Le docteur James Downar, médecin spécialisé en soins palliatifs et membre du conseil consultatif des médecins de Dying With Dignity Canada, a fait valoir le bien-fondé de la création d'organismes de surveillance distincts :

Deux concepts entrent en jeu. L'examen des cas particuliers se ferait à l'échelle provinciale, avec l'aide des collèges des médecins de chaque région. Si vous déclarez un cas parce qu'il y a un problème, il doit être communiqué localement aux autorités, à la police, ou encore au Collège des médecins s'il y a des ramifications professionnelles. Ces deux démarches se font au niveau provincial.

Les questions de surveillance qui ont trait à la déclaration des données sur l'ensemble de la population, aux tendances en matière de soins de fin de vie et aux effets de la légalisation de l'aide à mourir sur les soins palliatifs devraient plutôt relever du gouvernement fédéral.

J'entrevois une surveillance à deux niveaux : la surveillance des cas particuliers et la surveillance générale aux fins de la recherche.

Le Collège des médecins de l'Ontario appuie fortement la mise en place d'un organisme de surveillance, mais il n'a pas émis de point de vue sur la question de savoir si cette responsabilité doit incomber au gouvernement fédéral ou aux provinces.

De nombreux groupes ayant proposé la mise en place d'un organisme de surveillance souhaitent qu'il s'agisse d'un organisme national, soulignant l'importance d'une collecte de données uniforme dans tout le pays. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est l'un d'entre eux :

Les fournisseurs de soins de santé doivent tous avoir accès aux mêmes renseignements et ressources nécessaires pour fournir l'aide médicale à mourir. Nous devons tous parler la même langue [...] la mise en place d'un organisme de surveillance national s'impose pour garantir l'uniformité de l'application de normes de soins et de pratique et la cohérence de la surveillance et la présentation des données. Ainsi, il serait possible de procéder au suivi et à l'analyse des tendances et des événements indésirables. Une telle approche permettrait l'évaluation appropriée des décès assistés par un médecin et ferait en sorte que nous puissions fournir des soins de façon sûre et éthique et compétente.

La Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques est non seulement en faveur de la mise en place d'un organisme national à des fins d'uniformité, mais également à des fins de transparence et de responsabilisation. L'Association des libertés civiles du Canada demande pour sa part la mise en place d'un organisme fédéral qui établirait des normes pour la prestation de l'aide médicale à mourir et qui publierait des données sur le fonctionnement du système. Selon l'association, la création d'un organisme fédéral permettrait d'éviter les complications liées aux restrictions du partage des données imposées par les lois provinciales sur la protection des renseignements personnels.

Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a fait valoir qu'un organisme national serait préférable à un organisme provincial :

S'il est possible de le faire à l'échelle nationale, je crois que cela serait bien mieux que, par exemple [...] d'avoir un conseil de surveillance en Saskatchewan, établi par la Saskatchewan, ayant son propre mandat, et ne pas avoir de conseil au Manitoba, et enfin un conseil en Ontario avec un mandat différent, ce qui se solderait par un travail à l'emporte-pièce que nous souhaitons pouvoir éviter.

La professeure Jocelyn Downie, avocate et professeure en droit de la santé, a également suggéré une surveillance nationale. Dans la loi type qu'elle a publiée peu après l'arrêt *Carter*, elle propose la création de la Commission chargée de surveiller l'aide médicale à mourir et d'en faire rapport au Canada²⁰². Cette commission serait formée d'un président et de dix autres membres, dont :

²⁰² Jocelyn Downie, *Draft Federal Legislation to Amend the Criminal Code to Be Consistent with Carter v. Canada (Attorney General) 2015 CSC 5* (9 février 2015). C'est sous le nom de « Commission to Monitor and Report on Physician-Assisted Dying in Canada » qu'elle désigne la commission qu'elle propose. Veuillez noter que la

- (1) Deux médecins (dont l'un spécialisé en soins palliatifs);
- (2) Un infirmier;
- (3) Un pharmacien;
- (4) Deux avocats du secteur de la santé;
- (5) Deux experts de l'éthique en soins de santé;
- (6) Deux membres du public.

L'ancien député Steven Fletcher a proposé la création d'un organisme similaire dans le cadre d'un projet de loi d'initiative parlementaire²⁰³.

3. Les autres modèles canadiens

Mis à part la nouvelle commission du Québec, il existe au Canada d'autres organismes qui pourraient servir de modèles pour la création d'un organisme de surveillance. Le docteur Downar, de Dying With Dignity Canada, a proposé comme modèle utile un organisme indépendant comme la Société canadienne du sang, « financé séparément et doté d'un mandat public précis ». La professeure Jocelyn Downie a fait une suggestion similaire. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a proposé la création d'organismes de surveillance similaires aux sociétés de médecins spécialistes qui fournissent des normes et des lignes directrices aux spécialistes.

Certaines personnes ont suggéré que des organismes fédéraux existants assument la responsabilité de la surveillance. Le docteur Downar a suggéré que Santé Canada le fasse, à condition de disposer de fonds distincts garantis. La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a suggéré l'Institut canadien d'information sur la santé.

Bien que des suggestions très utiles aient été faites, ce ne sont pas toutes les organisations qui semblent prêtes à assumer une telle responsabilité. Par exemple, le Comité a rencontré un réseau de médecins de la Colombie-Britannique qui a suggéré que les collèges des médecins agissent à titre d'organismes de surveillance. Or, les collèges n'ont pas semblé réceptifs à cette idée. Le Comité s'est fait dire que certains médecins hésitent à entrer en communication avec leur collège et qu'ils pourraient par le fait même être moins susceptibles de respecter les exigences en matière de déclaration de renseignements si les collèges assurent la surveillance.

Le docteur Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a précisé qu'il avait demandé au Service de médecin légiste de la Nouvelle-Écosse s'il serait prêt à jouer un rôle de surveillance, mais que ses membres avaient répondu qu'ils n'étaient pas certains d'être disposés à le faire. Le Collège des médecins de l'Ontario a pour sa part approché le Bureau du coroner en chef de l'Ontario, qui n'était pas disposé à participer.

professeure Downie a mis à jour son modèle de loi. Le Comité fait référence au modèle de loi daté du 9 février 2015 puisqu'il s'agit de la version ayant fait l'objet de discussions pendant sa rencontre avec la professeure Downie.

²⁰³ Projet de loi C-582, *Loi constituant la Commission canadienne sur l'aide médicale à mourir*, 2^e session, 41^e législature, 2014.

4. Le rôle de l'organisme de surveillance

De nombreux rôles possibles ont été proposés pour l'organisme de surveillance, la plupart ayant trait à la collecte de données, à l'application de politiques et à la déclaration de renseignements. La suite du présent chapitre traite de plusieurs de ces rôles. La professeure Jocelyn Downie a suggéré les rôles obligatoires suivants pour la commission de surveillance qu'elle propose :

- (a) Élaborer un formulaire devant être versé au dossier médical, que le patient doit remplir et remettre au médecin attitré; ce formulaire doit contenir des renseignements ne permettant pas l'identification, notamment des renseignements à propos du patient, comme son profil démographique (âge, sexe, état civil, niveau d'éducation, revenu), son état de santé et les raisons pour lesquelles il demande de l'aide;
- (b) Recueillir et analyser les renseignements provenant des formulaires soumis;
- (c) Produire et rendre accessible au public un rapport statistique annuel sur les renseignements recueillis en vertu de la Loi;
- (d) Surveiller le respect des exigences précises ayant trait à l'aide médicale à mourir visées à l'article 241.1; et
- (e) Exécuter tout autre mandat qui lui est attribué par le ministre.

En outre, la professeure Downie a suggéré que la commission prenne à sa charge les tâches suivantes, à sa discrétion :

- (a) Mener des recherches ou commander des travaux de recherche jugés nécessaires selon la législation et les politiques fédérales, provinciales et territoriales;
- (b) Demander l'avis de particuliers ou de groupes sur les questions d'aide médicale à mourir;
- (c) Faire appel à des experts indépendants pour qu'ils présentent des rapports sur toute question relative à l'aide médicale à mourir; et
- (d) Faire des recommandations au procureur général du Canada au sujet de réformes éventuelles de la législation et des politiques sur l'aide à mourir au Canada²⁰⁴.

Un organisme de surveillance national pourrait également jouer un rôle stratégique en matière de politiques. Pendant la rencontre du Comité avec la Fédération des ordres des médecins du Canada, le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a recommandé qu'un organisme de surveillance national fasse des « recommandations – s'il s'avère que certaines questions ne sont pas traitées de manière appropriée ou que des complications non prévues surviennent – sur l'amélioration du système ». Un organisme de surveillance national qui évalue les tendances et tire des conclusions pourrait être dans la position idéale pour influencer et façonner l'avenir de l'aide médicale à mourir au pays. Le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan a également suggéré que l'organisme de surveillance assure un leadership souple et fournisse des lignes directrices sur diverses questions médicales en évolution.

²⁰⁴ Veuillez noter que la professeure Downie a mis à jour son modèle de loi. Le Comité fait référence au modèle de loi daté du 9 février 2015 puisqu'il s'agit de la version ayant fait l'objet de discussions pendant sa rencontre avec la professeure Downie.

Le Comité a rencontré Linda Voortman et Renke Leijten, députées et membres du comité parlementaire sur la santé, le bien-être et le sport des Pays-Bas, qui ont expliqué que leurs comités régionaux d'évaluation sont des organismes appropriés pour discuter de cas controversés d'aide médicale à mourir. À leur avis, il est préférable de tenir ce genre de discussion devant les comités que devant le Parlement des Pays-Bas.

Le docteur Thomas Foreman, directeur du Centre de bioéthique Champlain de l'hôpital d'Ottawa, a fait valoir que la mise en place d'un mécanisme de surveillance efficace pourrait apaiser les inquiétudes de groupes parlant au nom de personnes potentiellement vulnérables puisque ces inquiétudes seraient prises en compte de manière concrète et réfléchie :

Nous devons écouter et respecter les opinions des communautés qui sentent que cette pratique pourrait mener à des dérapages et rendre plus vulnérables des personnes qui le sont déjà. Je crois donc que pour reconnaître la légitimité de cette préoccupation, nous devrions mettre en place un système d'évaluation rétroactive efficace qui ferait en sorte que toutes les opinions soient prises en compte et qu'un contrôle soit exercé par voie d'évaluation. De cette manière, s'il y avait un manquement, nous serions en mesure d'y remédier.

La docteure Jennifer Tong, qui fait partie d'un réseau de médecins de la Colombie-Britannique « qui s'inquiètent profondément des risques importants pour les patients vulnérables et la société en général » à la suite de la décision rendue dans l'affaire *Carter*, a soulevé un point connexe, en l'occurrence de gagner la confiance des personnes qui s'opposent à l'aide médicale à mourir :

Nous souhaitons que des médecins comme nous soient représentés au sein des organismes responsables des politiques et que du temps soit consacré à l'étude approfondie de tous les détails puisque, comme on le dit souvent, le diable est dans les détails. Nous voulons également que ces détails soient étudiés avec attention, non seulement par des médecins qui sont favorables à l'aide médicale à mourir, mais également par des médecins qui s'en inquiètent.

B. Des données anonymisées

De nombreux groupes ont mis l'accent sur le fait que les données sur l'aide médicale à mourir devraient être recueillies de manière anonyme pour respecter la vie privée des patients et encourager les médecins à respecter les exigences en matière de déclaration de renseignements. Pour ce qui est de la protection des renseignements personnels, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick a précisé que dans les petites collectivités, il pourrait être facile de découvrir l'identité d'une personne à partir de son dossier médical : « ici, il est impossible de faire quoi que ce soit sans que votre cousin germain s'en mêle ».

Marilyn Golden, analyste principale des politiques du Disability Rights Education and Defense Fund en Californie, a ajouté que si la collecte de données est importante pour les chercheurs, elle ne doit pas contenir de renseignements permettant d'identifier les personnes. La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a fait savoir qu'elle est convaincue que des données anonymisées seraient utilisées et seraient d'un grand intérêt pour les chercheurs de différents secteurs. L'Euthanasia

Prevention Coalition de la Colombie-Britannique a également fait valoir que les renseignements personnels pourraient être « dissociés » des renseignements personnels.

La P^{re} Isabelle Marcoux, psychologue et professeure adjointe à l'Université d'Ottawa, a soulevé la question de l'anonymat pour assurer que les médecins respectent les règles. Elle a mené une recherche aux Pays-Bas, où le nombre de médecins déclarant avoir offert l'aide médicale à mourir était plutôt bas au début. Elle a recommandé la collecte de données anonymes pour éviter que les médecins omettent de déclarer les cas d'aide médicale à mourir par crainte de représailles liées au non-respect des procédures.

Deux modèles de collecte de données ont été présentés au Comité : celui de la Belgique et celui de l'Oregon. Selon les deux modèles, c'est aux médecins qui administrent l'aide médicale à mourir qu'il incombe de déclarer des données. En Oregon, le médecin consultant, le pharmacien et, le cas échéant, le psychiatre ou le psychologue, sont également tenus de déclarer des renseignements²⁰⁵.

Le Comité a reçu les commentaires de M^{me} Jacqueline Herremans, avocate et membre de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie de Belgique. Elle a expliqué qu'en Belgique, les médecins doivent remplir un formulaire en deux parties après avoir aidé une personne à mourir :

Une partie est confidentielle et scellée. Ainsi, les membres de la commission ne la consultent pas automatiquement. Il s'agit de la partie qui contient le nom du patient, du médecin, de tous les intervenants, des consultants et autres. La seconde partie n'est pas confidentielle. Il s'agit de la partie que vous devez examiner, qui ne contient ni le nom du médecin, ni le nom du patient.

La partie du formulaire qui permet l'identification n'est consultée que si la commission soupçonne un manquement à la loi. Si tel est le cas, la commission utilise la partie confidentielle du formulaire et cherche des renseignements supplémentaires de la part du médecin ayant administré l'aide médicale à mourir.

Le Comité a écouté la docteure Katrina Hedberg, médecin et épidémiologiste pour l'État de l'Oregon, qui a décrit la collecte de données effectuée dans son État. Les médecins de l'Oregon remplissent des formulaires sur les antécédents médicaux du patient, lesquels comprennent certaines données démographiques et les raisons du choix de l'aide médicale à mourir. Ces formulaires contiennent des renseignements permettant d'identifier le patient et le médecin. Les données de ces formulaires sont téléversées dans une base de données sous forme anonymisée et analysées pour repérer et évaluer les tendances. Les formulaires originaux sont détruits après un an.

C. Après de qui recueillir quelles données?

Dans le cadre de ses consultations, le Comité a appris que certaines administrations recueillaient des données pertinentes. En Oregon, la collecte de se fait au moyen de formulaires accessibles à partir du

²⁰⁵ Oregon Health Authority, *Death with Dignity Forms via PDF*.

site Web de l’Oregon Health Authority²⁰⁶. Ces formulaires demandent des renseignements de la part du médecin qui administre l’aide médicale à mourir, des médecins consultants (y compris les professionnels de la santé mentale, le cas échéant) et des pharmaciens. Il existe un formulaire destiné au patient, le Patient Request Form, mais il demande seulement si le patient a avisé sa famille de sa décision ou non. Les données démographiques et celles qui ont trait aux motivations du patient sont obtenues auprès du médecin qui administre l’aide médicale à mourir, et non auprès du patient. La docteure Katrina Hedberg, épidémiologiste pour l’Oregon, a relevé qu’en vertu de la loi en vigueur dans l’État, la collecte de données traite seulement du processus de mort assisté jusqu’à l’étape de la prescription d’un médicament légal. Un formulaire de suivi sur lequel est inscrit le médicament doit être rempli par le pharmacien lorsque l’ordonnance est exécutée.

L’avocat du Québec Jean-Pierre Ménard a précisé que l’article 8 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* énonce quelles sont les données qui doivent être recueillies en vertu de la Loi.

Selon lui, le rapport doit comprendre le nombre de patients en fin de vie qui reçoivent des soins palliatifs, le nombre de fois où une sédation palliative continue a été administrée, le nombre de demandes d’aide médicale à mourir, le nombre de fois qu’une telle aide a été administrée, le nombre de fois qu’une aide médicale à mourir n’a pas été administrée et les raisons connexes.

Le cas échéant, le rapport doit également faire état du nombre de fois qu’une sédation palliative continue et qu’une aide médicale à mourir ont été offertes au domicile du patient ou dans un centre de soins palliatifs par un médecin pratiquant dans un centre affilié à l’institution.

De nombreux groupes ayant rencontré le Comité ont précisé que la quantité de données recueillies dans d’autres administrations pour surveiller la pratique de l’aide médicale à mourir était insuffisante. Marilyn Golden, du Disability Rights Education and Defense Fund, a affirmé que la portée et l’ampleur de la collecte de données étaient insuffisantes en Oregon. Elle a fait valoir ce qui suit :

La restriction de l’accès aux renseignements sur les motifs du suicide assisté, aux données sur les patients, à la documentation radiologique et à la pharmacothérapie limite les possibilités d’établir des normes objectives en matière de soins, protège à outrance les médecins et accentue la vulnérabilité des patients au nom de la confidentialité.

M^{me} Golden a également demandé qu’il y ait une collecte de données provenant d’autres sources que celles qui participent actuellement au processus en Oregon, y compris des médecins qui refusent des demandes d’aide à mourir et d’autres travailleurs du secteur des soins de santé, comme les infirmiers et les travailleurs sociaux, de même que des membres de la famille du défunt.

D’autres groupes et particuliers ont formulé des recommandations précises quant aux données à recueillir :

- La P^{re} Isabelle Marcoux, psychologue et professeure adjointe à l’Université d’Ottawa, a demandé que l’on recueille des données qui aideraient les chercheurs à déterminer pour quelles raisons

²⁰⁶ *Ibid.*

les personnes cherchent à obtenir l'aide médicale à mourir. Presque tous les autres groupes ont demandé la collecte de données permettant de mieux comprendre ces raisons;

- La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada a demandé une collecte de données permettant de comprendre le profil des patients qui demandent ou reçoivent l'aide médicale à mourir et de déterminer le temps écoulé entre la demande et la prestation de l'aide;
- Le Conseil des Canadiens avec déficiences a demandé que les données permettent d'abord de faire un suivi et des rapports sur le nombre de demandes, ensuite sur les raisons données, et enfin, au moyen de données rassemblées sur la condition médicale, la condition socio-économique et les facteurs démographiques, sur les personnes qui font des demandes, qu'elles soient acceptées ou refusées;
- La Coalition pour la prévention de l'euthanasie (Canada) a demandé la tenue d'entrevues avec les personnes qui souhaitent obtenir l'aide médicale à mourir pour mieux comprendre leurs raisons;
- Tout comme l'Association canadienne de soins palliatifs, la Dre Katrina Hedberg, épidémiologiste pour l'Oregon, a suggéré qu'il y ait collecte de données sur le soutien accordé aux membres de la famille;
- La Dre Hedberg a également suggéré de recueillir d'autres données, notamment des renseignements détaillés sur les patients, du moment du diagnostic jusqu'à celui de la prise de décision, et sur le soutien dont ils ont besoin jusqu'au moment de leur décès, et ce, pour permettre la compréhension du point de vue du patient, mais également de celui des membres de la famille et du système de soins de santé. À son avis, il faut en savoir plus sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs habitudes; savoir ce qu'ils pensent, quels sont leurs choix, ce qu'ils vivent;
- Brian Mishara, professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal et directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), a suggéré la surveillance des taux de suicide. Lorsqu'on lui a posé des questions à propos de l'association potentielle entre le suicide assisté et les taux de suicide, le professeur Mishara a répondu que les États où le suicide assisté est autorisé n'ont pas fait état d'une telle association et que, par conséquent, il se peut qu'il ne soit pas nécessaire d'accroître les efforts de prévention du suicide par suite de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir. Toutefois, plusieurs groupes ont fait part de leurs inquiétudes à propos du lien potentiel entre les deux concepts. Une surveillance de la situation pourrait contribuer à apaiser ces inquiétudes.

D. Les délais prescrits pour la déclaration des renseignements

Pour être efficace, la déclaration des renseignements doit avoir lieu en temps opportun. La *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec impose la déclaration de renseignements à la Commission sur les soins en fin de vie (la « Commission ») lorsqu'un médecin administre l'aide médicale à mourir. La Loi exige qu'un médecin donne un avis à la Commission, de la manière prescrite par règlement, dans les dix jours suivant l'administration de l'aide médicale à mourir²⁰⁷.

²⁰⁷ *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q., c. S-32.0001, art. 46.

Dans sa loi type, la professeure Jocelyn Downie propose la mise en place d'un organisme de surveillance fédéral, la Commission chargée de surveiller l'aide médicale à mourir et d'en faire rapport au Canada. Elle propose également que les personnes qui demandent une aide médicale à mourir remplissent tout formulaire exigé par la commission et que ces formulaires lui soient remis dans les quatorze jours suivant leur ajout au dossier médical. Tous les autres renseignements exigés par la commission devraient lui être soumis dans les quatorze jours suivant le décès²⁰⁸.

E. Le certificat de décès

L'un des rôles cruciaux de tout organisme de surveillance consiste à recueillir et à analyser des données et à produire des rapports connexes. De nombreux groupes, dont l'Association médicale canadienne, ont signalé que le certificat de décès constitue une source importante pour la collecte de données. Les opinions présentées divergent sur la question de savoir si la cause du décès figurant sur le certificat devrait être l'aide médicale à mourir ou encore l'affection, la maladie ou le handicap sous-jacent.

D'emblée, il est important de préciser que les certificats de décès relèvent des provinces. Il est donc difficile d'envisager la mise en place d'un organisme de surveillance national qui aurait une influence directe sur la gestion des systèmes provinciaux de délivrance de certificats de décès. Néanmoins, l'Association médicale canadienne a fait savoir au Comité qu'il serait nécessaire de mettre en place des lignes directrices pancanadiennes pour garantir la clarté et l'uniformité de ces documents importants.

Les organismes de réglementation de la profession médicale ont également soulevé la question des certificats de décès. Le docteur Douglas Grant, président de la Fédération des ordres des médecins du Canada et registraire du Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse, a indiqué que les médecins auront besoin de directives claires pour pouvoir adopter une approche uniforme à l'égard des certificats de décès. Ils devront également obtenir des instructions claires à propos des conséquences de l'aide médicale à mourir sur l'assurance vie.

1. La mention de l'aide médicale à mourir sur le certificat de décès

La P^{re} Isabelle Marcoux et Marilyn Golden ont recommandé que le certificat de décès fasse mention de l'aide médicale à mourir à des fins de responsabilité et de transparence. Le Conseil des Canadiens avec déficiences, la Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques et la Ligue catholique des droits de l'homme sont du même avis.

La Coalition pour la prévention de l'euthanasie et un réseau de médecins de Colombie-Britannique ont aussi recommandé cette approche et ont suggéré que les certificats de décès comprennent également des renseignements sur l'état pathologique sous-jacent, sur le médecin ayant administré l'aide médicale à mourir et sur l'établissement où la procédure a eu lieu.

²⁰⁸ Jocelyn Downie, *Draft Federal Legislation to Amend the Criminal Code to Be Consistent with Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 CSC 5 (9 février 2015). Veuillez noter que la professeure Downie a mis à jour son modèle de loi. Le Comité fait référence au modèle de loi daté du 9 février 2015 puisqu'il s'agit de la version ayant fait l'objet de discussions pendant sa rencontre avec la professeure Downie.

Dying With Dignity Canada est favorable à l'idée d'inscrire des renseignements détaillés sur le certificat de décès. Le groupe a fait valoir que le certificat de décès n'est pas un document largement diffusé, ce qui réduit le risque d'atteinte à la vie privée si l'aide médicale à mourir y figure comme cause du décès. Dying With Dignity Canada a également suggéré que les personnes qui choisissent l'aide médicale à mourir soient protégées contre des pertes financières ou des pertes de prestations d'assurance par des mécanismes d'indemnisation.

Des experts de Belgique, y compris le chercheur Luc Deliens et l'avocat et professeur en droit de la santé Herman Nys, ont précisé au Comité que dans leur pays, l'aide médicale à mourir n'est jamais indiquée comme cause du décès sur le certificat de décès. Ils ont conseillé qu'au Canada, l'aide médicale à mourir constitue la cause du décès figurant sur le certificat à des fins de collecte de données exactes et de déclaration de l'information. Ils ont également recommandé qu'un organisme de surveillance reçoive tous les renseignements sur les certificats de décès dans les cas d'aide médicale à mourir.

En Suisse, Bernhard Sutter, directeur général d'Exit, une société qui offre l'aide médicale à mourir aux citoyens suisses, a mentionné au Comité que le suicide assisté est indiqué comme cause immédiate du décès sur le certificat de décès. Le bureau fédéral des statistiques de la Suisse conserve dans ses dossiers les renseignements sur les maladies sous-jacentes.

2. Inscription de l'état de santé sous-jacent sur le certificat de décès

Plusieurs intervenants ont indiqué qu'il était inapproprié d'inscrire que l'aide médicale à mourir est la cause du décès sur le certificat de décès puisque la diffusion de ce renseignement va à l'encontre de la protection des renseignements personnels de la personne et pourrait priver ses proches des prestations prévues par des polices d'assurance ou d'autres contrats.

La docteure Katrina Hedberg, de l'Oregon, a précisé que le ministère de la santé publique de son État recommande que les médecins inscrivent la maladie sous-jacente comme cause de décès sur le certificat de décès, mais que la décision définitive revient aux médecins²⁰⁹. Cette recommandation découle d'inquiétudes relatives au respect des données confidentielles sur les patients et du fait que l'objectif premier du certificat de décès, en tant que document légal, est de permettre le règlement de la succession d'une personne décédée. Peg Sandeen, directrice générale du Death with Dignity National Centre, a précisé que dans l'État de Washington, il est obligatoire d'inscrire l'état de santé sous-jacent sur le certificat de décès.

La province de Québec a élaboré un mécanisme dans le cadre duquel trois avis différents doivent être produits dans les cas d'aide médicale à mourir : un constat de décès, un bulletin de décès et un avis à la Commission sur les soins de fin de vie. L'état de santé sous-jacent constitue la cause du décès inscrite sur le bulletin de décès. Des copies sont envoyées à l'Institut de la statistique du Québec. L'aide médicale à mourir ne doit pas figurer sur le bulletin pour protéger les renseignements personnels et éviter tout préjudice.

²⁰⁹ Voir également Kelly Hagan, avocat, 1^{er} octobre 2015, et Barb Hansen, Oregon Hospice Association, 1^{er} octobre 2015.

C'est la Commission sur les soins de fin de vie, et non l'Institut de la statistique du Québec, qui est responsable des statistiques sur l'aide médicale à mourir dans la province. Par conséquent, la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec précise que « le médecin qui administre l'aide médicale à mourir doit, dans les 10 jours qui suivent, en aviser la Commission et lui transmettre, selon les modalités déterminées par le règlement du gouvernement, les renseignements prévus par ce règlement. Ces renseignements sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à quiconque²¹⁰ ». Les avis obligatoires envoyés à la Commission sur les soins de fin de vie constituent sa principale source de données sur l'aide médicale à mourir. Cette approche, selon ce qu'a entendu le Comité, contribue à la protection de la confidentialité et au maintien de statistiques exactes.

F. Des données ouvertes et un financement ciblé

Le Comité a appris que pour que les données soient utiles, elles doivent être accessibles. De plus, les chercheurs doivent avoir accès à un financement ciblé pour pouvoir les utiliser. Johan Legemaate, avocate et chercheuse, a précisé qu'aux Pays-Bas, les données sont recueillies et une évaluation systémique est effectuée tous les cinq ans. Le gouvernement finance cette recherche : les chercheurs présentent des demandes de bourse et un organisme indépendant évalue les propositions.

Certains experts et groupes ont précisé qu'il faudrait accorder un financement pour permettre une évaluation adéquate de l'aide médicale à mourir au Canada. La D^{re} Katrina Hedberg a signalé qu'en Oregon, aucun financement n'est accordé pour la collecte et l'analyse de données en vertu de la *Death with Dignity Act*. Elle a ajouté que l'état actuel de la collecte et de l'analyse de données est généralement considéré comme adéquat, sauf par les personnes qui s'opposent à l'aide médicale à mourir. Elle a ajouté que si davantage de données devaient être recueillies et analysées, l'octroi de fonds réservés serait nécessaire. La P^{re} Jocelyn Downie et le D^r James Downar, de Dying With Dignity Canada, sont également favorables à l'octroi de fonds réservés.

La P^{re} Jocelyne St-Arnaud, bioéthicienne à l'Université du Québec à Montréal, a demandé que des fonds réservés soient octroyés pour permettre une évaluation indépendante de l'aide médicale à mourir. De même, Anna MacQuarrie, directrice des Initiatives mondiales, politique et droits de la personne à Inclusion International, a fait valoir l'importance de rendre publiques les données sur l'aide médicale à mourir pour permettre aux différents groupes de la société civile d'effectuer des évaluations indépendantes.

G. Un examen périodique de la législation

Comme il en a été fait mention plus haut, les organismes de surveillance des Pays-Bas et de la Belgique procèdent périodiquement à des examens de l'aide médicale à mourir et en font régulièrement rapport. Au Canada, de nombreux groupes ont recommandé des examens périodiques et quelques-uns exigeraient la présentation de rapports au Parlement. Par exemple, le Conseil des Canadiens avec déficiences a suggéré la présentation de rapports annuels au Parlement, et Dying With Dignity Canada a

²¹⁰ [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q., c. S-32.0001, art. 46.

demandé la tenue d'examens réguliers pour pouvoir déceler les cas d'abus de la loi et les barrières éventuelles à l'accès.

De nombreuses lois fédérales exigent que des intervenants remettent des rapports au Parlement. Certaines lois, comme la *Loi canadienne sur la santé*, prévoient la préparation de rapports annuels par le ministre responsable²¹¹. D'autres lois, comme la *Loi sur l'accès à l'information*, précisent que le commissaire responsable doit présenter des rapports au Parlement²¹². Enfin, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* prévoit un examen permanent de son application par un comité parlementaire²¹³. La loi sur l'aide médicale à mourir pourrait également inclure des dispositions exigeant un examen parlementaire régulier.

Plusieurs groupes ont décrit différents processus d'examen au Comité. Par exemple, l'Association for Reformed Political Action a proposé qu'un conseil judiciaire évalue toute loi sur l'aide médicale à mourir tous les trois ans :

Si un conseil judiciaire déterminait que les règles ne sont pas suivies ou que les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir n'ont jamais donné un consentement adéquat, ou s'il découvrait tout autre problème aussi minime soit-il, la loi elle-même nous donnerait le pouvoir d'en interrompre l'application ou pour le moins de la réévaluer. Les gens qui ont peur des dérapages se sentiraient bien plus à l'aise si un examen judiciaire approprié avait lieu tous les trois ans.

La Ligue catholique des droits de l'homme a recommandé la tenue d'un examen tous les trois à cinq ans par un comité nommé par le gouvernement fédéral ou par le Parlement. L'Alliance évangélique du Canada a suggéré qu'un organisme de surveillance fédéral soit établi et qu'il :

recueille les données pertinentes, en fasse rapport régulièrement au Parlement et rende l'information publique afin que nous puissions conserver des statistiques exactes sur ce qui se passe, sur les types de demandes qui sont présentées et sur les circonstances.

H. Faire respecter l'obligation de déclarer des renseignements

Certains groupes ont demandé que selon la loi, le fait de déclarer de manière inappropriée un cas d'aide médicale à mourir constitue une infraction criminelle. Marilyn Golden, du Disability Rights Education and Defence Fund aux États-Unis, a laissé entendre que l'exigence en matière de déclaration peut manquer de « mordant » s'il n'y a aucune pénalité prévue pour les médecins qui ne déclarent pas tous les renseignements nécessaires de manière appropriée. Le Conseil des Canadiens avec déficiences a indiqué que la déclaration volontaire de la part des médecins est insuffisante. La P^{re} Isabelle Marcoux a pour sa part signalé que la collecte de données sur une base volontaire ne permettrait pas d'effectuer

²¹¹ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. (1985), ch. C-6.

²¹² *Loi sur l'accès à l'information*, L.R.C. (1985), ch. A-1.

²¹³ *Loi sur la protection des renseignements personnels*, L.R.C. (1985), ch. P-21.

une surveillance appropriée puisqu'il se peut que les médecins ne déclarent pas les pratiques non conformes aux exigences légales, par peur de poursuites.

Pour contrer cet effet, il pourrait s'imposer d'établir une infraction correspondant à l'omission intentionnelle de déclarer des renseignements à un organisme de surveillance. Selon la loi type de la P^{re} Jocelyn Downie, les médecins qui omettent délibérément de soumettre à l'organisme de surveillance des renseignements obligatoires, comme des formulaires remplis par la personne ayant fait la demande d'aide médicale à mourir, commettraient une infraction qui serait passible d'une peine d'emprisonnement maximale de cinq ans²¹⁴. Pour sa part, la P^{re} Jocelyne St-Arnaud a suggéré que l'insistance sur la formation plutôt que sur la punition serait un autre moyen d'empêcher les manquements à la conformité.

En cas de déclaration tardive ou d'autres cas mineurs de manquement à la conformité, des mesures disciplinaires professionnelles pourraient convenir davantage que des sanctions pénales. La D^{re} Karina Hedberg, épidémiologiste d'État et agente de santé d'État de l'Oregon, a fait savoir au Comité que dans son État, le ministère de la santé publique est responsable de la déclaration des cas de manquements à la conformité à l'ordre professionnel approprié. L'ordre professionnel (que ce soit celui des médecins, des infirmières et infirmiers ou des pharmaciens) mène sa propre enquête et impose les sanctions qu'il juge appropriées.

Au Québec, les médecins qui n'avisent pas la Commission sur les soins en fin de vie de l'administration de l'aide médicale à mourir sont passibles de mesures disciplinaires professionnelles. D'autre part, une personne qui est mise au courant d'un manquement à l'exigence de déclaration doit en aviser le Collège des médecins du Québec²¹⁵.

²¹⁴ Jocelyn Downie, Draft Federal Legislation to Amend the Criminal Code to Be Consistent with Carter v. Canada (Attorney General) 2015 CSC 5 (9 février 2015). Veuillez noter que la professeure Downie a mis à jour son modèle de loi. Le Comité fait référence au modèle de loi daté du 9 février 2015 puisqu'il s'agit de la version ayant fait l'objet de discussions pendant sa rencontre avec la professeure Downie.

²¹⁵ *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q., ch. S-32.0001, art. 46.

Partie IV – Les soins de fin de vie au Canada

Tous les intervenants conviennent que le cadre de l'aide médicale à mourir doit comprendre des mécanismes permettant une évaluation minutieuse et que des efforts considérables doivent être déployés pour offrir de bons services de soins de santé et services sociaux aux personnes qui souffrent. Les Canadiens ne veulent pas que l'aide médicale à mourir devienne l'option privilégiée simplement parce que d'autres options, comme des soins palliatifs de grande qualité, ne sont pas accessibles. L'aide médicale à mourir ne doit pas devenir un indicateur de l'incapacité du système à offrir des soins de fin de vie adéquats. Tous ceux qui ont fait part de leur avis au Comité semblaient s'entendre sur le fait qu'une décision véritablement informée ne peut se prendre que lorsque les individus connaissent et comprennent les solutions de rechange significatives. La présente section du rapport du Comité examine la nature, la qualité et l'accessibilité de ces solutions, ainsi que le lien entre ces dernières et la législation de l'aide médicale à mourir.

« Du point de vue de l'autonomie et du consentement informé, en l'absence de soins de fin de vie et de soins palliatifs accessibles, complets et efficaces, l'option du décès assisté contrevient à l'autodétermination et à l'autonomie puisqu'il n'existe aucun choix, ou alors ce choix n'est pas possible » – D^r Thomas Foreman, directeur, Centre de bioéthique Champlain, Hôpital d'Ottawa

Les solutions de rechange significatives comprennent les services de soins de santé, les services sociaux et les mesures de soutien social. Le Comité reconnaît que ces secteurs relèvent principalement des provinces et des territoires, mais il est d'avis qu'une pleine compréhension des solutions est essentielle dans le cadre d'une étude approfondie de l'aide médicale à mourir. Le Comité reconnaît également que le gouvernement fédéral peut encourager les provinces et territoires à prendre des mesures dans des secteurs qui relèvent de leur compétence. Si le gouvernement fédéral décide de le faire, le Comité suggère qu'il suive le principe du « fédéralisme coopératif », comme l'a préconisé à maintes reprises la Cour suprême du Canada.

Chapitre 13. Les soins palliatifs et les soins de fin de vie : des éléments fondamentaux

Le Comité estime qu'il existe parmi les Canadiens un vaste consensus sur le fait qu'il s'impose de donner un meilleur accès à des soins palliatifs de qualité. La majorité des intervenants, experts et parties intéressées étaient du même avis, et ce indépendamment de leur position à l'égard de l'aide médicale à mourir. De nombreux groupes entendus par le Comité ont lancé un appel pour l'égalité de l'accès à des soins palliatifs de qualité au Canada. Parmi ceux-ci, mentionnons la Société canadienne des médecins de

soins palliatifs, le Collège des médecins de famille du Canada, le Réseau juridique canadien VIH/sida, l'Association canadienne de soins spirituels, la Ligue catholique des droits de l'homme, l'Alliance évangélique du Canada, l'Alliance des chrétiens en droit, Dying With Dignity Canada, de même que des experts et des représentants des collèges des médecins et chirurgiens de l'ensemble du Canada. Comme l'a déclaré Wanda Morris, présidente et chef de la direction de Dying With Dignity Canada : « Personne ne devrait avoir à choisir l'aide médicale à mourir parce que le système de soins de santé ne lui a offert aucune autre option ».

A. Les soins palliatifs

Les personnes atteintes de maladies limitant la durée de vie, et celles qui sont sur le point d'être emportées par ces maladies, ont des besoins uniques en matière de soins de santé. Les services de soins palliatifs sont conçus pour les aider à vivre le reste de leur vie dans le confort et la dignité. Les soins palliatifs visent surtout à réduire la douleur et à gérer les symptômes ainsi qu'à apporter un soutien social, psychologique, émotif et spirituel aux patients, aux familles, aux amis et aux autres aidants. L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs de la façon suivante :

Les soins palliatifs représentent une approche qui améliore la qualité de vie des patients et des familles confrontés au problème associé à une maladie potentiellement mortelle. Cette approche prévient et soulage la souffrance grâce à l'identification précoce et à l'évaluation irréprochable du traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels. Les soins palliatifs :

- Soulagent la douleur et d'autres symptômes pénibles;
- Affirment le droit à la vie et traitent la mort comme un processus normal;
- Ne visent ni à hâter ni à retarder la mort;
- Intègrent les aspects psychosociaux et spirituels du soin des patients;
- Offrent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort;
- Offrent un système de soutien pour aider la famille à faire face à la situation pendant la maladie du patient et le deuil;
- Utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles, y compris dans le deuil, s'il y a lieu;
- Améliorent la qualité de vie, et peuvent également influencer positivement le cours de la maladie;
- Sont indiqués dès que la maladie commence à évoluer, avec d'autres thérapies destinées à prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et englobent les enquêtes qui sont nécessaires pour mieux comprendre et gérer les complications cliniques pénibles²¹⁶.

²¹⁶ Organisation mondiale de la santé, [Définition de soins palliatifs de l'OMS](#).

La définition de l'OMS fait ressortir clairement que l'objectif des soins palliatifs est d'offrir la meilleure qualité de vie possible aux patients. La définition permet également de faire ressortir certaines perceptions erronées au sujet des soins palliatifs. Tout d'abord, la définition précise bel et bien que les soins palliatifs ne visent ni à hâter ni à retarder la mort. En outre, même si les soins palliatifs sont plus généralement associés à des maladies incurables en phase terminale, il importe de mentionner que les personnes dont la maladie en est aux premières manifestations peuvent aussi bénéficier de soins palliatifs pour améliorer leur qualité de vie tout en suivant des traitements visant à guérir leur maladie ou à améliorer leur état.

Les soins palliatifs ne sont pas offerts seulement à l'hôpital, mais aussi dans la collectivité, comme dans des centres de soins palliatifs, les centres de soins de longue durée, ou à domicile. Selon des recherches empiriques, les soins palliatifs ont une incidence positive sur les patients (gestion des symptômes, qualité de vie, satisfaction générale), les aidants naturels (réduction du fardeau) et le système de santé (réduction des admissions à l'hôpital)²¹⁷.

Ce sont généralement des membres de la famille, des amis et le médecin de famille qui prennent surtout soin des gens en fin de vie²¹⁸. Les gens fortunés qui ont davantage de ressources ont souvent recours plus facilement à des services privés. Dans les équipes de soins palliatifs, des médecins, des infirmiers et d'autres intervenants en santé sont spécialement formés en matière de soins palliatifs. Selon les besoins de la personne, l'équipe de soins palliatifs peut être composée d'infirmiers ayant reçu une formation spécialisée, d'un médecin spécialisé en médecine palliative, d'un pharmacien, d'un travailleur social, d'un conseiller spirituel, d'un conseiller aux personnes en deuil, d'un préposé aux soins à domicile, d'un nutritionniste, d'un physiothérapeute et d'un ergothérapeute²¹⁹. Des bénévoles ayant reçu une formation et des aidants naturels peuvent aussi être considérés comme faisant partie de l'équipe.

B. L'état des soins palliatifs au Canada

Les soins palliatifs sont apparus au Canada dans les années 1970, au moment où l'on accordait une plus grande attention et une plus grande priorité à la gestion de la douleur et des autres symptômes des personnes atteintes d'un cancer²²⁰. En raison des progrès réalisés dans le domaine des soins de santé, de nombreux Canadiens vivent plus longtemps. Parallèlement, l'incidence des maladies chroniques qui limitent la durée de vie est aussi plus élevée²²¹, près de 70 % des décès au Canada étant attribuables à

²¹⁷ Voir par exemple S. Hales et coll., « [The Quality of Dying and Death in Cancer and Its Relationship to Palliative Care and Place of Death](#) », *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(5), 2014 et T.J. Smith et coll., « [American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care](#) », *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 2012.

²¹⁸ L. Del Giudice et coll., « Physician care of cancer patients », dans L. Jaakkimainen et coll. (rédacteurs), « *Primary Care in Ontario* ». Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2006 et G.K. Mitchell, « [How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review](#) », *Palliative Medicine*, 16(6), 2002.

²¹⁹ Association canadienne de soins palliatifs, [Questions fréquentes sur les soins palliatifs](#).

²²⁰ Mary Brooksbank, « Palliative care: Where have we come and where are we going? » *Pain*, 144, 2009 et G.P. Marchildon, *Health Systems in Transition: Canada*, University of Toronto Press, 2005.

²²¹ Scott A. Murray et coll., « [Illness trajectories and palliative care](#) », *BMJ*, 330(7498), 2005.

des maladies comme le cancer (30 %), les maladies circulatoires (29 %) et les maladies respiratoires (9 %) ²²². Bon nombre des personnes atteintes de ces maladies ressentent de la douleur et des malaises, et elles éprouvent généralement des problèmes de santé dans les derniers mois et parfois les dernières années de leur vie ²²³. Lorsqu'on leur pose la question, la plupart des Canadiens disent qu'ils préféreraient mourir à la maison en présence de leurs proches ²²⁴; près de 70 % des décès au Canada ont toutefois lieu à l'hôpital ²²⁵. Un meilleur accès à des soins palliatifs communautaires pourrait permettre aux Canadiens de mourir paisiblement à la maison, conformément à leur souhait.

Contrairement aux pays qui ont des priorités, des objectifs et des stratégies explicites, le Canada n'a pas de stratégie nationale de soins palliatifs, tout comme d'ailleurs la plupart des provinces et des territoires ²²⁶. Dans le milieu de la santé, on estime généralement que l'on pourrait faire bien mieux pour ce qui de la qualité des soins palliatifs au Canada et de l'égalité d'accès à ces soins. Le Sénat du Canada a publié des études sur les soins palliatifs en 1995, 2000, 2004 et 2010, et il a recommandé l'élaboration d'une stratégie pancanadienne visant l'établissement d'un système complet de soins palliatifs ²²⁷. Lors des consultations du Comité, les observations des intervenants, des experts et de Canadiens en général semblaient aller en ce sens. Le présent document aborde ci-après certaines des principales lacunes constatées ainsi que des options que le gouvernement peut envisager pour améliorer la situation.

Il a été rapporté que seulement 16 % à 30 % des Canadiens auraient accès à un certain niveau de soins palliatifs ²²⁸. Les données empiriques sur le nombre de Canadiens qui ont accès à des soins palliatifs à la fin de leur vie et qui en reçoivent vraiment sont toutefois limitées et inexactes ²²⁹. Il est néanmoins généralement reconnu qu'il existe des variations importantes en matière d'accès et de qualité, des îlots d'excellence contrastant avec de nombreuses régions terriblement mal desservies ²³⁰. C'est pourquoi les soins palliatifs au Canada sont souvent décrits comme une « courtepointe » ou une « œuvre inachevée » ²³¹. Il ne fait aucun doute que de trop nombreux Canadiens n'ont pas accès à des soins

²²² Agence de la santé publique du Canada, [Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2012](#).

²²³ E. Cochrane et coll., « Addressing the needs of patients with advanced non-malignant disease in a hospice day care setting », *International Journal of Palliative Nursing*, 14(8), 2008.

²²⁴ Institut canadien d'information sur la santé, [Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada](#), 2007.

²²⁵ Statistique Canada, [Tableau 102-0509, Décès en milieu hospitalier et ailleurs, Canada, provinces et territoires, annuel](#), CANSIM (base de données).

²²⁶ Association canadienne de soins palliatifs, [Les soins palliatifs dans la collectivité : analyse contextuelle des cadres et indicateurs](#), 2013.

²²⁷ Sénat du Canada, [Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada](#), juin 2010.

²²⁸ Association canadienne de soins palliatifs, [Fiche d'information : Les soins palliatifs au Canada](#), mars 2014.

²²⁹ Voir par exemple : J. Downie et G. Lloyd-Smith, « [The Making of a Myth: Unreliable Data on Access to Palliative Care in Canada](#) », *Health Law Review*, 2014; J.D. Henderson, « [Canadian Society of Palliative Care Physicians – Response to 'The Making of a Myth: Unreliable Data on Access to Palliative Care in Canada'](#) », *Health Law Review*, 22:3, 2014 et J.D. Shadd et coll., « [Définir et mesurer une approche palliative en soins primaires](#) », *Le Médecin de famille canadien*, 59, novembre 2013.

²³⁰ Sénat du Canada, [Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit. Rapport final](#), juin 2000.

²³¹ A.M. Williams et coll., « [Tracking the evolution of hospice palliative care in Canada: A comparative case study analysis of seven provinces](#) », *BMC Health Services Research*, 10(147), 2010.

palliatifs de qualité et connaissent ainsi une fin de vie moins qu'idéale et parfois même tragique. Les gens vivant à l'extérieur des centres urbains, les peuples autochtones, les enfants ainsi que les néo-Canadiens représentent des populations particulièrement vulnérables et souvent mal desservies en fin de vie.

Selon les normes internationales, le Canada a moins de médecins spécialisés en soins palliatifs que des pays comparables comme les États-Unis et l'Australie²³². Selon un sondage réalisé récemment, sur environ 77 000 médecins au Canada²³³, seulement 51 sont spécialisés en soins palliatifs, et 123 médecins de famille ont une pratique axée sur les soins palliatifs²³⁴. Le sondage a aussi révélé que 931 autres médecins de famille ou médecins spécialistes (par exemple des oncologues, des pédiatres) offrent certains soins palliatifs dans le cadre de leur pratique, mais les deux tiers de ces médecins ont indiqué n'avoir reçu aucune formation en médecine palliative.

Sur environ 360 000 infirmières autorisées au Canada²³⁵, 1 348 ont une certification en soins palliatifs²³⁶, un nombre relativement constant qui avait presque triplé de 2004 à 2008²³⁷.

Selon un sondage réalisé en 2014, de 23 % à 26 % des omnipraticiens/médecins de famille et des infirmières/infirmiers au Canada étaient très à l'aise d'offrir des soins palliatifs, de 47 % à 55 % étaient assez à l'aise, et les autres (de 22 % à 28 %) n'étaient pas très à l'aise ou pas du tout à l'aise d'assurer des soins palliatifs²³⁸.

Un sondage réalisé en 2011 a révélé que seulement sept des 17 écoles de médecine du Canada offraient plus de 10 heures en soins palliatifs dans leur programme de premier cycle²³⁹.

²³² Dane Wanniarachige, « [More palliative care specialists is not enough](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, le 12 janvier 2015.

²³³ Institut canadien d'information sur la santé, [Le nombre de médecins au Canada augmente, mais les paiements moyens restent stables](#).

²³⁴ Comité des ressources humaines de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, [Points saillants du sondage national sur la médecine palliative](#), mai 2015.

²³⁵ Institut canadien d'information sur la santé, [Le nombre d'infirmières en constante progression](#), le 10 janvier 2013.

²³⁶ Association des infirmières et infirmiers du Canada, [Nombre de certifications de l'AIC en règle par spécialité ou domaine, par province ou territoire - 2010](#), 2010.

²³⁷ Association des infirmières et des infirmiers du Canada, [Bulletin de la certification](#), numéro 7, printemps/été 2009.

²³⁸ Ipsos et Association canadienne des soins palliatifs, [Aller de l'avant – vers des soins qui intègrent l'approche palliative : Sondage auprès des omnipraticiens/médecins de famille et des infirmières en soins primaires](#), août 2014.

²³⁹ Société canadienne des médecins de soins palliatifs, [Backgrounder: Palliative Care \(Medical\) Education](#), janvier 2015.

C. Les autres options de soins de fin de vie

Même si la plupart des discussions sur les soins de fin de vie ont mis l'accent sur les soins palliatifs et l'aide à mourir, le Comité a entendu parler d'autres choix que les individus ont le droit de faire et d'autres décisions qu'ils peuvent prendre pour que leurs souhaits et leurs désirs soient respectés.

Parmi ces options, les Canadiens peuvent indiquer leurs préférences en matière de traitements de fin de vie dans un plan ou une directive préalable de soins. Si une personne perd la capacité de décider elle-même des soins de santé qu'elle veut recevoir, le plan préalable de soins donne à ses proches et aux professionnels de la santé une idée de ses souhaits²⁴⁰. En l'absence de plan préalable de soins (ou lorsque le plan préalable ne traite pas d'une situation en particulier), une personne agissant au nom du patient peut aussi prendre des décisions pour lui en matière de soins de santé. Ces personnes sont communément appelées des fondés de pouvoir ou des mandataires spéciaux²⁴¹. Une autre option semblable permet à une personne de remplir une ordonnance de non-réanimation. Lorsqu'une telle ordonnance a été remplie, les professionnels de la santé ne tenteront pas de manœuvres de réanimation cardiopulmonaire en cas d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance respiratoire.

Une personne a aussi le droit de refuser un traitement ou d'arrêter un traitement déjà en cours, même si le traitement pourrait être nécessaire pour sauver, prolonger ou maintenir sa vie. De la même manière, une personne a le droit de refuser de s'alimenter ou de s'hydrater (oralement ou autrement).

La sédation palliative est un traitement qui a été défini et interprété de manière générale. Selon le Portail canadien en soins palliatifs, la sédation palliative peut être une option de dernier recours lorsque les traitements habituels ne permettent pas de soulager les symptômes graves et insoutenables en fin de vie. Si cette option est choisie, et après qu'elle a été discutée avec une personne compétente (ou la famille ou le mandataire spécial), un médicament est administré au patient pour lui procurer un confort impossible à atteindre autrement. La sédation palliative est une réponse proportionnée, car il est possible de changer de médicament et d'ajuster la dose selon l'effet recherché (de l'effet calmant au sommeil profond), et il est aussi possible de diminuer la sédation pour permettre à la personne d'être plus éveillée. La sédation palliative n'a pas pour objectif de causer ni d'accélérer la mort, mais d'assurer le confort de la personne jusqu'à son décès des suites de sa maladie.

Au bout du compte, les Canadiens devraient pouvoir faire un véritable choix éclairé entre l'aide médicale à mourir, aucune intervention médicale et d'excellents soins palliatifs.

²⁴⁰ Association médicale canadienne, [Les soins de fin de vie – Un dialogue national](#), juin 2014.

²⁴¹ Portail canadien en soins palliatifs, [La planification préalable des soins au Canada](#), le 15 juillet 2015.

Chapitre 14. Prochaines étapes

Il est reconnu de longue date qu'il existe des écarts dans l'accès aux soins palliatifs au Canada et qu'une initiative nationale s'impose dans ce secteur, comme il en a été fait mention plus haut et comme le démontrent des rapports et des études qui remontent à l'année 2000²⁴². Le cadre national *La voie à suivre* constitue une initiative récente pertinente²⁴³. Menée par la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité au Canada²⁴⁴, gérée par l'Association canadienne de soins palliatifs et financée par le gouvernement fédéral, cette initiative vise à guider les professionnels des soins de santé, les dirigeants du secteur de la santé, les planificateurs de programmes et les autres intervenants dans l'adoption d'une approche intégrée en matière de soins palliatifs au sein de leurs collectivités et de leurs organismes. Elle pourrait servir de carte routière pour le futur financement gouvernemental, ou du moins de point de départ pour des discussions à ce sujet. L'Association médicale canadienne a également publié un appel à l'action relatif aux soins palliatifs en mai 2015²⁴⁵.

« Étant donné la pression que subit le gouvernement depuis l'arrêt Carter, il s'agit d'un moment extrêmement important pour nous tous, [...] c'est l'occasion de pousser le gouvernement à élaborer et à financer adéquatement une stratégie et un plan nationaux en matière de soins palliatifs » – Richard Elliott, directeur général, Réseau juridique canadien VIH/sida

La décision de la Cour suprême et l'avènement de l'aide médicale à mourir au Canada pourraient constituer l'argument principal pour justifier la nécessité de mettre en place une initiative nationale en matière de soins palliatifs. Comme la prestation des soins palliatifs relève des provinces et des territoires, une collaboration à l'échelle du Canada s'imposerait. De nombreux intervenants, parties intéressées et experts ont fait valoir qu'une uniformité accrue des soins offerts au Canada est nécessaire, ce qui pourrait obliger le gouvernement fédéral à jouer un plus grand rôle qu'auparavant. Certaines parties intéressées, à l'instar de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, ont

demandé que les exigences en matière de déclaration de renseignements et de responsabilisation du cadre de l'aide médicale à mourir comprennent l'élaboration d'indicateurs de qualité pour procéder au suivi et à la mesure de l'accès aux soins palliatifs.

²⁴² Par exemple : Sénat du Canada, *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, juin 2000, et Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, novembre 2002.

²⁴³ Association canadienne des soins palliatifs, *Cadre national « Aller de l'avant » : Feuille de route pour l'intégration de l'approche palliative*, mars 2015.

²⁴⁴ La Coalition pour des soins de fin de vie au Canada est un réseau d'organisations nationales représentant des fournisseurs de soins, des bénévoles, des professionnels des soins de santé, des patients, des familles et tous ceux ayant un intérêt pour des soins de fin de vie de qualité. Pour plus d'informations, voir : Coalition pour des soins de fin de vie de qualité, [À propos](#).

²⁴⁵ Association médicale canadienne, *Soins palliatifs – Appel à l'action nationale de l'Association médicale canadienne – Exemples de modèles novateurs de prestation de soins, de possibilités de formation et de médecins chefs de file en soins palliatifs*, mai 2015.

A. Le rôle du gouvernement fédéral dans l'amélioration des soins palliatifs et des soins de fin de vie

Depuis des années, le gouvernement fédéral assure un certain leadership à l'égard de certains enjeux afférents aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie pour s'acquitter de son rôle dans le secteur de la santé²⁴⁶. Plusieurs initiatives pertinentes sont décrites dans les prochaines pages.

1. Établissement et application de principes nationaux pour le système de soins de santé au moyen de la *Loi canadienne sur la santé*

Au cours de ses consultations, le Comité a appris qu'une façon de rendre l'accès aux soins palliatifs au Canada plus facile et plus équitable serait de modifier la *Loi canadienne sur la santé* de sorte qu'elle englobe les soins palliatifs en particulier. Bien que cette proposition ait été formulée à de nombreuses reprises, il semble qu'elle rend compte d'une mauvaise compréhension de la *Loi canadienne sur la santé*. La *Loi canadienne sur la santé* établit les critères et les conditions que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au montant total du Transfert canadien en matière de santé. Les cinq principales conditions d'octroi sont les suivantes selon la Loi : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. De plus, la *Loi canadienne sur la santé* énonce que les services d'un hôpital ou d'un médecin qui sont médicalement nécessaires sont assujettis à la Loi. Par conséquent, ils doivent être offerts dans le cadre de régimes provinciaux d'assurance-santé. La Loi ne définit pas les services médicalement nécessaires et ne les énumère pas; ce sont les provinces et les territoires qui doivent le faire. La modification de la Loi afin qu'elle comprenne les soins palliatifs laisserait tout de même la responsabilité aux provinces et aux territoires de déterminer non seulement les normes de soins, mais également les traitements et les services qui seraient financés par des fonds publics. À moins que les gouvernements soient prêts à rouvrir et à renégocier la *Loi canadienne sur la santé*, d'autres options doivent être envisagées.

2. Contribuer au financement des services de soins de santé provinciaux et territoriaux au moyen de paiements de transfert fiscaux

Le gouvernement fédéral finance couramment des programmes et services dont la prestation est assurée par les provinces et les territoires, et ce, au moyen de quatre principaux mécanismes : le Transfert canadien en matière de santé, le Transfert canadien en matière de programmes sociaux, le Programme de péréquation et la Formule de financement des territoires. Le Transfert canadien en matière de santé, qui constitue, à 32,1 milliards de dollars 2014-2015²⁴⁷, le plus important transfert de fonds aux provinces et aux territoires, devrait croître de 6 % jusqu'en 2016-2017, puis d'au moins 3 % par année jusqu'en 2017-2018²⁴⁸. Pour avoir droit au Transfert canadien en matière de santé, il suffit aux provinces et aux territoires de satisfaire aux critères énoncés par la *Loi canadienne sur la santé*. Aucune autre exigence ne s'applique. Par conséquent, il serait difficile pour le gouvernement fédéral d'exiger des provinces et des territoires qu'ils offrent des services supplémentaires dans le cadre de

²⁴⁶ Gouvernement du Canada, *Rôle du fédéral dans la santé*.

²⁴⁷ Bureau du directeur parlementaire du budget, *Transferts fédéraux aux provinces et aux territoires en 2014-2015*, juin 2014.

²⁴⁸ Ministère des Finances du Canada, *Transfert canadien en matière de santé*.

l'accord en place. Si le gouvernement récemment élu est disposé à entamer des discussions avec les provinces et les territoires au sujet des soins de santé, les soins palliatifs seraient un élément important à inclure à l'ordre du jour.

Le gouvernement fédéral pourrait également pousser les provinces et les territoires à agir en exerçant son pouvoir de dépenser²⁴⁹, plus précisément en octroyant un financement réservé supplémentaire. Il existe de nombreux exemples de telles ententes de financement dans le domaine des soins de santé, bien que la tendance soit à la baisse depuis les dernières années²⁵⁰. Par exemple, de 2000 à 2006, le gouvernement fédéral a octroyé par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires 800 millions de dollars aux provinces, aux territoires et à des organismes de soins de santé pour qu'ils améliorent les soins de santé primaires offerts. La mise en place d'un mécanisme semblable pourrait pousser les responsables de tout le pays à agir dans le secteur des soins palliatifs. Il convient de noter que certaines provinces ne reconnaissent ni la légitimité ni la constitutionnalité de l'exercice du pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral dans les secteurs de compétence provinciale. C'est le cas du Québec, qui a par le passé utilisé le terme fédéralisme asymétrique pour décrire les dépenses du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé.

3. Offrir des services de santé à des groupes de la population qui relèvent du gouvernement fédéral

Selon la Constitution, il incombe au gouvernement fédéral d'offrir des services de soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Il fournit également des services de santé aux membres des Forces canadiennes, aux vétérans admissibles, aux demandeurs d'asile et aux détenus des pénitenciers fédéraux. Selon certains groupes rencontrés par le Comité, le gouvernement fédéral pourrait donner l'exemple en fournissant des soins palliatifs et des soins de fin de vie améliorés à ces populations.

4. Exeracer d'autres fonctions relatives à la santé, notamment dans le cadre de programmes de santé publique, de protection de la santé et de recherche en santé

Le gouvernement fédéral assume un certain nombre de responsabilités dans le secteur des soins de santé, en plus de financer des services dont la prestation est assurée par les provinces et les territoires. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada sont les organismes qui assument la majorité de ces responsabilités. Santé Canada protège les Canadiens contre les produits alimentaires, les produits de santé et les produits de consommation généraux qui ne sont pas sûrs, soutient la prestation des soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits, favorise l'innovation dans le domaine des soins de santé, et donne de l'information sur la santé aux Canadiens. L'Agence de la santé publique du Canada fait porter le gros de ses efforts sur la prévention des maladies chroniques et des blessures, sur la réponse aux urgences en matière de santé publique et sur l'intervention en cas de flambées de maladies infectieuses. Une troisième entité, les Instituts de recherche en santé du Canada, soutient la recherche

²⁴⁹ Au Canada, le pouvoir fédéral de dépenser a été défini comme étant « le pouvoir qu'a le Parlement de verser certaines sommes aux individus, aux organisations ou aux gouvernements, à des fins au sujet desquelles le Parlement canadien n'a pas nécessairement le pouvoir de légiférer ». Gouvernement du Canada, *Les subventions fédérales-provinciales et le pouvoir de dépenser du Parlement canadien*, 1969, p. 5.

²⁵⁰ Ministère des Finances du Canada, *Investissements fédéraux à l'appui des soins de santé*.

en vue d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs services et produits de santé et de renforcer le système de soins de santé.

Le gouvernement fédéral a également soutenu la mise en place et contribué au financement d'un certain nombre d'organismes indépendants qui font la promotion de l'amélioration du système de santé et de la prise de décisions par l'intermédiaire d'activités fondées sur le savoir. Le fonctionnement de ces organismes n'empiète pas sur les responsabilités des provinces ou territoires puisqu'ils n'offrent pas de services de santé. Par exemple, le Partenariat canadien contre le cancer est responsable de la direction et de l'implantation de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer. Le gouvernement fédéral pourrait mettre en place un processus similaire et nommer un organisme responsable d'une stratégie nationale en matière de soins palliatifs qui respecte le principe du fédéralisme coopératif.

Étant donné l'absence d'organisme responsable des soins palliatifs et des soins de fin de vie, des organismes pancanadiens actuellement financés par le gouvernement du Canada pourraient, dans le cadre de leur mandat actuel, songer à exercer des activités visant à accélérer l'adoption de pratiques exemplaires en matière de soins palliatifs dans tout le Canada.

5. Offrir des programmes et des services de soins de fin de vie complémentaires

Certains groupes ont fait valoir qu'il faut instaurer un bon système de soins palliatifs avant d'accorder le droit de recevoir l'aide médicale à mourir, mais cette option est difficile à mettre en pratique sur le plan logistique. L'organisme Dying With Dignity Canada a précisé clairement dans sa présentation au Comité qu'il s'oppose fermement à tout délai supplémentaire puisque ce sont les personnes qui souffrent déjà qui en paieraient le prix. Dans plusieurs mémoires, on affirme que l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs ne devraient pas être présentés et étudiés comme des notions antagonistes.

Selon ce qu'a entendu le Comité, les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir devraient être accessibles aux Canadiens et répondre à leurs attentes. La D^{re} Francine Lemire, présidente et directrice générale du Collège des médecins de famille du Canada, a exprimé cette idée de façon claire lors de l'exposé qu'elle a présenté au Comité :

[...] Bien qu'il soit urgent que nous obtenions un meilleur accès à des soins palliatifs de qualité, l'offre de meilleurs soins palliatifs ne répond pas en soi aux attentes des Canadiens en matière d'options en fin de vie, qui comprennent l'aide médicale à mourir. Selon de nombreux sondages, une grande majorité de Canadiens croient que l'aide médicale à mourir devrait être une option. À titre de fournisseurs de soins de santé, [...] de décideurs et de conseillers, nous avons la responsabilité d'écouter le public.

B. Garantir un accès à une assurance-maladie complémentaire, comprenant une assurance-médicaments, pour les soins à domicile et les mesures de soutien en cas d'incapacité

Les soins palliatifs étaient manifestement un thème important pendant les consultations, mais d'autres programmes et services de santé et sociaux ont fait l'objet de discussions. Richard Elliot, directeur

général du Réseau juridique canadien VIH/sida, a fait ressortir la nécessité d'un programme d'assurance-médicaments national, précisant que l'absence d'un tel programme constitue une lacune terrible de notre système public d'assurance-maladie. De nombreuses personnes ont également décrit les lacunes des soins à domicile. Le manque de soins à domicile empêche certaines personnes de vivre leur vie de façon indépendante et limite leurs choix en matière de lieu de domicile, de travail et de loisir. L'amélioration des soins à domicile contribuerait à réduire certaines sources de vulnérabilité et de souffrance et pourrait potentiellement amener certaines personnes à moins vouloir obtenir l'aide médicale à mourir.

Le Comité a également appris que certaines solutions, comme le soutien en cas d'incapacité et d'autres programmes et services sociaux, pourraient être offertes par des intervenants à l'extérieur du système de soins de santé. Comme l'a précisé David Baker, avocat spécialisé dans la défense des droits des personnes handicapées : « Les personnes handicapées et en phase terminale doivent pouvoir vivre de manière indépendante et obtenir tous les services de soutien nécessaires. Les choix concernant la mort ne doivent pas découler du fait que la vie est devenue insoutenable en raison d'un manque de choix et de contrôle ». L'aide à la vie quotidienne contribuerait à alléger les souffrances. Richard Elliot a présenté un résumé de la question :

Nous devons faire en sorte que les personnes aient un revenu de base et un domicile adéquats. [...] Nous devons mettre en place une stratégie de logement nationale, nous devons offrir un revenu annuel garanti, nous devons avoir des soins de santé universels adéquats qui comprennent un accès à une assurance-médicaments et à des soins palliatifs. [...] Tous les choix que nous faisons dans la vie dépendent de notre situation. Cela ne signifie pas que nous n'avons aucune autonomie, mais nous ne sommes pas tous entièrement autonomes, indépendants des circonstances dans lesquelles nous vivons. Si possible, nous devons faire tout en notre pouvoir [...], à des fins de justice sociale et de respect des droits de la personne, pour veiller à ce que les personnes puissent prendre ce genre de décision de la façon la plus autonome possible, sans y être contraintes parce qu'elles sont pauvres, sans y être contraintes parce qu'elles sont sans abri, sans y être contraintes parce qu'elles n'ont pas accès aux médicaments nécessaires pour soulager leur souffrance ou la prévenir [...], nous devons traiter les problèmes de santé qui peuvent être traités pour faire en sorte que la décision concernant la fin de vie ne soit pas, par exemple, motivée par le manque d'accès à des soins palliatifs adéquats. [...] Je crois donc qu'il serait très important que le Comité fasse part au gouvernement de son point de vue, non seulement sur les paramètres précis qui déterminent quand on peut obtenir l'aide médicale à mourir, mais également sur des choses que le gouvernement devrait faire, notamment financer adéquatement le système de santé, y compris les soins palliatifs, y compris l'assurance-médicaments universelle. En fait, il faudrait qu'il offre les conditions sociales minimales qui permettent de vivre dans la dignité. C'est en dernière analyse le problème de structure sous-jacent qui doit être réglé dans ce cas. Or, les paramètres précis de l'aide médicale à mourir s'inscrivent vraiment dans un contexte plus vaste. Améliorons donc ce contexte. Les deux doivent véritablement aller de pair.

Partie V – Conclusion

Réflexions finales

Tous les membres du Comité se sentent privilégiés qu'on leur ait confié la tâche dont nous avons été chargés. Nombreux sont ceux qui ont qualifié notre tâche de défi de taille, mais nous reconnaissons le grand honneur qui nous a été fait d'être choisis pour avoir des échanges avec les Canadiens sur un sujet aussi important. Nous avons écouté les préoccupations et les attentes des Canadiens, et nous avons aussi consulté des experts d'administrations qui autorisent diverses formes d'aide médicale à mourir.

L'aide médicale à mourir est un enjeu complexe, difficile et chargé d'émotivité. Le Comité a remarqué très rapidement que les gens ont, à ce sujet, des opinions qui leur tiennent à cœur. Chaque prise de position que le Comité a entendue – qu'elle appuie l'aide à mourir ou s'y oppose – a été éclairée par la compassion, l'empathie et le respect. Nous avons essayé de rendre compte de la diversité et de la richesse de ces opinions du mieux que nous le pouvions et en tenant compte du temps qui nous a été accordé.

Nous sommes convaincus que pour mettre en œuvre un cadre sûr et mûrement réfléchi d'aide médicale à mourir qui donne un accès équitable aux Canadiens admissibles, toutes les administrations du Canada devront collaborer sans réserve. Nous savons que les provinces et les territoires n'ont pas ménagé leurs efforts pour créer un cadre. Les organismes de réglementation de la médecine ont aussi fait preuve de diligence dans leurs préparations.

La mise en œuvre passera obligatoirement par le savoir-faire de nombreux secteurs. Nos consultations ont visé surtout le secteur de la santé, mais le Comité a aussi réuni des idées précieuses des domaines du droit et de l'éthique, ainsi que de la société civile. Ces domaines ont beaucoup à offrir au sujet de l'aide médicale à mourir et leurs contributions devraient orienter les politiques futures. D'autres études dans le secteur de la santé porteront certainement fruit, tout comme le feront d'autres efforts déployés pour mettre à contribution des personnes de domaines comme le travail social et les soins spirituels.

La recherche d'un consensus doit constituer un but important de l'établissement d'un cadre d'aide médicale à mourir au Canada. Il existe des opinions divergentes sur de nombreux aspects de l'aide médicale à mourir, mais il y a aussi des aspects sur lesquels on s'entend de plus en plus : c'est notamment le cas du besoin de mesures de sauvegarde bien réfléchies, de mécanismes de surveillance et d'un cadre renforcé de soins palliatifs qu'il s'agit d'établir parallèlement à celui qui donne accès à l'aide médicale à mourir conformément à la décision *Carter*. Quel qu'il soit, le système mis en place devrait faire l'objet de recherches et d'évaluations périodiques qui viseront à favoriser des améliorations, si tant est qu'elles sont nécessaires.

Les Canadiens auront bientôt des choix qui leur permettront de contrôler davantage la fin de leur vie. Il incombe à la société canadienne de veiller à ce que ces choix soient éclairés et abordés avec une habileté, une compassion et un respect consommés.

Remerciements

D'abord et avant tout, nous tenons à remercier et à souligner la contribution de tous ceux qui ont pris le temps de rencontrer le Comité et de lui faire part de leurs réflexions et de leurs expériences dans le contexte de nos consultations en ligne. Tous les exposés et les mémoires que nous avons reçus ont tous, sans exception, été marqués au coin de l'authenticité, ont éclairé le débat et ont témoigné d'un engagement authentique à participer de façon constructive à ce grand dossier d'une importance capitale. Les contributions que nous avons reçues ont été une source à la fois d'humilité et d'inspiration. Nous vous sommes sincèrement et profondément reconnaissants de votre engagement civique généreux dans cet exercice partagé.

Secrétariat

Les membres du Comité ont eu la chance de bénéficier de l'aide d'une équipe vraiment remarquable d'individus provenant de Justice Canada, de Santé Canada et de la Bibliothèque du Parlement, qui l'ont épaulé dans son travail. Nous sommes immensément reconnaissants à Steve Mihorean, directeur exécutif du Secrétariat, et à Scott Hamilton, directeur des Opérations. Grâce à leur habileté, leur force de caractère et leur bonne humeur inépuisables, ils ont tous deux guidé habilement le Comité et ses activités au cours de nombreuses périodes de turbulences, et de calme occasionnel, pour l'aider à respecter ses échéanciers excessivement ambitieux de consultation des Canadiens et de présentation au gouvernement d'un rapport professionnel et réfléchi. Nous remercions aussi du fond du cœur Rose Homier, gestionnaire administrative, Martin Ducharme, analyste principal des politiques, Christine Roush, stratège principale en communications, Martha Butler, rédactrice principale, Ben Sharpe, conseiller en communications, Michael Lorde, analyste en recherche, Caroline Quesnel, rédactrice, Erin Virgint, rédactrice, et Rozie Chaudhry, agente d'administration.

Autres remerciements importants

Les contributions de Patricia Seeley sont trop nombreuses et cruciales de tellement de façons pour que nous puissions les énumérer, et le Comité lui en est redevable.

Le Comité remercie aussi les nombreuses autres personnes et organisations qui ont contribué au succès de son travail. Des nombreux organismes du secteur privé ont aidé à concevoir et administrer le site Web du Comité, les consultations en ligne, les services de relations avec les médias, de rédaction et de traduction, notamment.

Nous sommes aussi profondément reconnaissants à Michelle Douglas du ministère de la Justice du Canada qui nous a donné accès à son réseau international impressionnant dont les membres, de concert avec le personnel des missions canadiennes aux Pays-Bas, en Belgique et en Suisse, ont permis à notre mission d'étude en Europe d'être aussi fructueuse.

Enfin, nous sommes reconnaissants aux nombreux fonctionnaires de Justice Canada, de Santé Canada et de la Bibliothèque du Parlement de leurs séances d'information, de leurs conseils et de leur soutien.

Les erreurs et les omissions sont toutes de notre responsabilité.



Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada
External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada



Annexe A

Rapport des résultats du cahier de questions

Consultation sur l'aide médicale à mourir



Le 6 février 2015, dans sa décision à la cause *Carter c. Canada*, la Cour suprême du Canada a déclaré que l'alinéa 241(b) et l'article 14 du *Code criminel* violent les droits constitutionnels de certains adultes souffrant de maladies graves et irrémédiables. Selon ces dispositions du *Code criminel*, il est désormais illégal pour quiconque, y compris un médecin, d'aider une personne à mourir ou de lui infliger la mort. La Cour a ordonné que les dispositions du *Code criminel* demeurent en vigueur pendant 12 mois pour donner au Parlement le temps de réagir.

Le 17 juillet 2015, le gouvernement du Canada a mis sur pied le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* (le Comité) pour qu'il mène des consultations auprès des Canadiens et des intervenants clés quant aux enjeux importants de l'aide médicale à mourir, comme la détermination des risques et l'étude de ce à quoi pourraient ressembler les règles et les mesures de sauvegarde.

Le présent rapport détaille les résultats de la consultation en ligne.

Table des matières

- 4** Résumé
- 22** Qui a répondu?
- 36** Résultats détaillés
- 37** ➤ L'admissibilité
- 66** ➤ Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité
- 76** ➤ Les risques
- 118** ➤ Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs de risque
- 132** ➤ Les mesures de sauvegarde
- 162** ➤ Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde
- 175** Évaluation du cahier de questions par les répondants

Résumé

Instrument de consultation – le « cahier de questions »

Le Comité a eu recours à une méthodologie de consultation publique dite « cahier de questions ». Sorte de cahier de travail, il prend ses racines dans le domaine de la participation et du débat publics plutôt que dans un sondage de recherche sur l'opinion publique.

Plutôt que de simplement poser des questions pour mesurer les opinions du public, le cahier de questions visait à recueillir une rétroaction plus éclairée en exposant les répondants à une information de contexte, à différentes perspectives relatives à l'aide à mourir ainsi qu'à des scénarios fictifs. Le Comité a utilisé cet instrument pour aider les Canadiens à prendre en considération les divers enjeux complexes liés à l'aide à mourir, puis à exprimer des opinions éclairées en répondant à des séries de questions.

suite...

Instrument de consultation – le « cahier de questions » (suite)

L'avantage de la méthodologie du cahier de questions est que, en transmettant de l'information et de la « matière à réflexion », il fait en sorte que les répondants ont une compréhension de base de la question de fond, de sa terminologie et des différents points de vue qu'elle suscite.

Par conséquent, le cahier de questions pourrait ne pas générer les mêmes résultats qu'un sondage d'opinion publique traditionnel sur un sujet donné. L'information communiquée aux participants ne vise pas à les « persuader » de répondre aux questions dans un certain sens prédéterminé.

Les cahiers de travail ont été utilisés dans de nombreuses consultations en ligne ces 15 dernières années.

Exemple de page du cahier de questions : Contexte

Le cahier de questions débutait en transmettant aux répondants de l'information factuelle à propos du Comité, de son mandat, de l'aide à mourir et de la terminologie connexe.

Accueil Comité Consultations Salle de lecture FAQ Nouvelles Nous joindre Médias English

Dans notre collimateur : le suicide assisté par un médecin et l'euthanasie volontaire

Le gouvernement du Canada doit étudier la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir, situation dans laquelle une personne demande et obtient qu'un médecin praticien l'aide à mourir. Il y a deux formes d'aide médicale à mourir :

- 1. Le suicide assisté par un médecin :** C'est le cas lorsque des patients posent le geste final pour mettre fin à leur jour et qu'un médecin praticien leur fournit l'information et les moyens de le faire. Par exemple, il pourrait prescrire une dose mortelle de médicaments que les patients prennent ensuite pour mourir.
- 2. L'euthanasie volontaire :** C'est le cas lorsqu'un médecin praticien pose le geste final qui met fin à la vie du patient, à la demande de celui-ci. Par exemple, un médecin praticien pourrait injecter une dose mortelle de médicament au patient.

La décision *Carter* n'a pas autorisé l'euthanasie involontaire, situation dans laquelle le patient ne demande pas l'aide à mourir ou n'y consent pas expressément.

PRÉCÉDENT 20% SUIVANT

Exemple de page du cahier de questions : Scénarios

Le cahier de questions incluait des scénarios fictifs de manière à apporter un aspect « vraie vie » à considérer pour répondre.

Accueil Comité Consultations Salle de lecture FAQ Nouvelles Nous joindre Médias English

Scénario 2 : État qui change la vie mais qui n'est pas mortel

Imaginez que vous avez perdu les deux jambes dans un grave accident. Votre espérance de vie n'a pas changé, mais votre vie n'est certainement plus la même. Vous ne pouvez plus effectuer bon nombre des activités que vous appréciez avant votre accident. La vie vous semble morne, car bon nombre des plans que vous aviez faits semblent à présent impossibles à réaliser. Vous examinez à présent vos options.

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez être capable de recevoir l'aide médicale à mourir?

FORTEMENT EN DÉSACCORD					FORTEMENT D'ACCORD	PRÉFÈRE NE PAS LE DIRE
1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉCÉDENT  30% SUIVANT

Exemple de page du cahier de questions : Les mesures de sauvegarde

Dans une autre section, le cahier de questions interrogeait les répondants à propos des mesures de sauvegarde tout en introduisant de nouveaux éléments à prendre en considération en cliquant sur « Considérez... »

	ACCUEIL	COMITÉ	CONSULTATIONS	SALLE DE LECTURE	FAQ	NOUVELLES	NOUS JOINDRE	MÉDIAS	ENGLISH	
<h3>Sauvegardes pour les patients</h3>										
<p>Combien est-il important, selon vous, que les sauvegardes suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?</p>										
	PAS DU TOUT IMPORTANT						TRÈS IMPORTANT		PRÉFÈRE NE PAS LE DIRE	
	1	2	3	4	5					
Un document écrit officiel, rempli par le patient, énonçant la demande? <i>Considérez...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La présence d'un tiers impartial pour être témoin de la signature de la demande écrite? <i>Considérez...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un nombre de demandes répétées présentées par le patient? <i>Considérez...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un délai entre les demandes? <i>Considérez...</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PRÉCÉDENT	85%						SUIVANT		

Exemple de page du cahier de questions : Questions ouvertes

Le cahier de questions offrait aux répondants l'occasion d'ajouter d'autres éléments en répondant à une série de questions ouvertes énoncées à divers endroits.

[Accueil](#) [Comité](#) [Consultations](#) [Salle de lecture](#) [FAQ](#) [Nouvelles](#) [Nous joindre](#) [Médias](#) [English](#)

Risques supplémentaires

L'aide médicale à mourir comporte-t-elle des risques supplémentaires qui n'ont pas été évoqués? Dans l'affirmative, veuillez les décrire ci-dessous.

[PRÉCÉDENT](#)  78% [SUIVANT](#)

Méthodologie

- L'outil de consultation en ligne, le cahier de questions, a recueilli des opinions sur l'aide médicale à mourir auprès de deux groupes distincts de la population canadienne générale.
- Le premier groupe, le grand public (le « public »), réunissait les réponses de toutes les personnes souhaitant contribuer au débat. Les réponses de ce groupe n'ont pas été statistiquement pondérées et les résultats sont plus polarisés pour certaines questions.

Méthodologie

- Le second groupe, l'échantillon représentatif en ligne (l'« échantillon »), englobait 2 066 réponses d'un échantillon représentatif de la population canadienne, pondéré en fonction du recensement de 2011 selon l'âge, le sexe et la région.
- Un échantillon de cette taille est jugé exact à $\pm 2,16$ pour cent, 19 fois sur 20. Des tests non paramétriques ont été effectués pour les proportions, et tous les tests statistiques ont été réalisés au seuil de signification de 0,05.

Méthodologie

- Le groupe de l'échantillon représentatif en ligne a été tiré d'une base de données gérée activement (le panel) par Léger, la plus grande firme de sondages, de recherche et de marketing stratégique de propriété canadienne.
- Le panel du groupe de l'échantillon provient de plusieurs sources : 50 pour cent par recrutement au hasard par le centre d'appels de Léger; 35 pour cent sur invitation et par des programmes affiliés; 5 pour cent par les médias sociaux; 5 pour cent par recrutement hors ligne; et 5 pour cent par des programmes et campagnes de partenaires.
- Le panel Léger est une base de données gérée activement qui met constamment à l'essai de nouvelles méthodes et de nouveaux processus de recrutement.

Méthodologie – Utilisation de scénarios fictifs

À divers endroits du cahier de questions, de courts scénarios fictifs étaient présentés aux répondants. Chaque scénario explorait une situation possible liée à l'aide à mourir. Les participants étaient invités à prendre connaissance du scénario, puis à répondre à une série de questions de suivi.

Technique normale de consultation par cahier de travail, les scénarios servent à illustrer les considérations de fond aux répondants, en présentant leurs conséquences possibles sur les personnes dans la « vraie vie ». Les membres du Comité ont fait un travail minutieux pour produire des scénarios fictifs qui étaient réalistes, justes et équilibrés et aidaient les participants à réfléchir aux grands sujets de l'aide à mourir.

suite...

Méthodologie – Utilisation de scénarios fictifs (suite)

Un grand avantage des scénarios est qu'ils permettent aux participants de réagir à des situations concrètes – ce qui est crucial pour un sujet comme l'aide à mourir où il n'est peut-être pas opportun d'examiner la question de manière abstraite seulement. Les scénarios permettent aussi d'observer les conséquences qu'ont les changements de contexte sur les réponses. Par exemple, dans le scénario n° 2, la proportion de répondants de l'échantillon représentatif qui sont fortement d'accord chute de 13 à 6 pour cent lorsqu'on ajoute que l'événement est récent.

Les résultats de chaque scénario doivent être interprétés globalement, en comparant les réponses à la question principale (la première) avec les différences relatives dans les questions du scénario de suivi.

Méthodologie d'analyse – Données qualitatives

Plus de **1,3 million de mots** de données qualitatives (1 368 989) ont été recueillis des répondants grâce aux questions ouvertes du cahier de questions (données du grand public et de l'échantillon représentatif). Ceci correspond à *plus de deux fois* le nombre total de mots de *Le Hobbit* et de la trilogie *Le seigneur des anneaux*, de J. R. R. Tolkien, réunis.

Ces données ont été examinées et formellement analysées par une équipe de chercheurs formés en recherche qualitative, et elles ont été codées selon QSR NVivo, un instrument spécialisé d'analyse des données qualitatives. Elles ont été codées par thème et regroupées en structures de nœuds correspondant aux thèmes des réponses des participants. Nos chercheurs ont résumé les principaux thèmes et identifié des exemples de citations à inclure dans le présent rapport.

Recrutement et sensibilisation

Le Comité n'a pas pu faire la promotion active de son outil de consultation en ligne pendant la campagne électorale fédérale 2015. Il a néanmoins mené une campagne active de sensibilisation du public auprès de plus de 200 organisations canadiennes (regroupant des étudiants, des groupes d'aînés, des professionnels de la santé, etc.) pour faire connaître la consultation en ligne. Les membres du Comité ont aussi participé à plusieurs entrevues avec les médias (numériques, imprimés, radio et télévision) et utilisé le site Web du Comité (ep-ce.ca) et les médias sociaux (Twitter et Facebook) pour informer les Canadiens à propos des enjeux et de la consultation. Ces efforts ont été complétés par une campagne intensive de publicité dans les médias numériques, qui a aidé à accroître le nombre de réponses au cahier de questions pendant la dernière semaine de la consultation en ligne.

L'admissibilité

- Après avoir pris connaissance de divers scénarios, les répondants étaient généralement plus susceptibles de convenir qu'il faudrait autoriser l'aide médicale à mourir lorsque le patient est confronté à une affection grave potentiellement mortelle ou progressive. Les scénarios impliqués ici concernaient la démence avancée, les difficultés de contrôle de la douleur et l'espérance de vie à court terme.
- Les répondants étaient davantage susceptibles de ne pas être d'accord pour autoriser l'aide à mourir lorsque les scénarios impliquaient des affections ne mettant pas en cause le pronostic vital ainsi que des situations pour lesquelles il y avait possibilité de réadaptation.

Les risques

- Les répondants étaient généralement davantage préoccupés par les risques liés à la santé mentale et les préoccupations d'ordre émotif des patients, y compris les demandes d'aide à mourir formulées au cours d'un épisode qui pourrait être temporaire, et le sentiment d'isolement et de solitude du patient.
- Les répondants étaient généralement moins préoccupés par les répercussions sur les soins médicaux et les risques pour la société, y compris la façon dont l'aide à mourir pourrait modifier leur relation ou leur niveau de confiance à l'égard de leur médecin.

Les mesures de sauvegarde

- Les mesures de sauvegarde jugées les plus importantes par les répondants incluaient la formation des fournisseurs de soins et des patients relativement aux soins palliatifs ainsi que la mise en œuvre de stratégies nationales concernant les mesures de soutien et les soins à domicile pour les personnes handicapées.
- Bien que perçues comme importantes par une majorité de répondants, les mesures de sauvegarde jugées les moins importantes concernaient dans une large mesure les contrôles de procédure, y compris les demandes réitérées du patient, l'évaluation par un groupe composé de divers professionnels, la consultation d'autres personnes et les délais.

Évaluation du questionnaire du cahier de questions par les répondants

Les répondants, et surtout ceux de l'échantillon représentatif, se sont dits très satisfaits du processus de consultation :

- 90 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 74 pour cent des répondants du grand public ont indiqué que « L'information était présentée clairement » (2 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 9 pour cent des répondants du grand public étaient en désaccord);
- 87 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 65 pour cent des répondants du grand public ont jugé que « L'information était bien équilibrée entre les différents points de vue sur le sujet » (3 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 16 pour cent des répondants du grand public étaient en désaccord);
- 83 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 61 pour cent des répondants du grand public étaient d'avis que « La consultation en ligne vous a aidé(e) à en savoir plus sur les principaux enjeux et préoccupations » (3 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 17 pour cent des répondants du grand public n'étaient pas d'accord).

Qui a répondu?

Groupe 1 : Grand public (le « public »)

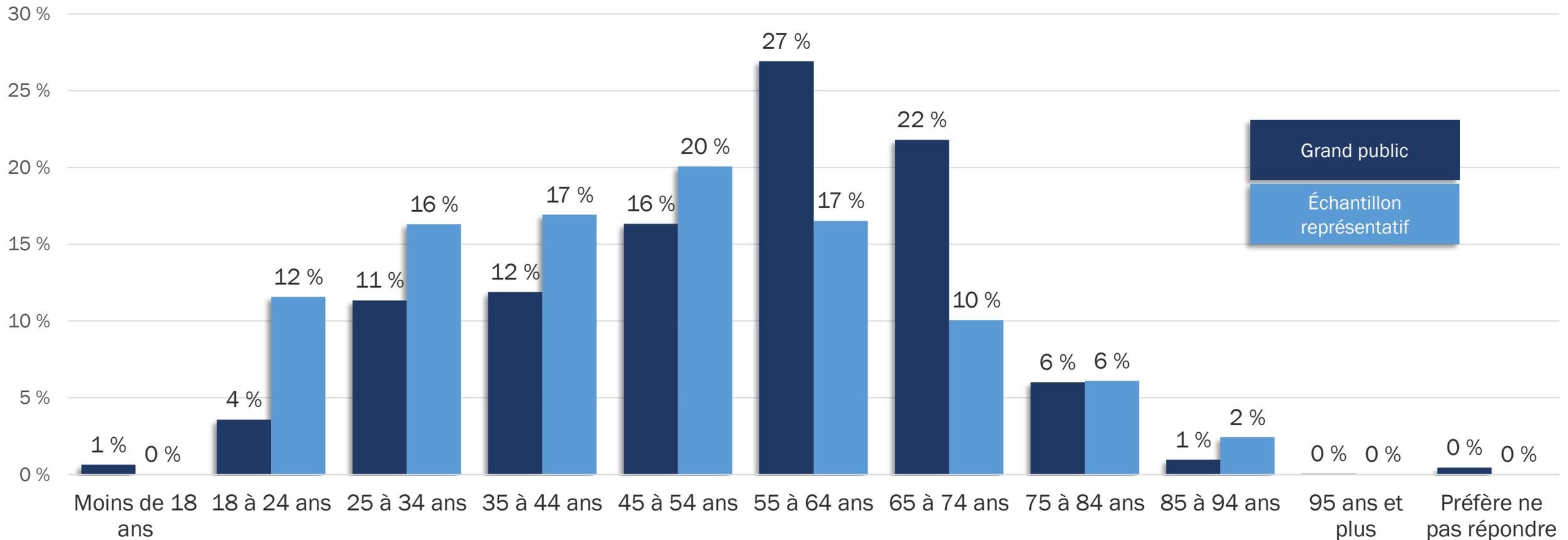
Du 20 août au 23 novembre 2015, 12 883 Canadiens ont répondu au cahier de questions. Cet outil était accessible en ligne (ainsi qu'en PDF et en version papier sur demande) pour toutes les personnes intéressées et il représentait certaines des voix les plus actives dans la consultation.

Groupe 2 : Échantillon représentatif (l'« échantillon »)

Du 27 octobre au 6 novembre 2015, un échantillon représentatif de 2 066 Canadiens ont répondu au même cahier de questions en ligne, de façon à créer une perspective contextuelle en utilisant un échantillon d'un fournisseur de panel.

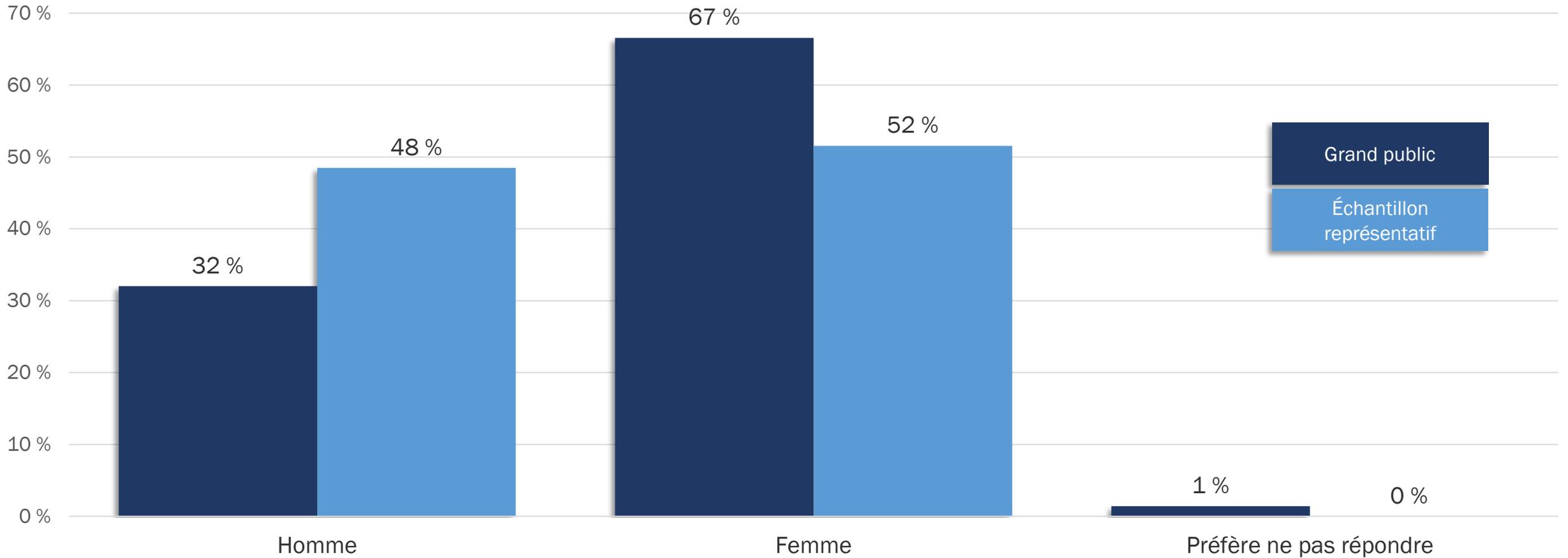
Qui a répondu?

Quel âge avez-vous?



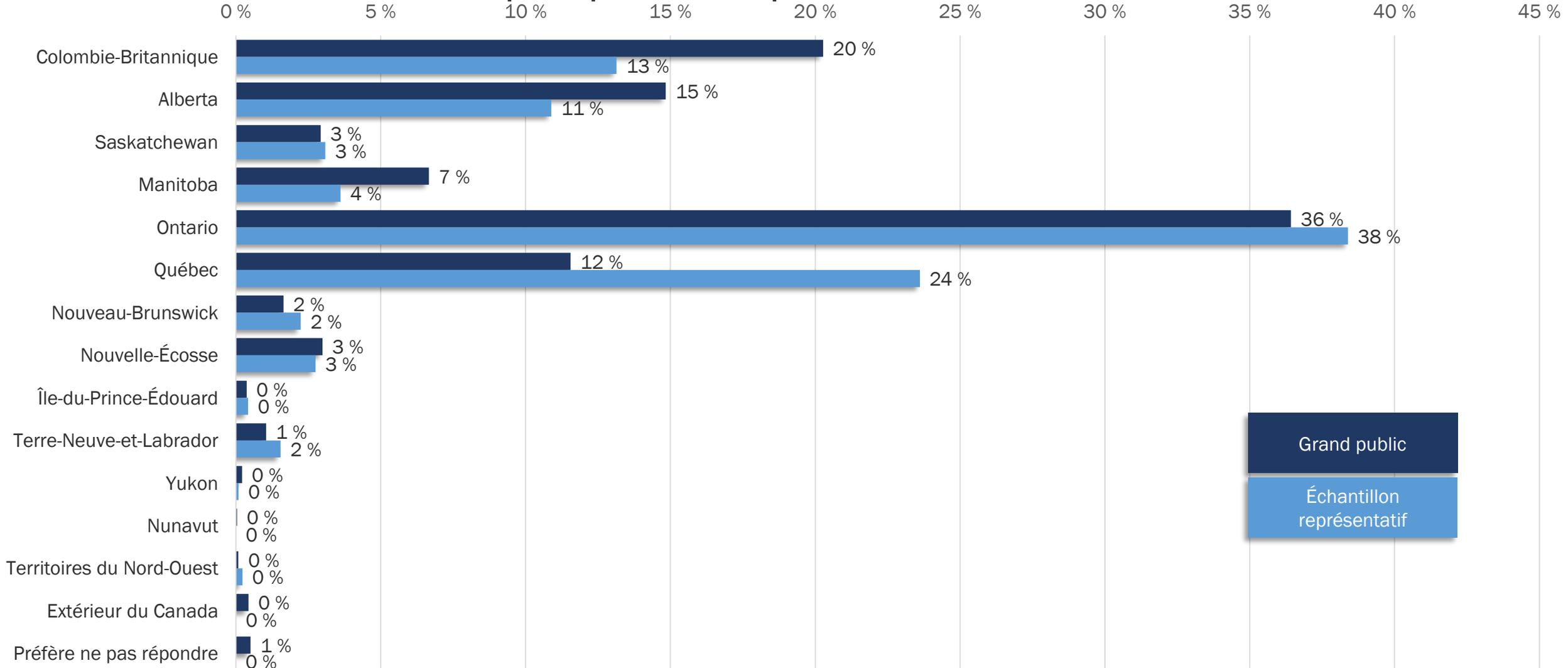
Qui a répondu?

Quel est votre sexe?



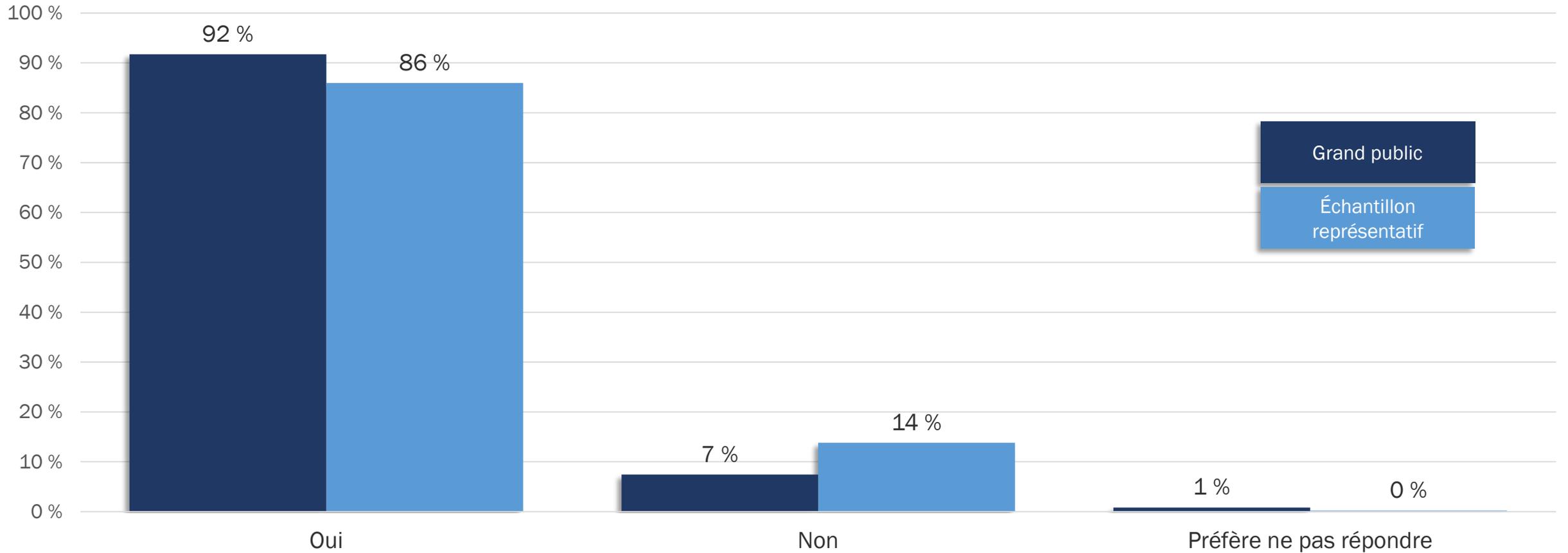
Qui a répondu?

Dans quelle province ou quel territoire habitez-vous?



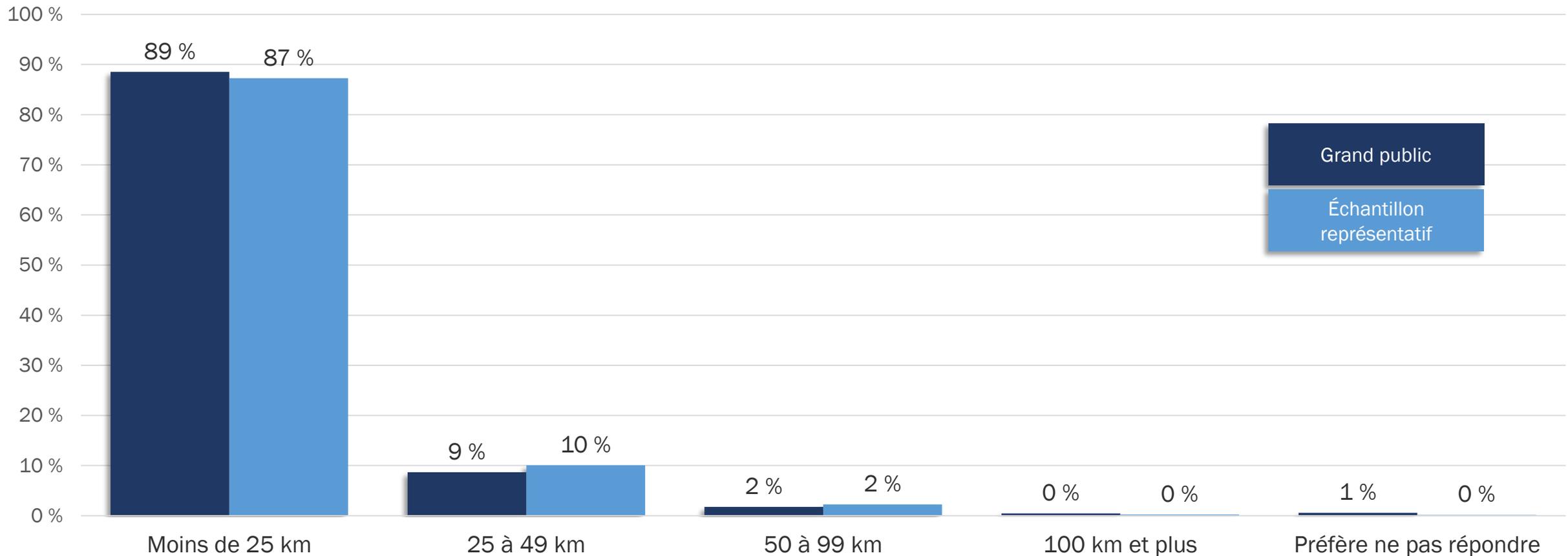
Qui a répondu?

Avez-vous un médecin de famille?



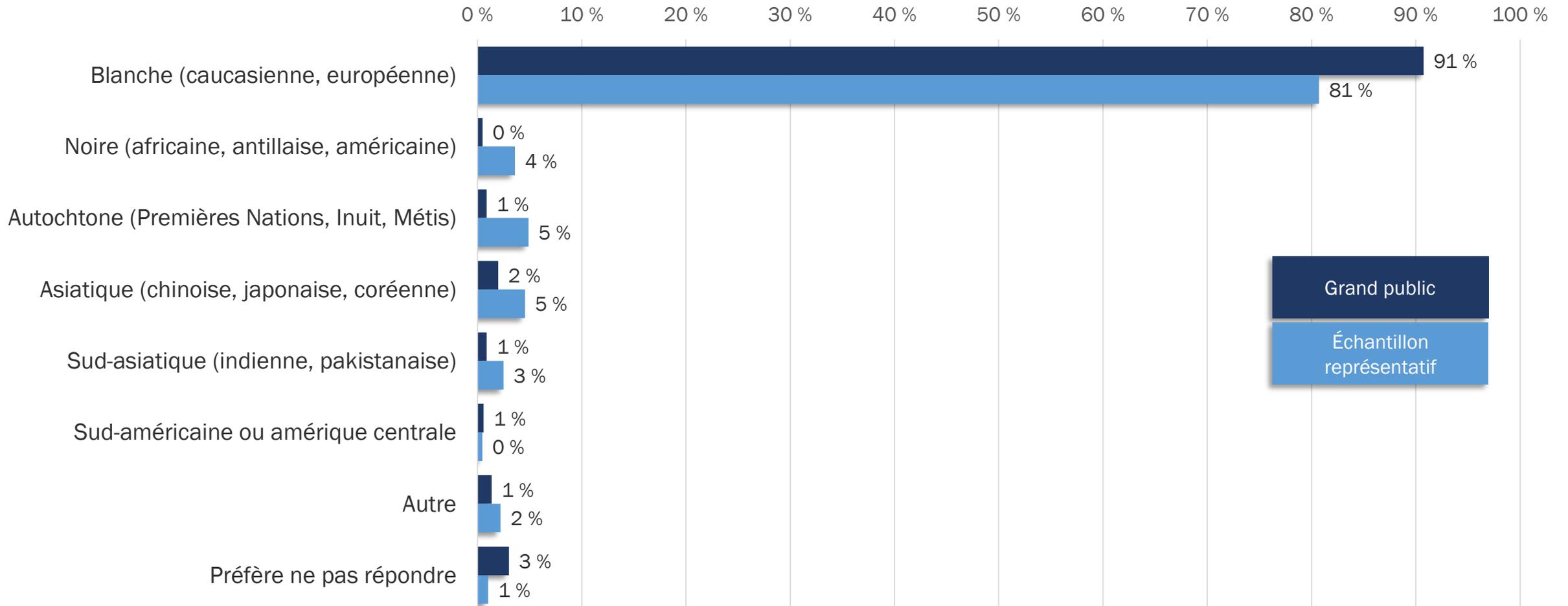
Qui a répondu?

À quelle distance approximative de votre domicile se trouve l'hôpital le plus proche dans lequel vous pourriez être admis(e) pour des soins?



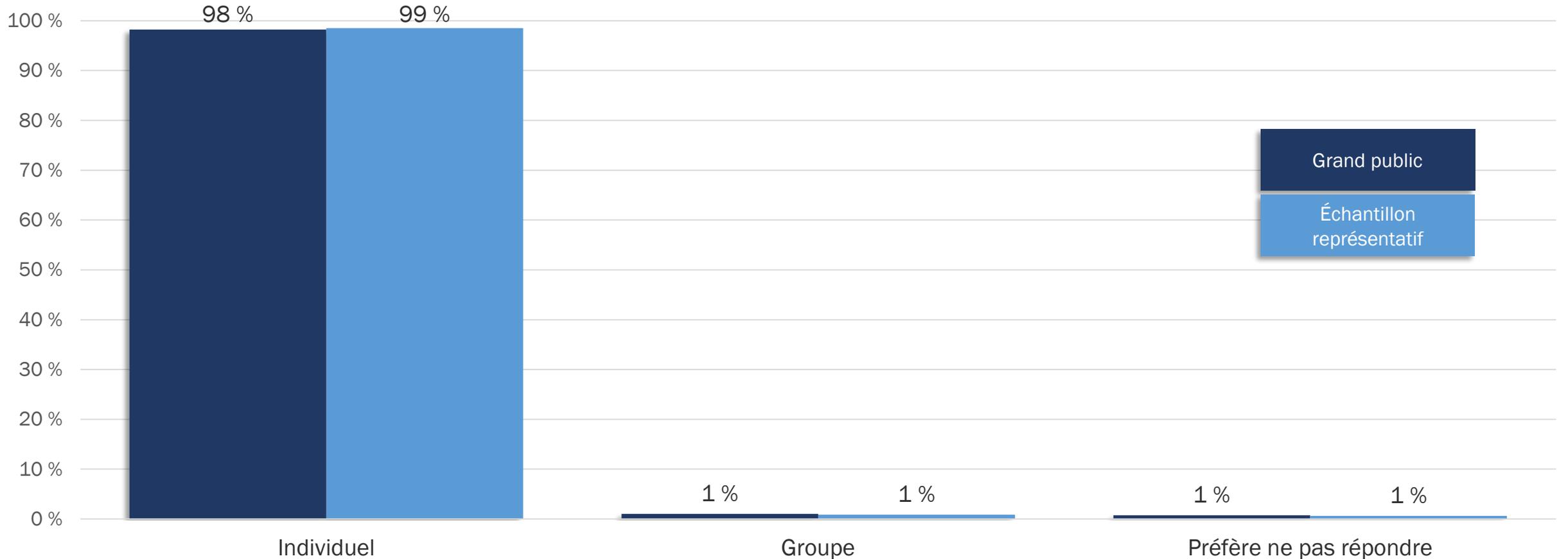
Qui a répondu?

De quelle origine ethnique ou culturelle vous considérez-vous principalement?



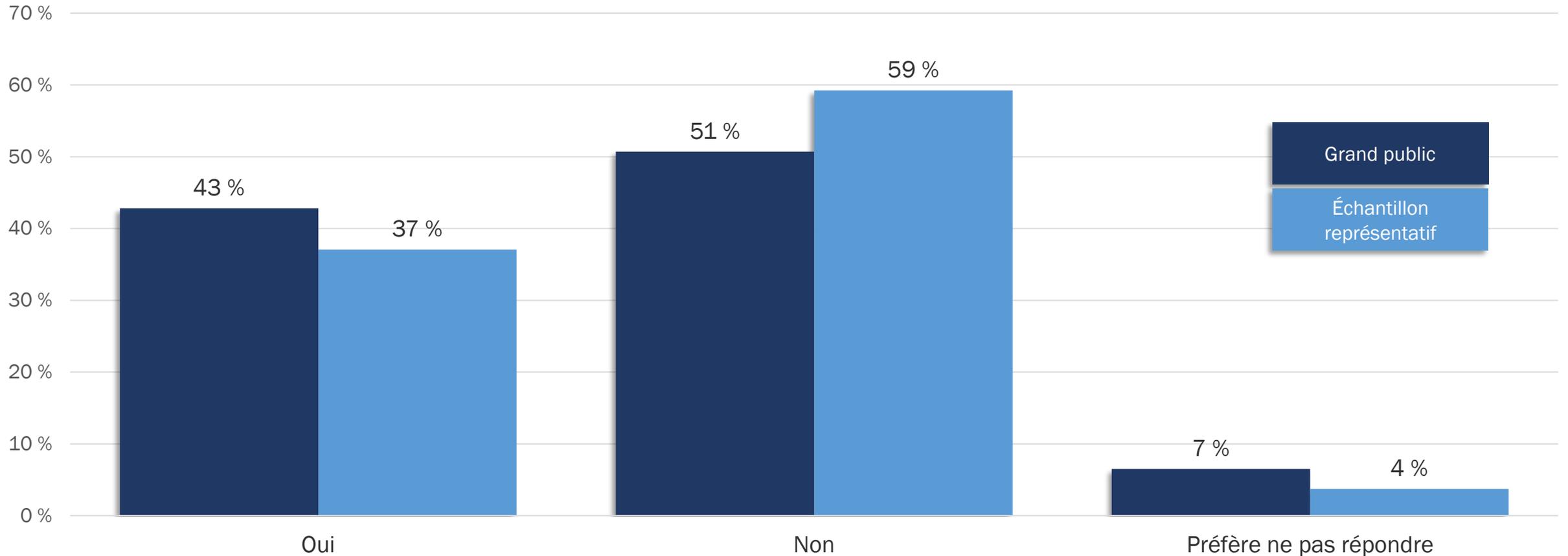
Qui a répondu?

Répondez-vous à titre individuel ou représentez-vous le point de vue d'un groupe?



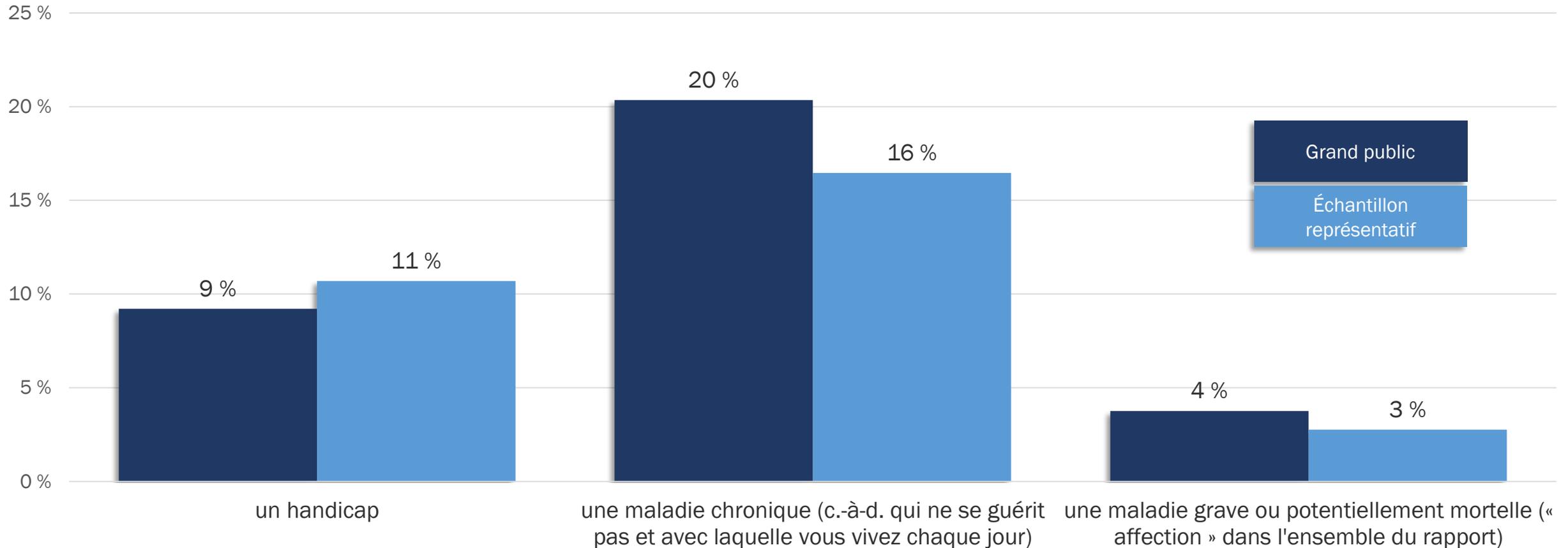
Qui a répondu?

La foi joue-t-elle un rôle important dans la façon dont vous appréhendez les questions de vie et de mort?



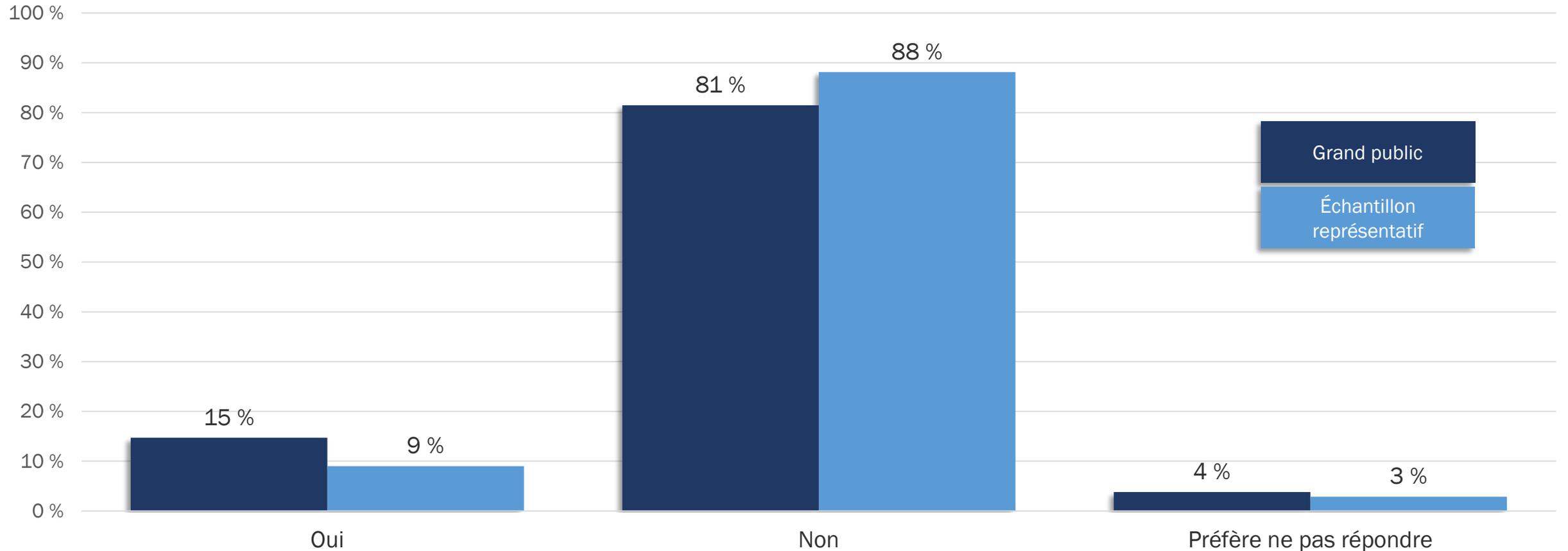
Qui a répondu?

Êtes-vous atteint(e) de...



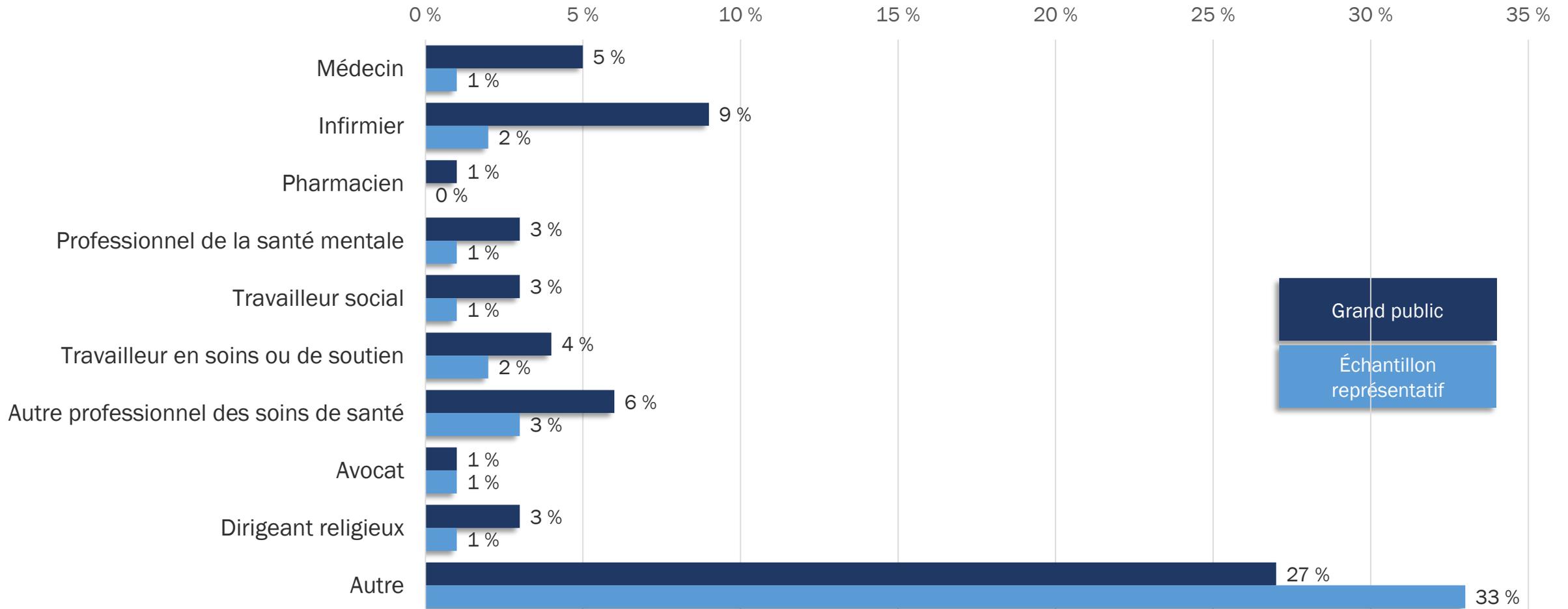
Qui a répondu?

Envisagez-vous ou avez-vous déjà envisagé de demander de l'aide pour mettre fin à vos jours (p. ex. à votre médecin)?



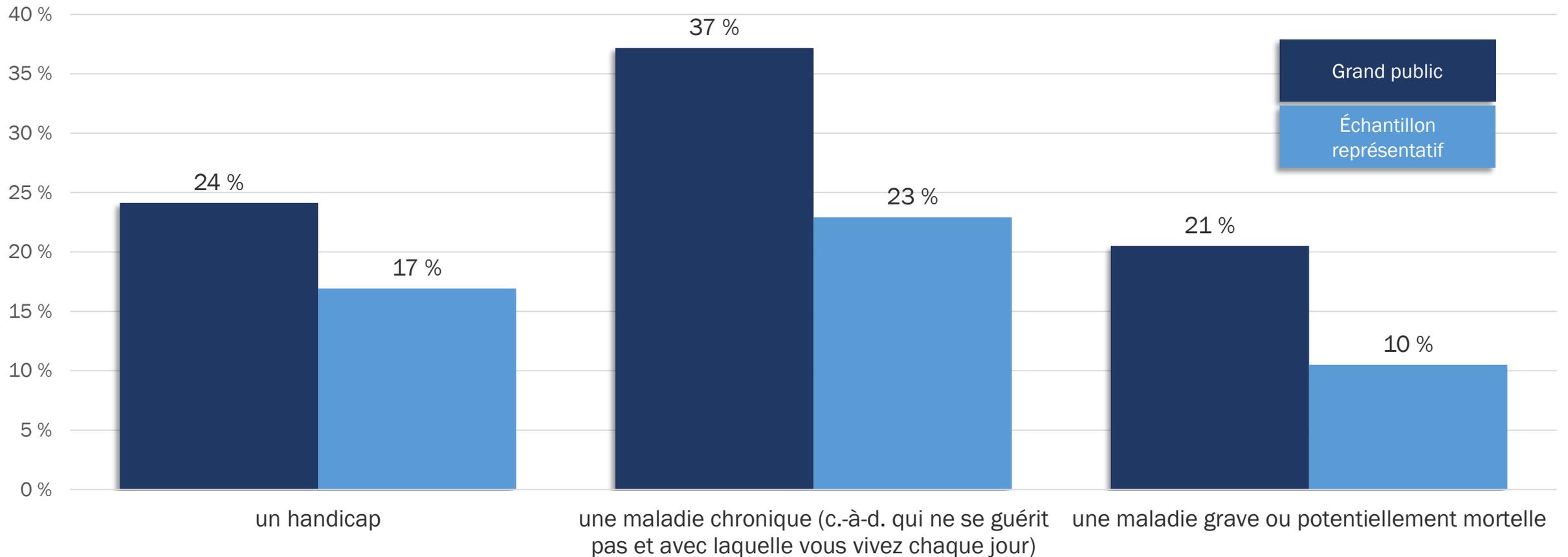
Qui a répondu?

Exercez-vous l'une de ces professions ou travaillez-vous dans l'un de ces secteurs?



Qui a répondu?

Un membre de votre famille ou l'un de vos proches est-il atteint de...



Résultats détaillés

L'admissibilité

Pour les aider à réfléchir à qui pourrait être admissible à l'aide à mourir, les répondants étaient invités à s'imaginer dans différents scénarios.

Plus particulièrement, les répondants étaient invités à imaginer ce qu'ils ressentiraient s'ils étaient confrontés à chacun des diagnostics suivants :

1. Maladie grave potentiellement mortelle;
2. État qui change la vie mais qui n'est pas mortel;
3. État progressif;
4. Problème de santé mentale.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Après avoir pris connaissance de différents scénarios, les répondants étaient généralement plus susceptibles de convenir qu'il faudrait permettre l'aide médicale à mourir lorsque le patient est confronté à une affection grave potentiellement mortelle ou progressive. Cela comprenait les scénarios concernant la démence avancée, les difficultés de contrôle de la douleur et l'espérance de vie à court terme.
- Les répondants étaient plus susceptibles de ne pas être d'accord pour permettre l'aide à mourir lorsque les scénarios impliquaient des affections ne mettant pas en cause le pronostic vital et des situations où il existait une possibilité de se réadapter.

Scénario d'admissibilité n° 1 : Maladie grave potentiellement mortelle

Scénario présenté aux répondants :

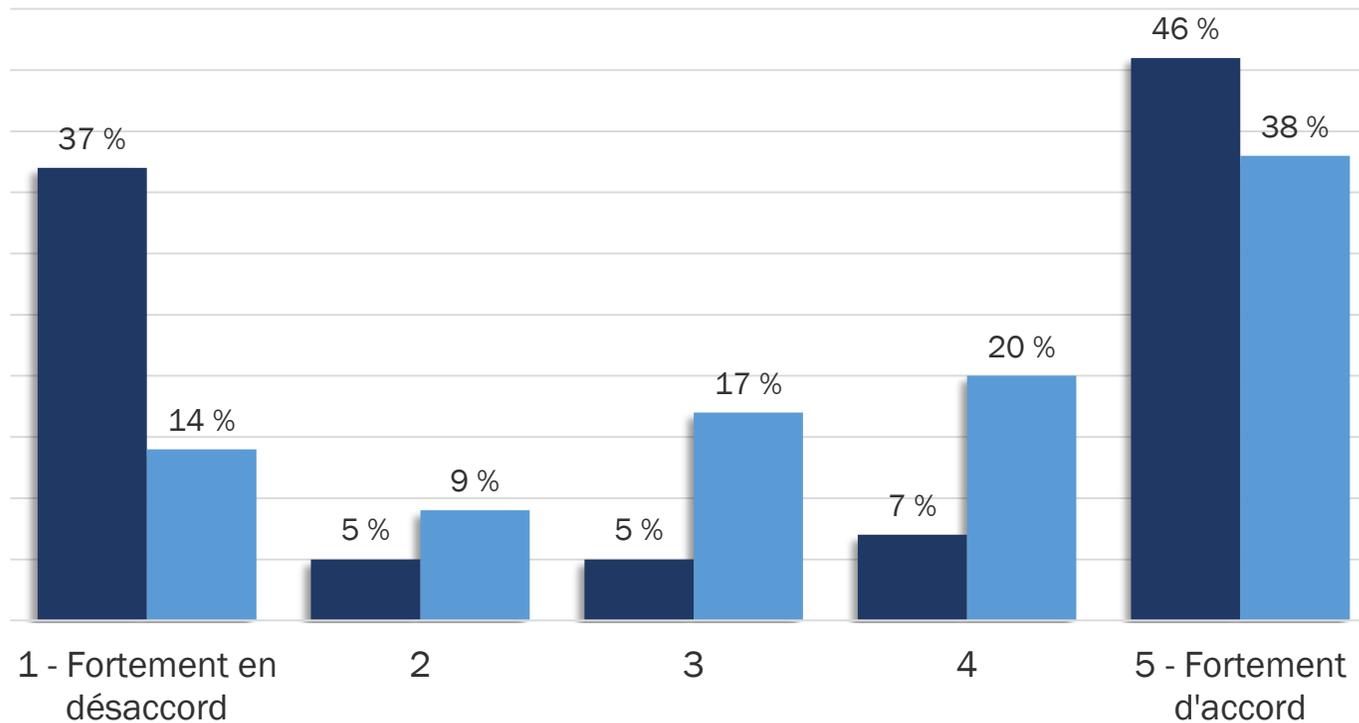
« Imaginez que vous êtes atteint(e) d'une maladie grave potentiellement mortelle.

Le médecin vous a dit que la maladie a progressé et que vous n'avez probablement que quelques mois à vivre.

Bien que vous ne ressentiez pas d'inconfort important, vous ne souhaitez pas traverser une longue et lente agonie. Vous envisagez vos options de fin de vie. »

Scénario d'admissibilité n° 1 : Maladie grave potentiellement mortelle

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir?



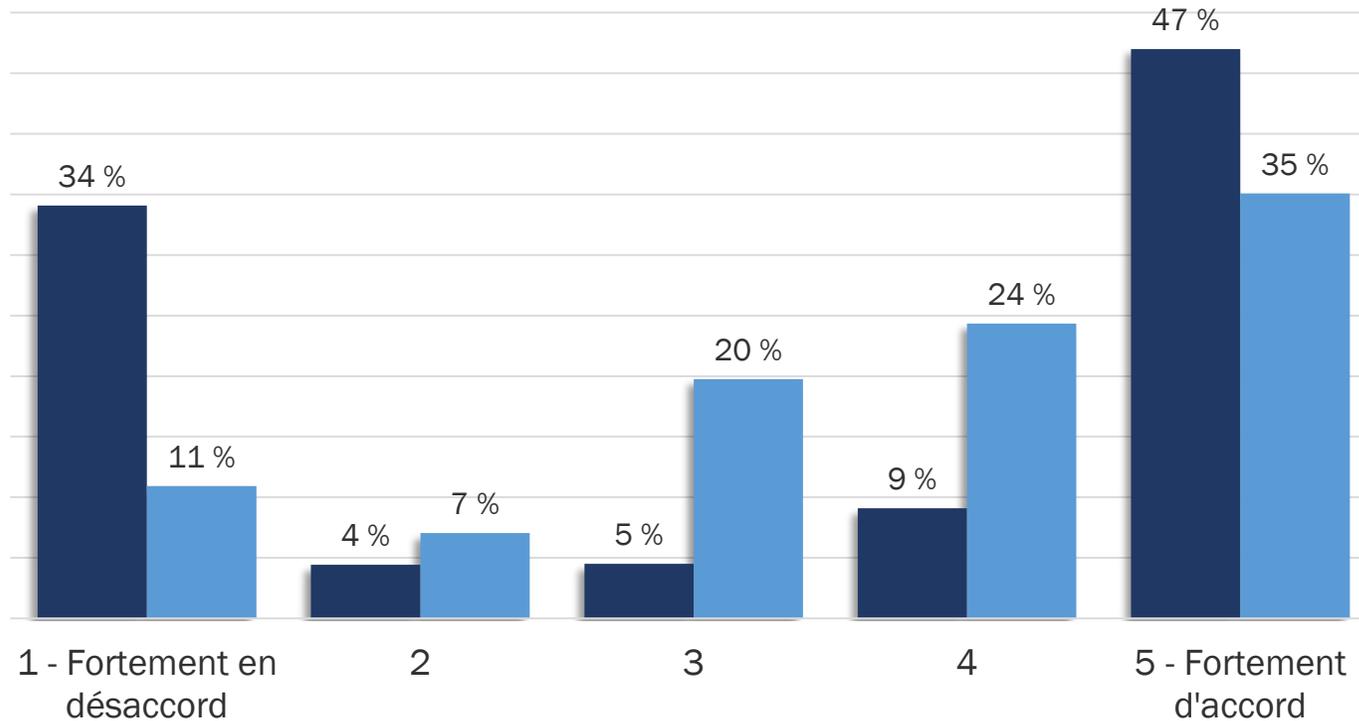
Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 55 à 74 ans, les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les travailleurs sociaux et les avocats étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les résidents de la Saskatchewan étaient moins susceptibles d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 1 : Maladie grave potentiellement mortelle

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Vous pourriez vivre quelques mois, mais l'équilibre entre le contrôle de la douleur et les effets secondaires sera précaire.



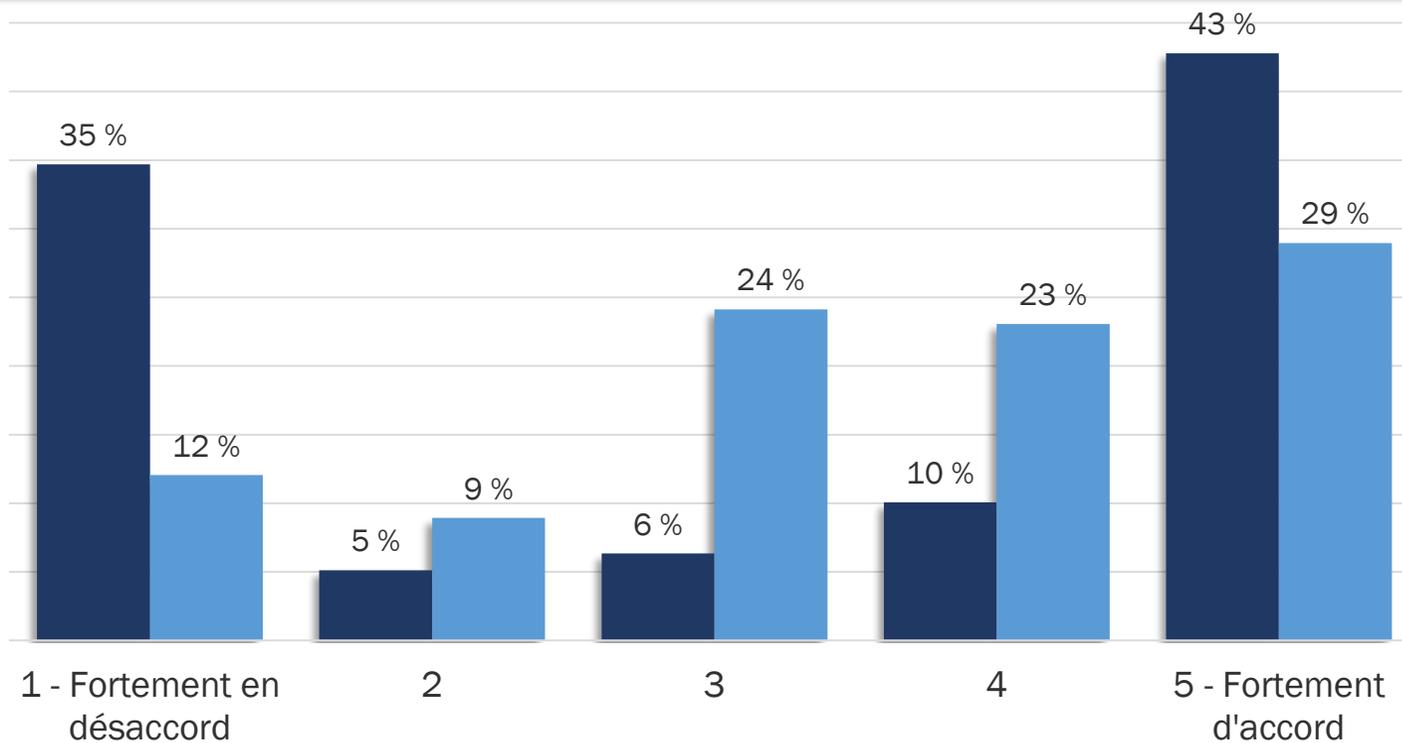
Dans le public, les femmes, les Canadiens de 55 à 74 ans, les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les travailleurs sociaux, les autres professionnels des soins de santé et les avocats étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 1 : Maladie grave potentiellement mortelle

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Votre état pourrait se prolonger encore un an ou deux, mais l'équilibre entre le contrôle de la douleur et les effets secondaires sera précaire.



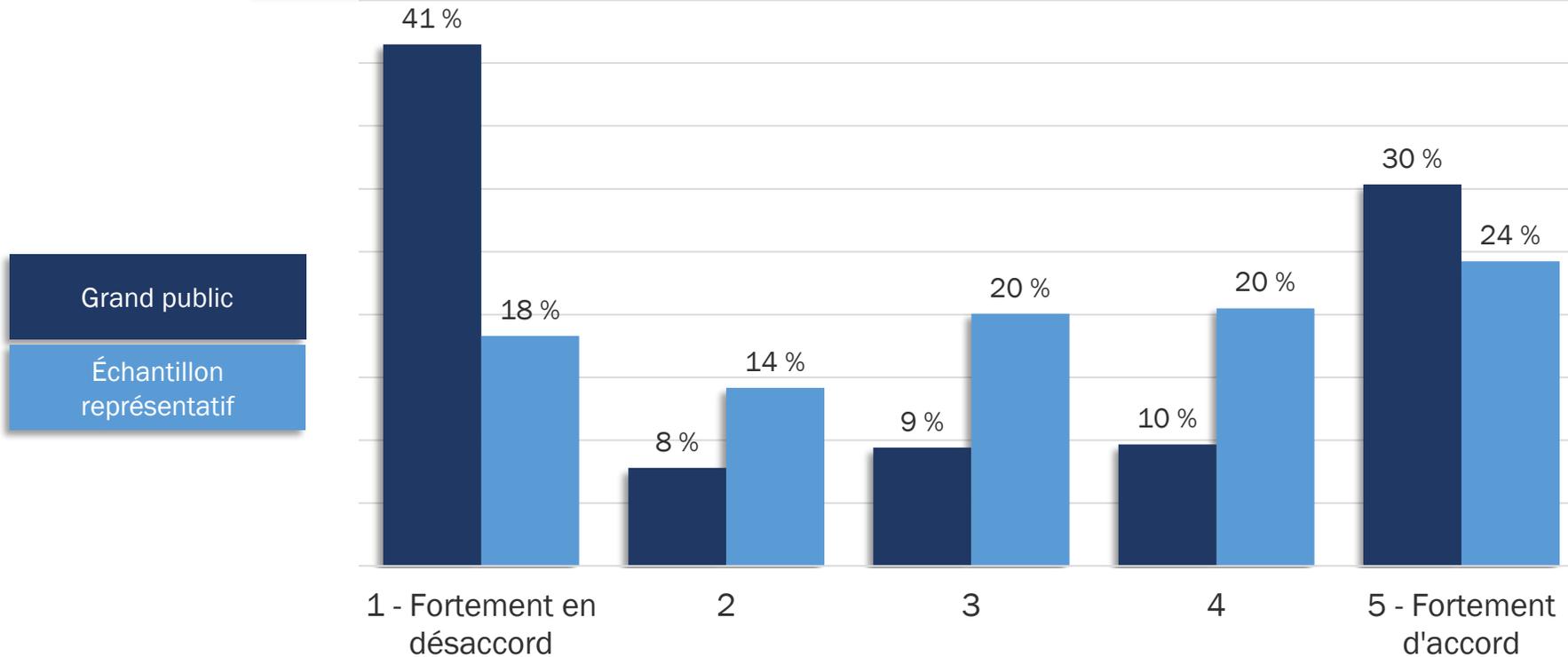
Dans le public, les Canadiens de 55 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, de même que les *autres professionnels des soins de santé* et les *avocats* étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 1 : Maladie grave potentiellement mortelle

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Indépendamment du temps qu'il peut vous rester, vous vous inquiétez d'être un fardeau pour autrui, sur le plan émotif ou financier.



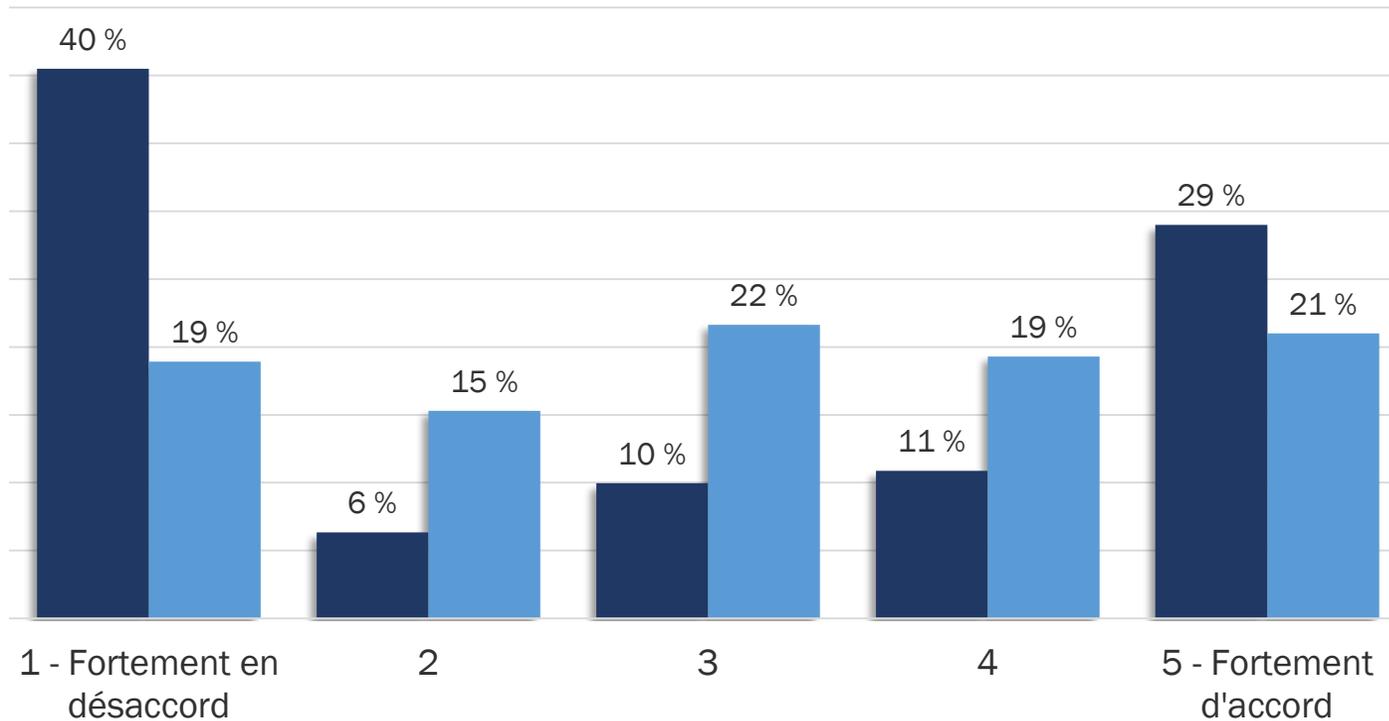
Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 55 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, de même que les *autres professionnels des soins de santé* et les *avocats* étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Scénario d'admissibilité n° 1 : Maladie grave potentiellement mortelle

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Vous avez reçu ce diagnostic à l'âge de 16 ans et vous avez une compréhension pleine et entière de votre état et souhaitez mourir.



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 55 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de même que les *autres professionnels des soins de santé* étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les répondants francophones étaient plus susceptibles que les autres d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 2 : État qui change la vie mais qui n'est par mortel

Scénario présenté aux répondants :

« Imaginez que vous avez perdu les deux jambes dans un grave accident.

Votre espérance de vie n'a pas changé, mais votre vie n'est certainement plus la même.

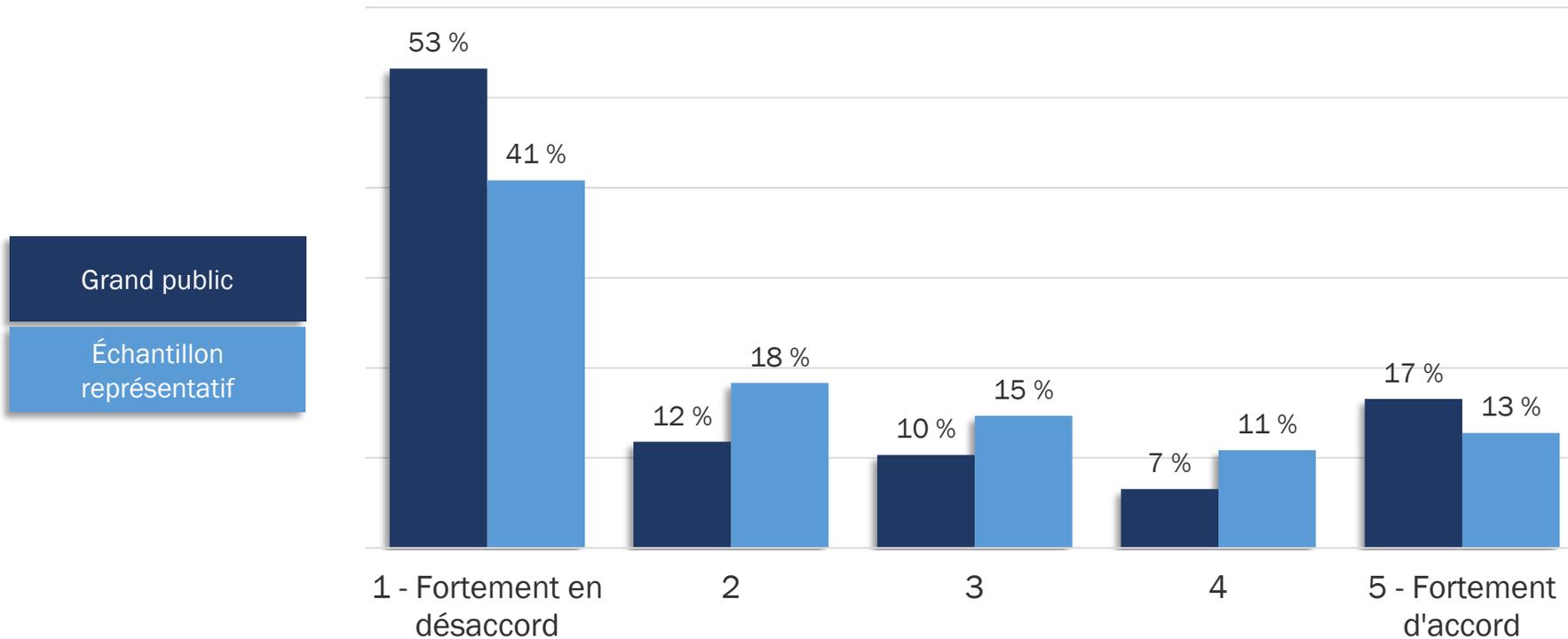
Vous ne pouvez plus effectuer bon nombre des activités qui vous plaisaient avant votre accident.

La vie vous semble morne, car bon nombre des plans que vous aviez faits semblent à présent impossibles à réaliser.

Vous examinez à présent vos options. »

Scénario d'admissibilité n° 2 : État qui change la vie mais qui n'est pas mortel

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir?



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

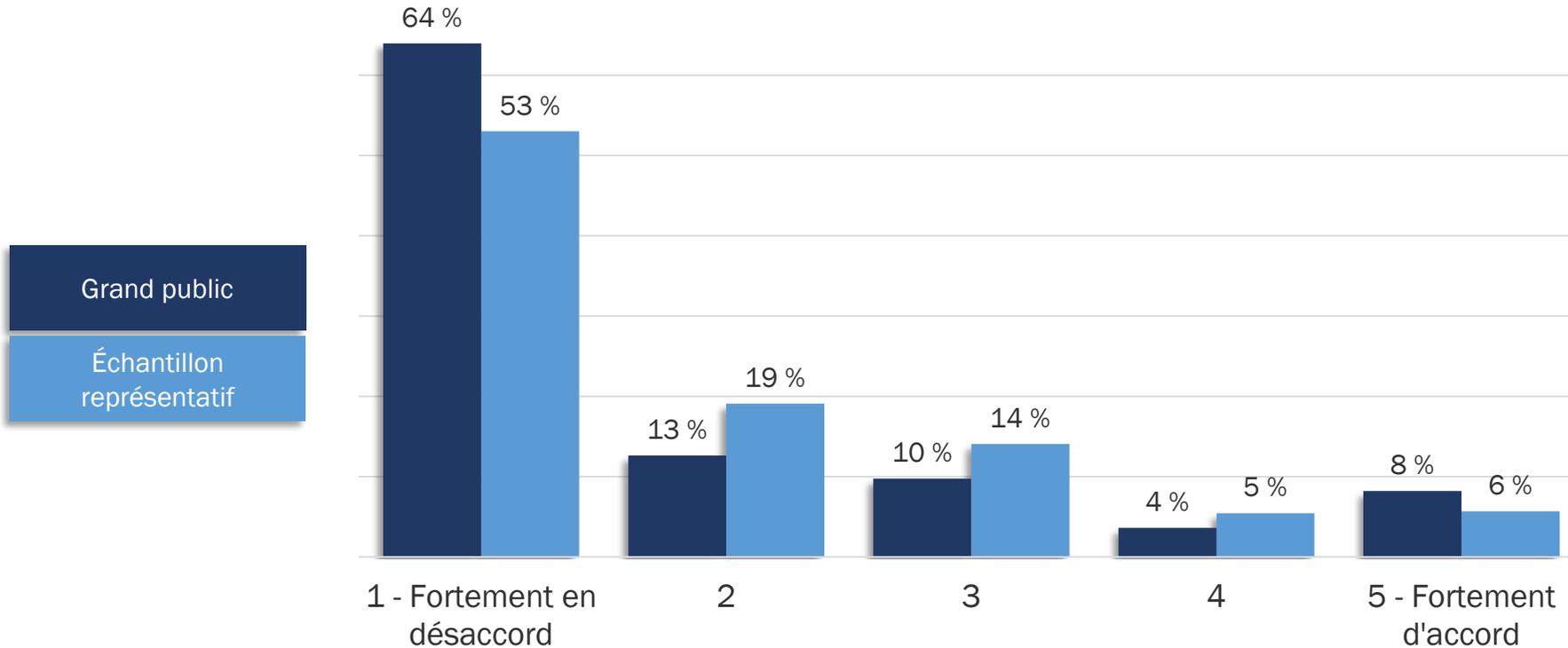
Dans le public, les hommes, les Canadiens de 65 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient généralement plus susceptibles que les femmes d'être davantage d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 2 : État qui change la vie mais qui n'est pas mortel

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Votre accident s'est produit il y a cinq semaines et vous venez juste de commencer un long processus de réadaptation – à cette étape, vous n'êtes pas pleinement au courant des moyens d'aide qui pourraient vous permettre d'avoir une très bonne qualité de vie.



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

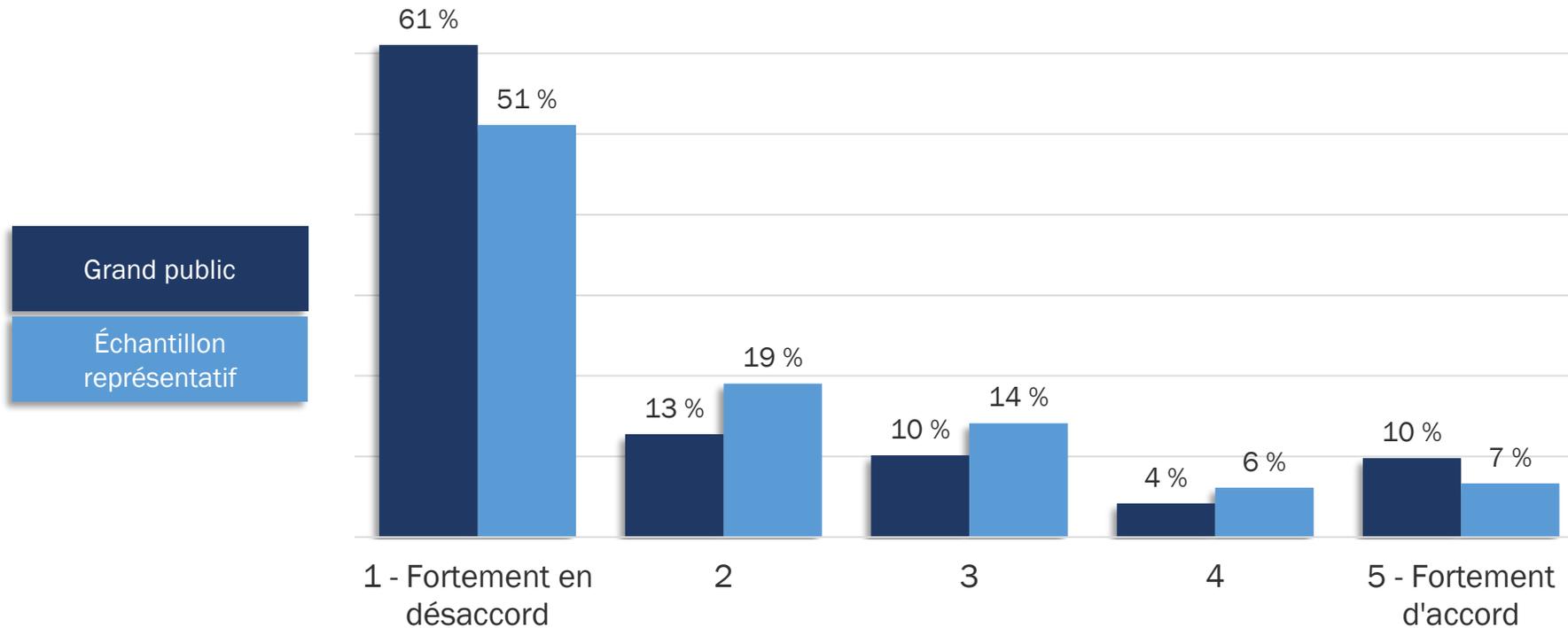
Dans le public, les hommes, les Canadiens de plus de 65 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes et les Canadiens de moins de 35 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 2 : État qui change la vie mais qui n'est pas mortel

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Avant votre accident, vous étiez un(e) athlète de haut niveau et vous avez à présent l'impression que votre vie a perdu son sens.



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

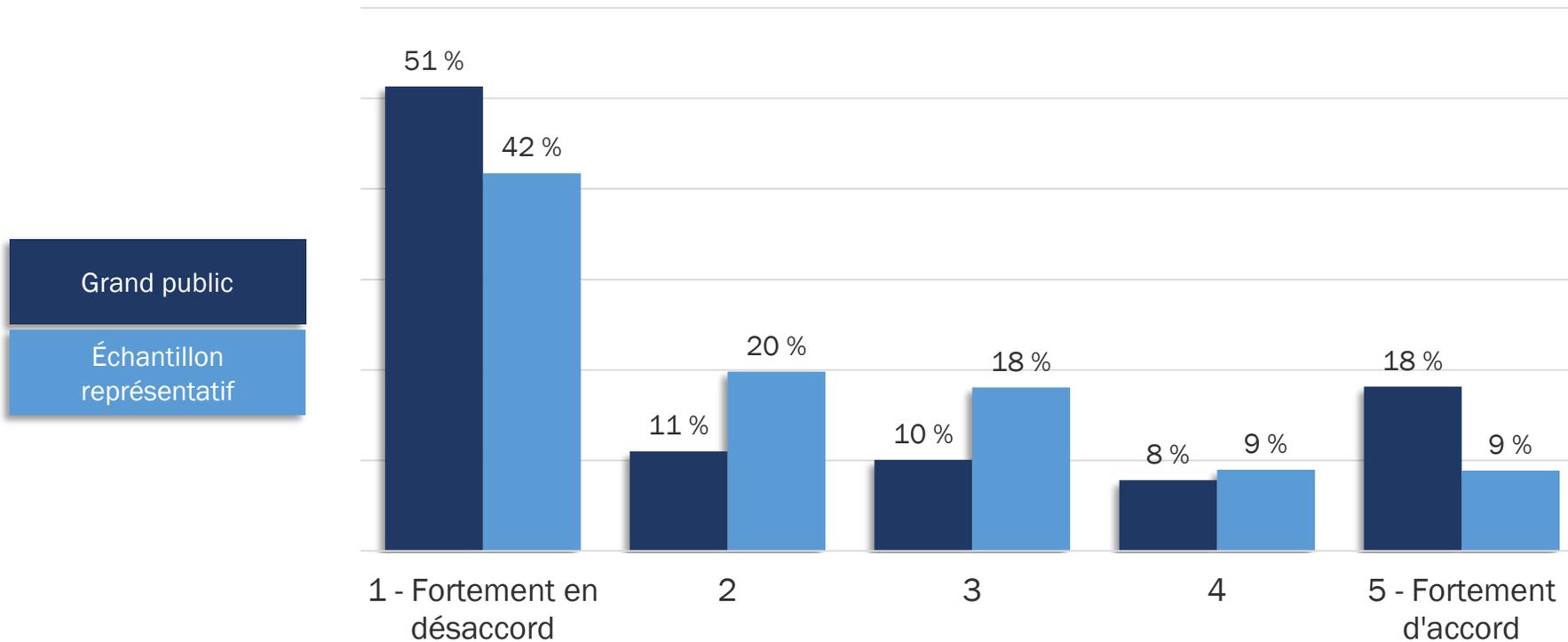
Dans le public, les hommes, les Canadiens de plus de 85 ans, les résidents de la Colombie-Britannique et les avocats étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord, tandis que les Canadiens de 55 à 64 ans étaient plus susceptibles d'être en désaccord.

Scénario d'admissibilité n° 2 : État qui change la vie mais qui n'est par mortel

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Votre accident s'est produit il y a cinq ans et malgré l'excellent soutien (par exemple un véhicule avec des commandes manuelles) que vous avez reçu, vous êtes insatisfait(e) de votre qualité de vie.



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

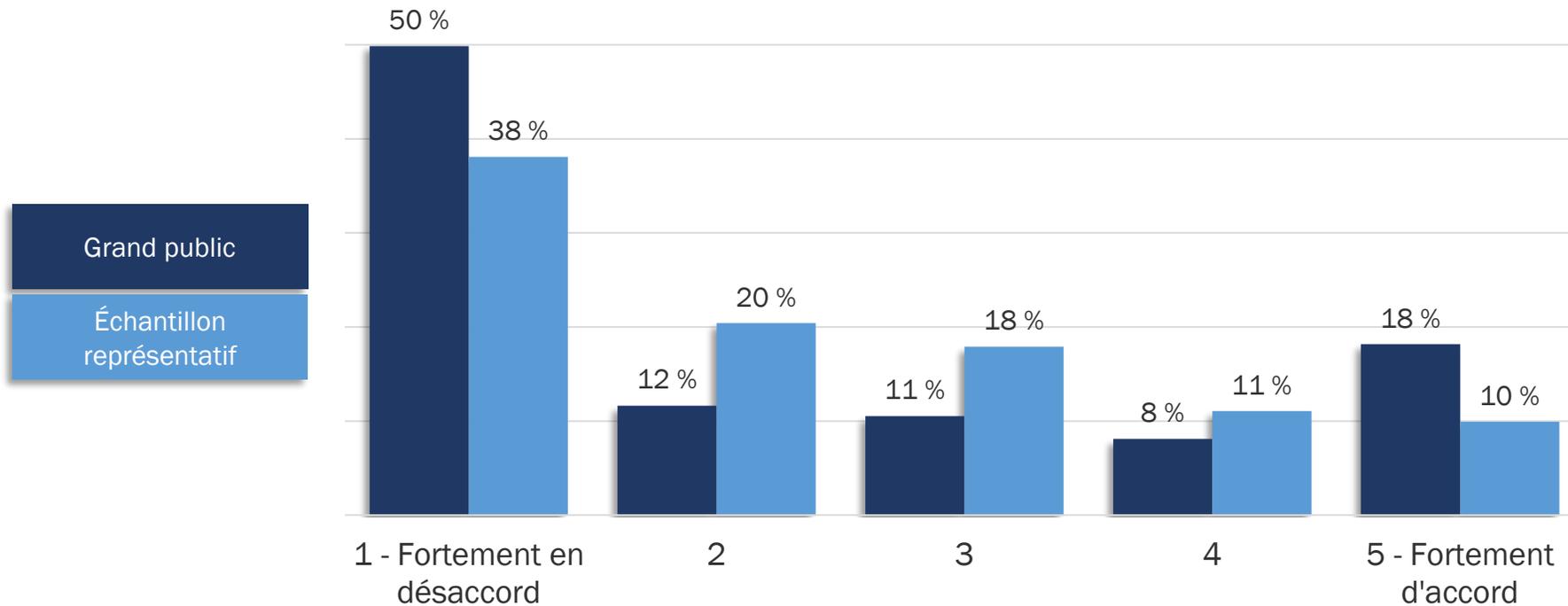
Dans le public, les hommes, les Canadiens de 65 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 2 : État qui change la vie mais qui n'est pas mortel

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Votre accident s'est produit il y a cinq ans et seuls des moyens de soutien minimes ayant été disponibles, vous êtes insatisfait(e) de votre qualité de vie.



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

Dans le public, les hommes, les Canadiens de 55 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Scénario d'admissibilité n° 3 : État progressif

Scénario présenté aux répondants :

« Imaginez que vous venez de recevoir un diagnostic de maladie d'Alzheimer.

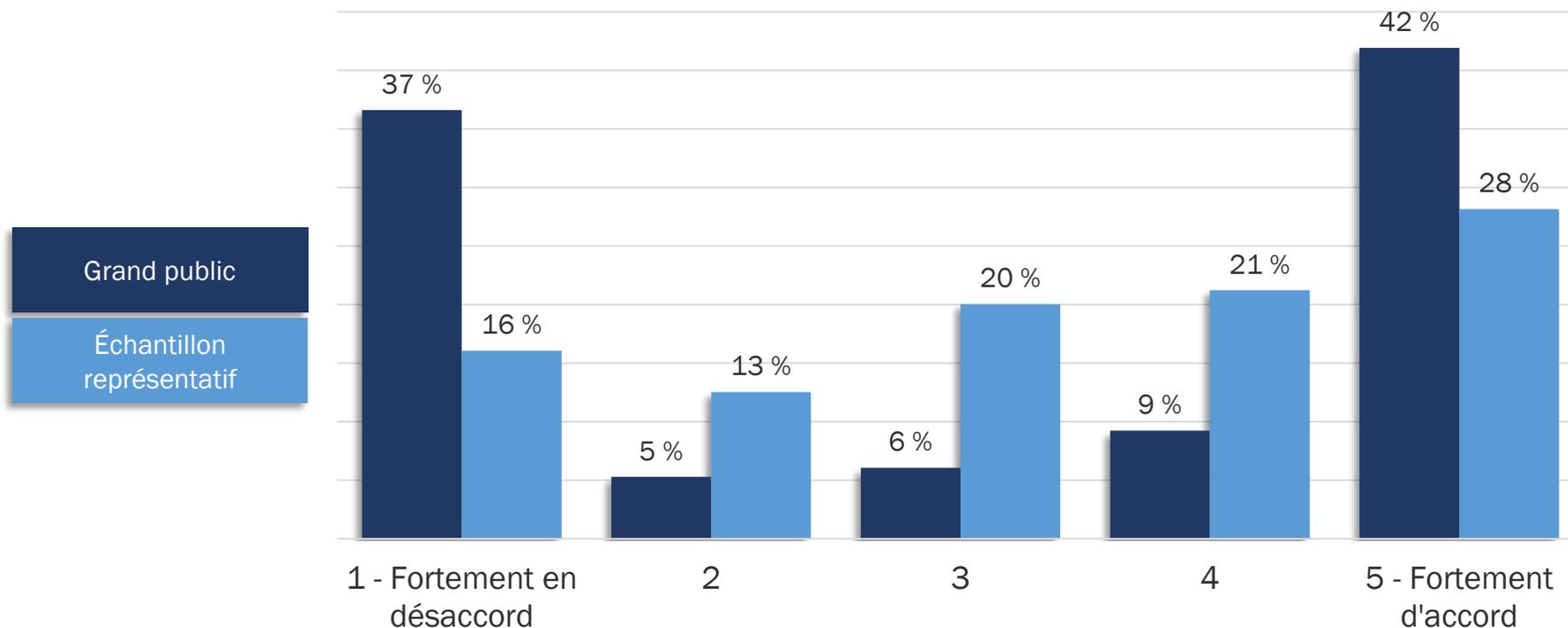
La maladie aura un effet profond sur votre vie et empirera au fil du temps.

Vous avez discuté abondamment de votre pronostic avec votre médecin et vous comprenez clairement ce qui vous attend.

Vous étudiez les options qui s'offrent à vous. »

Scénario d'admissibilité n° 3 : État progressif

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir?



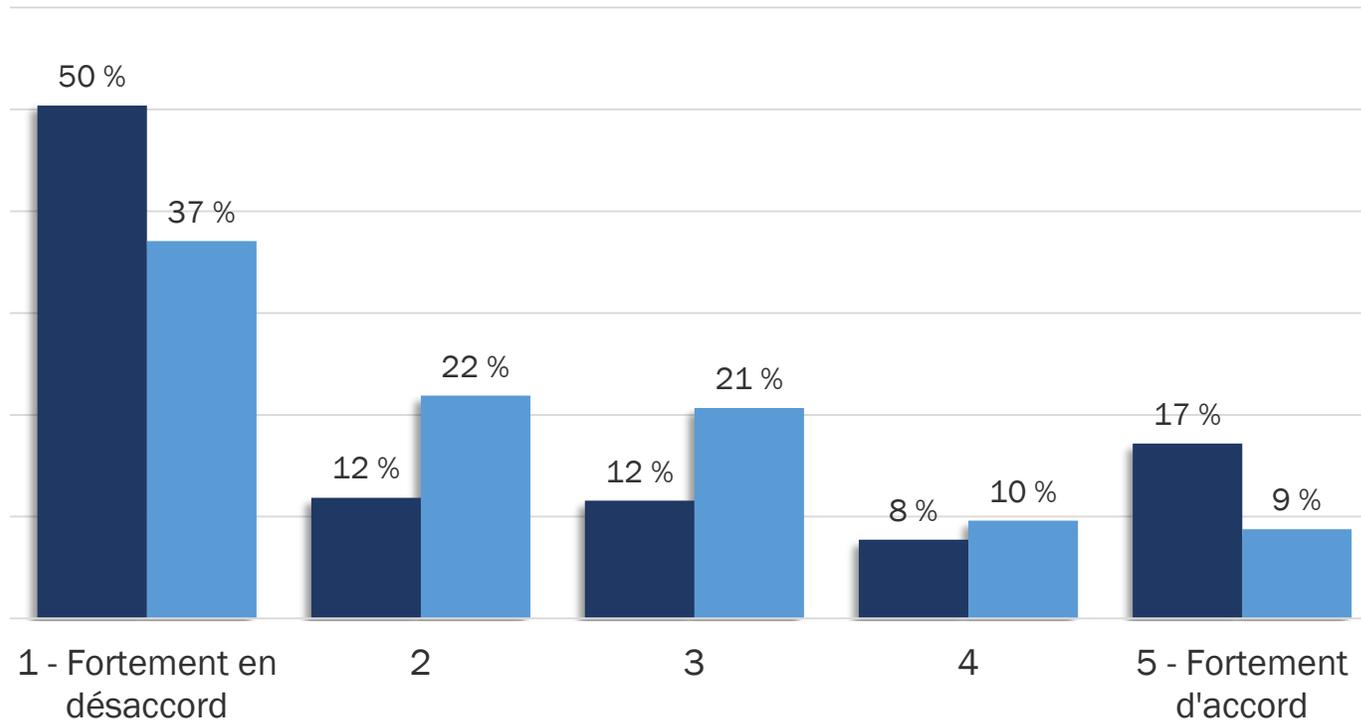
Dans le public, les Canadiens de 55 à 74 ans, les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les avocats étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Scénario d'admissibilité n° 3 : État progressif

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Vous avez des pertes de mémoire minimales et vous ne pouvez pas supporter l'idée de votre avenir et de la perte d'indépendance.



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

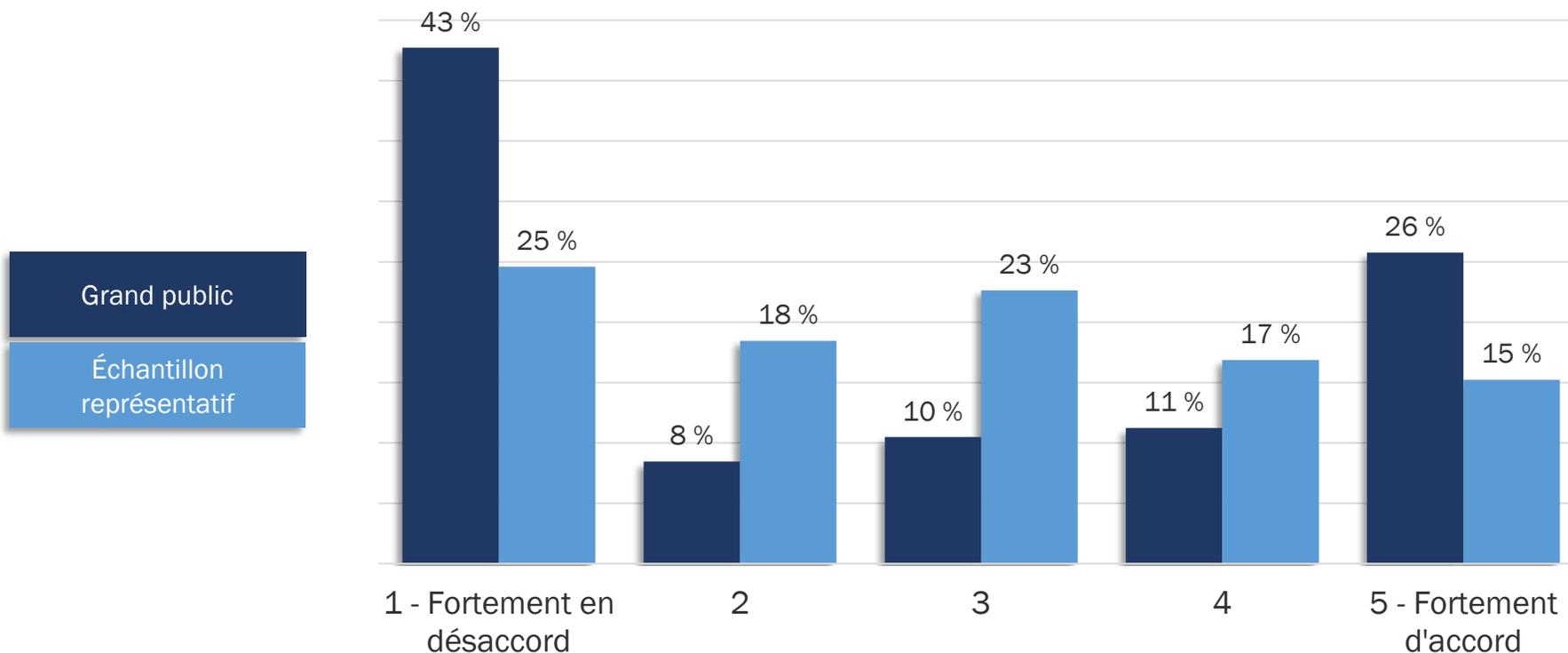
Dans le public, les hommes, les résidents de la Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick, ainsi que les avocats étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 55 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être en désaccord.

Scénario d'admissibilité n° 3 : État progressif

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Vous avez à présent fréquemment du mal à vous souvenir du nom des membres de votre famille, vous oubliez parfois d'éteindre la cuisinière et on vous trouve à l'occasion en train d'errer dans les rues.



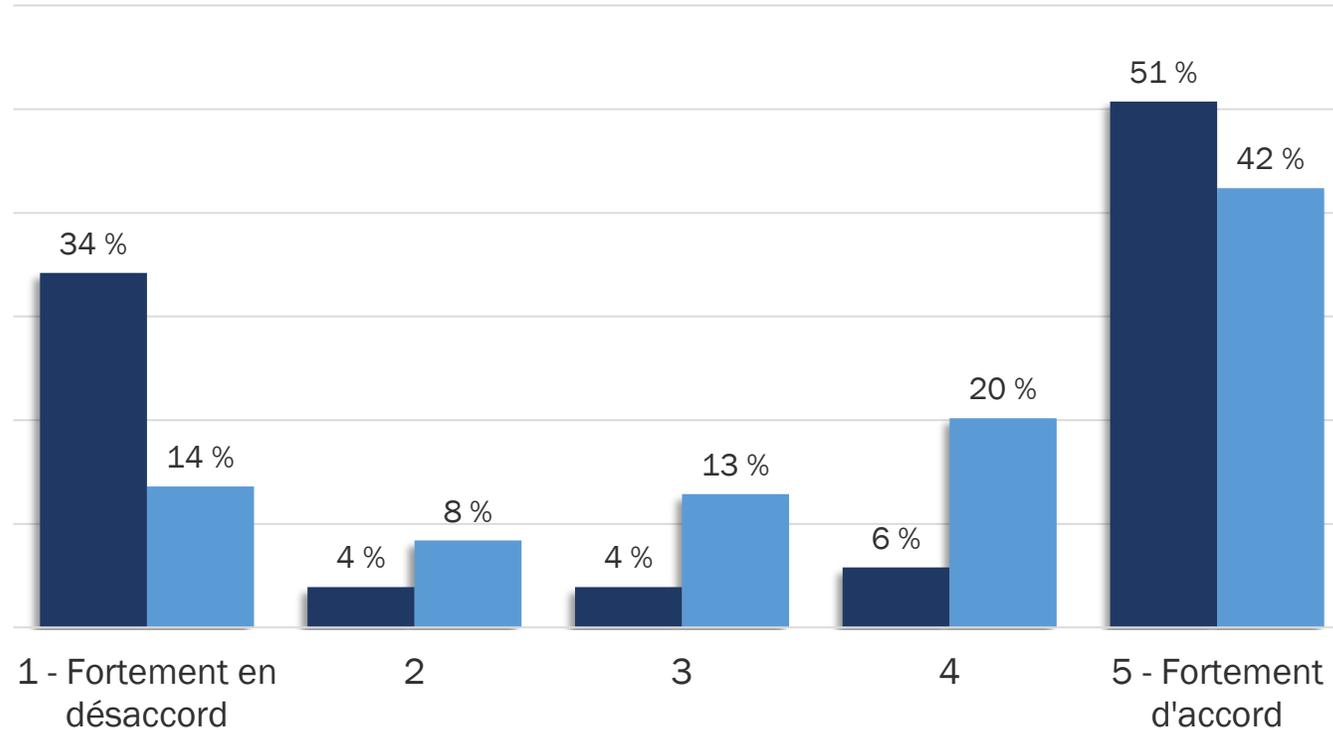
Dans le public, les Canadiens de 65 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 55 à 64 ans étaient les plus susceptibles d'être en désaccord, tandis que les moins de 25 ans étaient les moins susceptibles d'être en désaccord.

Scénario d'admissibilité n° 3 : État progressif

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Vous avez à présent une démence avancée et vous ne pouvez prendre de décisions vous-même. Cependant, tout de suite après votre diagnostic, vous avez rédigé une directive anticipée indiquant que vous souhaitez recevoir l'aide médicale à mourir à cette étape de la maladie.



Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les Canadiens de 55 à 74 ans, les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les travailleurs sociaux et les avocats étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les répondants francophones étaient plus susceptibles que les autres d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 4 : Problème de santé mentale

Scénario présenté aux répondants :

« Imaginez que vous avez souffert d'un problème de santé mentale pendant une grande partie de votre vie.

Votre état a nui à votre capacité de conserver un emploi stable et a rendu vos relations difficiles.

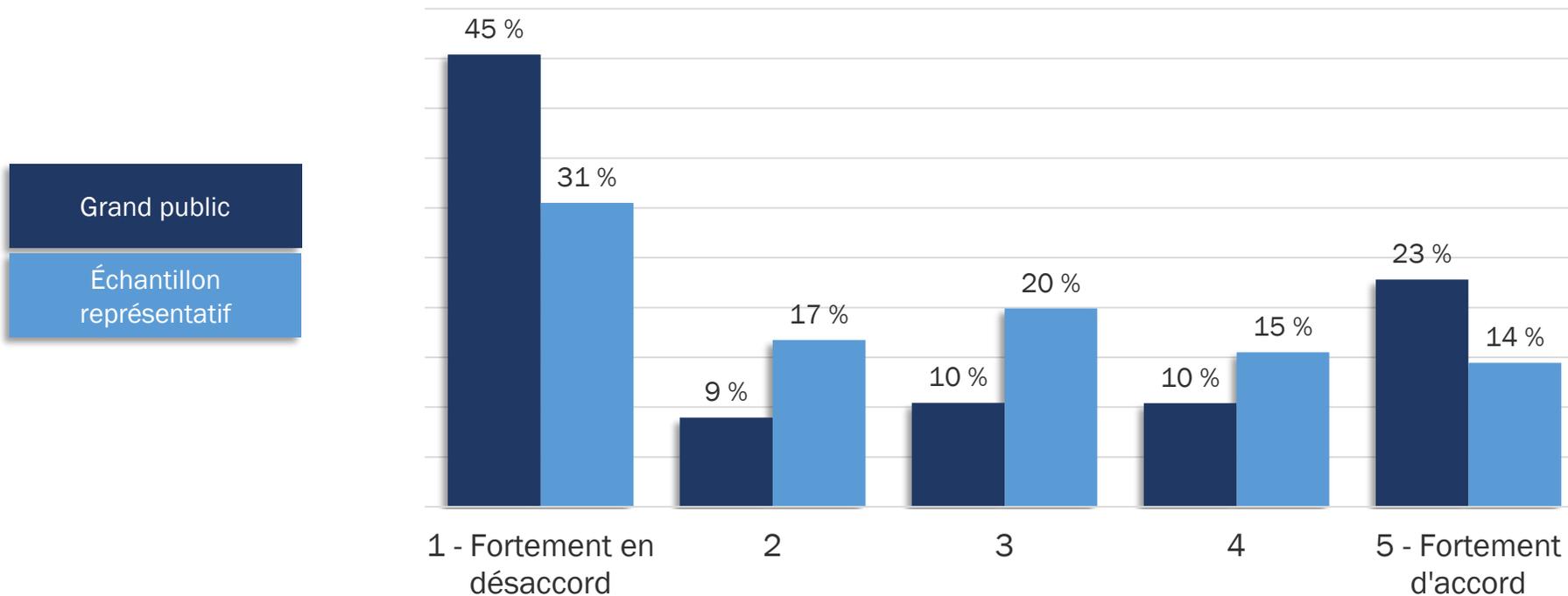
Vous avez essayé de nombreux traitements, qui n'ont pour la plupart pas aidé ou ont provoqué des effets secondaires qui vous ont poussé(e) à vouloir les abandonner.

Vous vous sentez frustré(e) et désespéré(e) face à votre avenir.

Malgré des soins excellents, vous envisagez de mettre fin à vos jours, mais vous avez peur de le faire vous-même au cas où vous ne réussiriez pas et empireriez la situation. »

Scénario d'admissibilité n° 4 : Problème de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir?



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

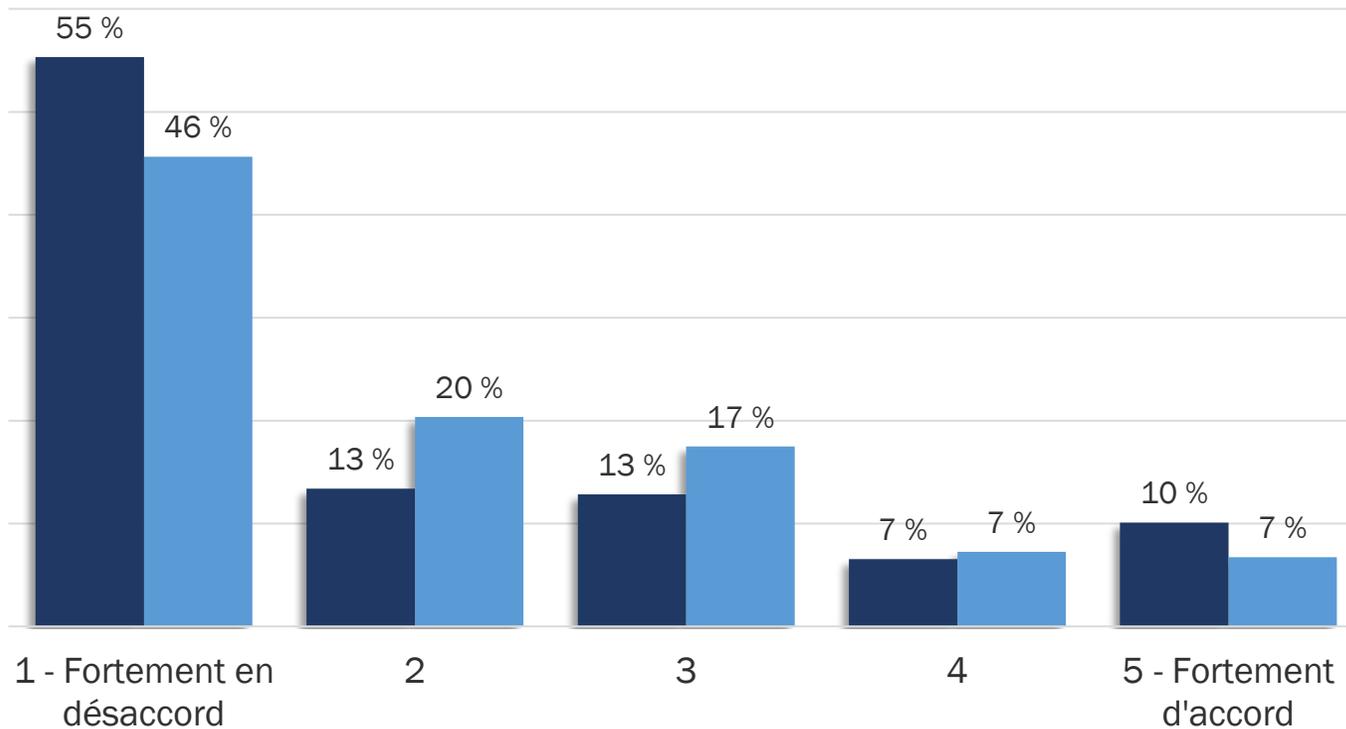
Dans le public, les Canadiens de 55 à 74 ans ainsi que les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Scénario d'admissibilité n° 4 : Problème de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Votre état a empiré récemment, mais votre médecin est d'avis que cela pourrait être corrigé en modifiant légèrement la pharmacothérapie.



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

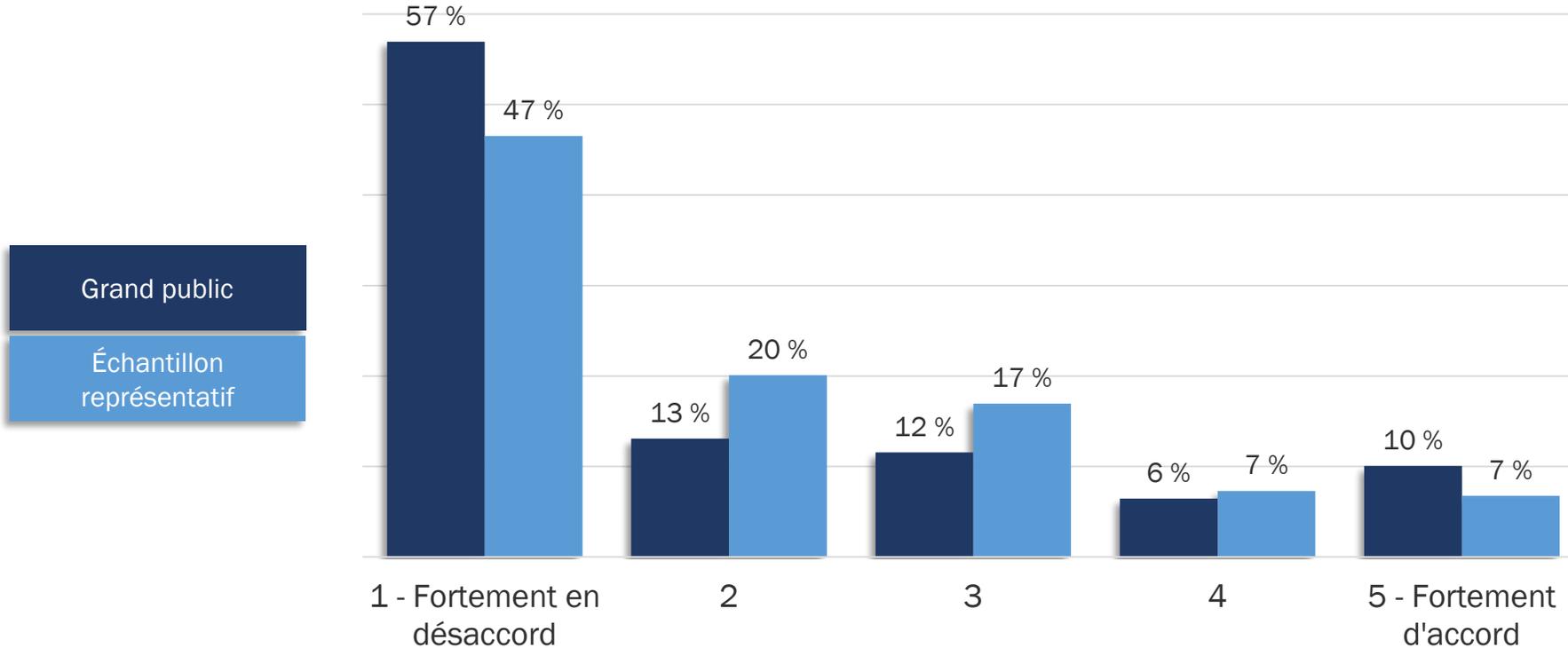
Dans le public, les hommes, les Canadiens de plus de 85 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 4 : Problème de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

**Vous avez été dans cet état d'esprit auparavant et votre état s'est amélioré.
Votre état peut varier d'un mois à l'autre et vous avez des pensées suicidaires pendant les pires périodes.**



De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

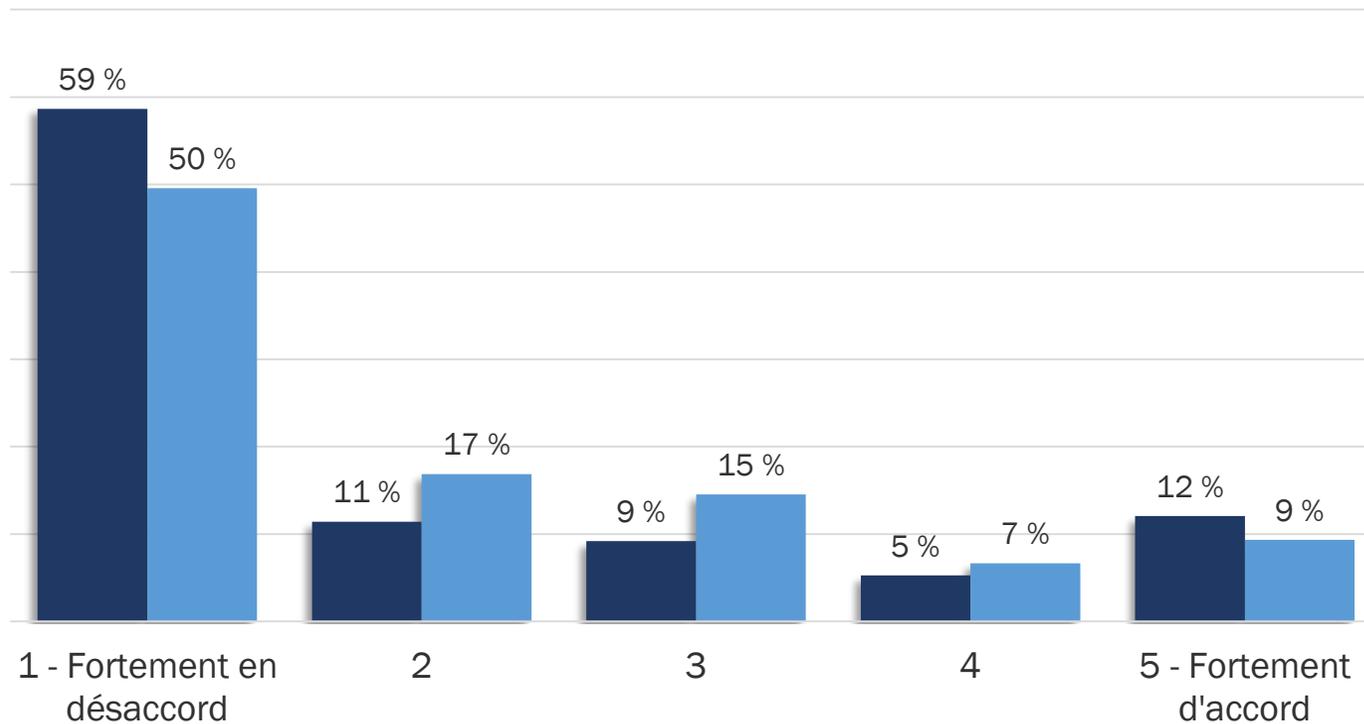
Dans le public, les hommes, les Canadiens de plus de 65 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord.

Scénario d'admissibilité n° 4 : Problème de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord que vous-même (et d'autres vivant le même scénario) devriez pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir... si :

Vous avez 17 ans, vous comprenez pleinement et entièrement votre état, et vous souhaitez mourir.



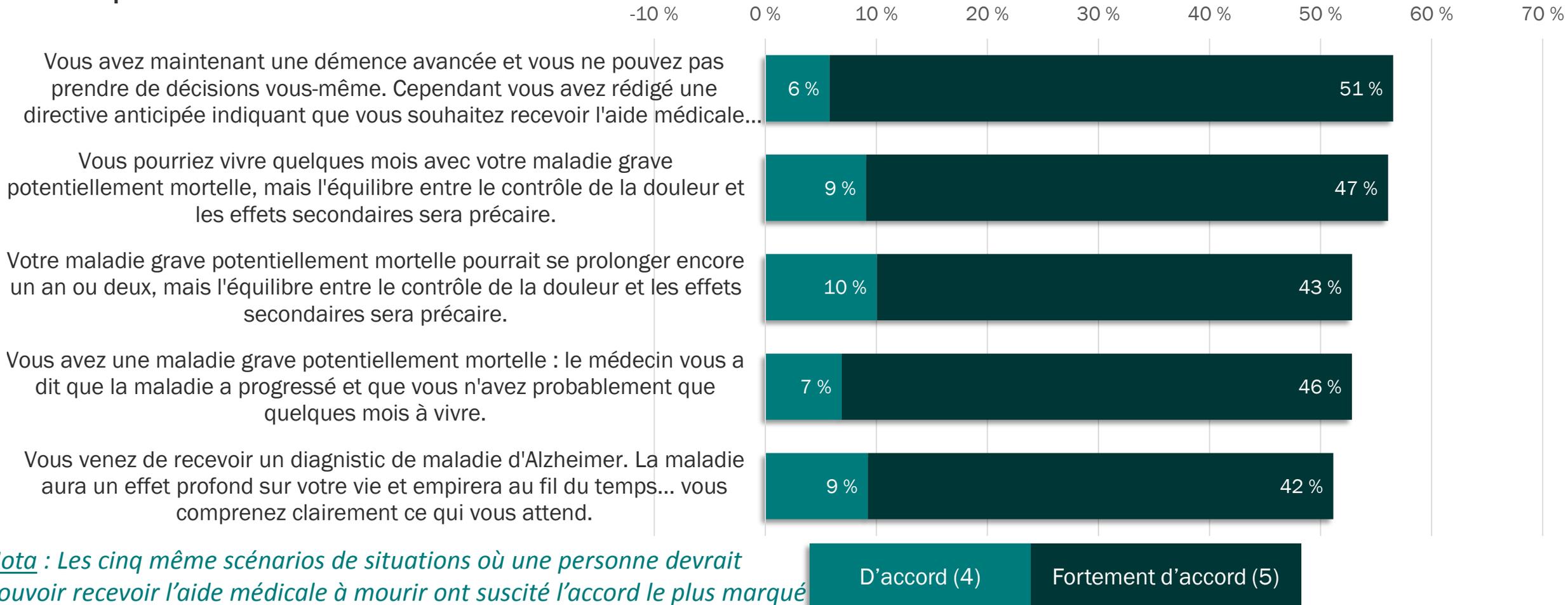
De manière générale, tous les groupes démographiques étaient en désaccord avec cet énoncé.

Dans le public, les hommes, les Canadiens de 65 à 74 ans, et les résidents de la Colombie-Britannique étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être d'accord.

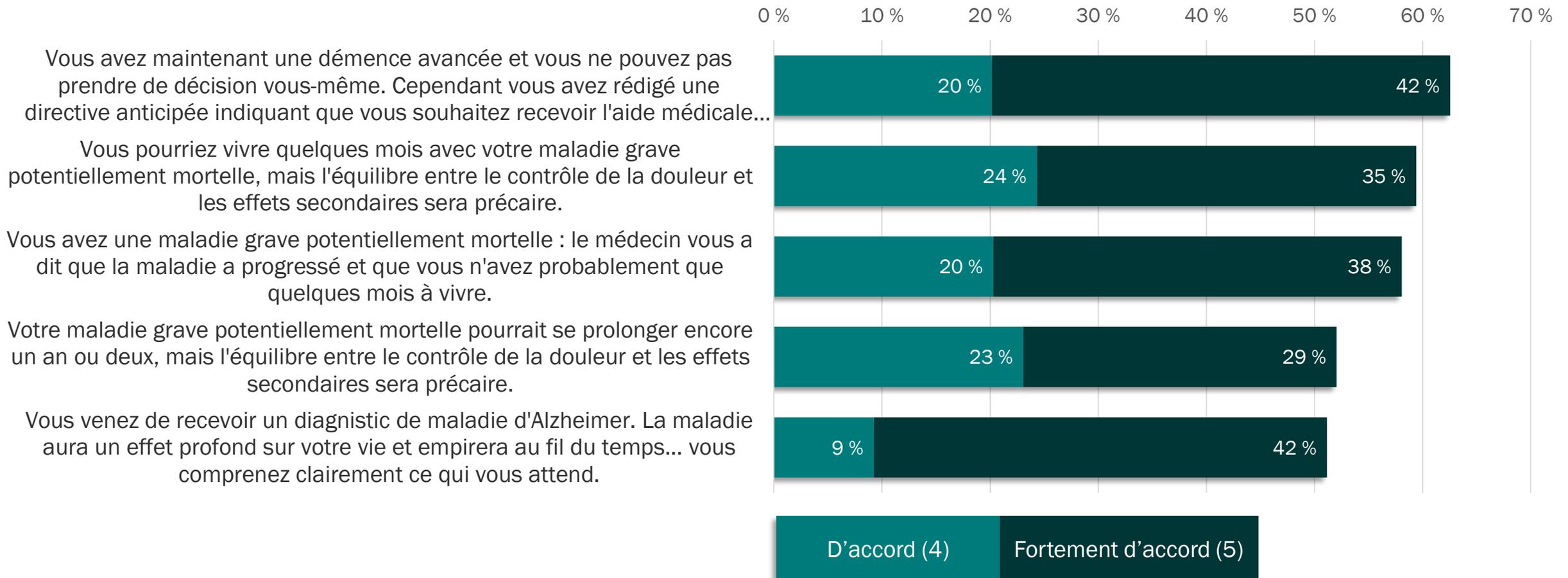
Scénarios d'admissibilité : L'accord le plus fort des répondants

Voici les cinq scénarios qui suscitaient le plus fortement l'accord des répondants du public à déclarer qu'une personne devrait pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir :



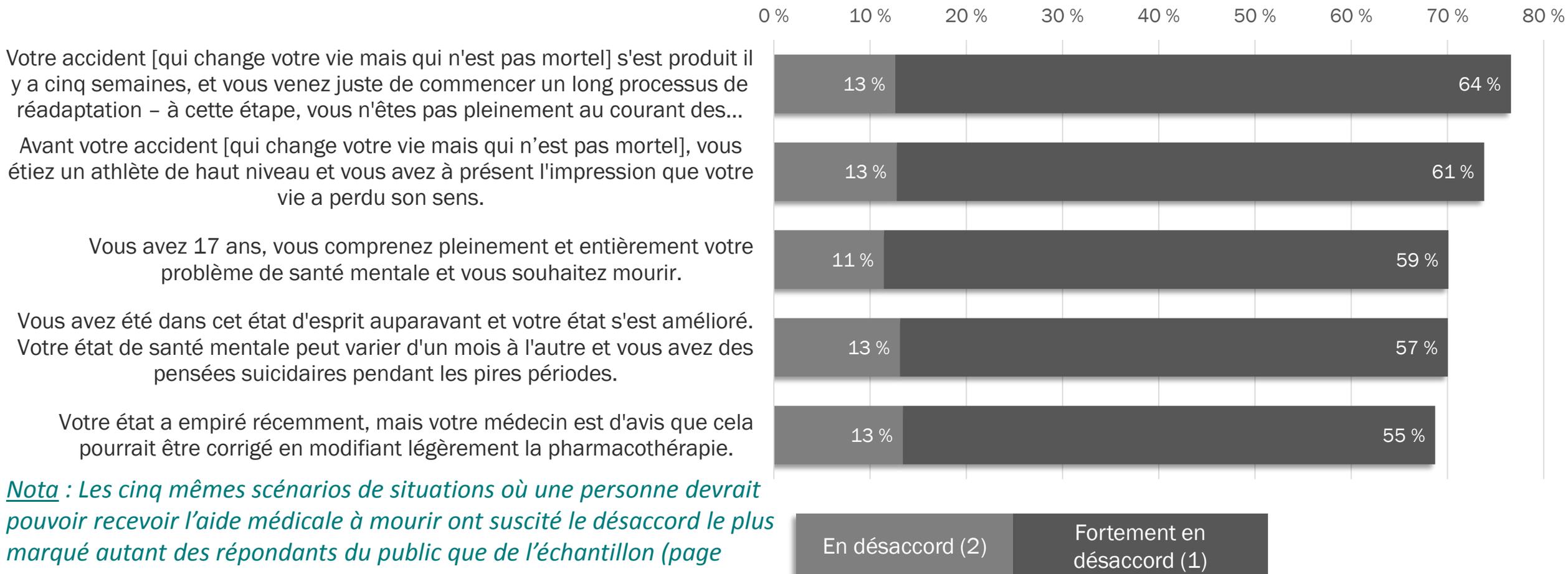
Scénarios d'admissibilité : Plus fort accord des répondants

Voici les cinq scénarios qui suscitaient le plus fortement l'accord des répondants de l'échantillon à déclarer qu'une personne devrait pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir :



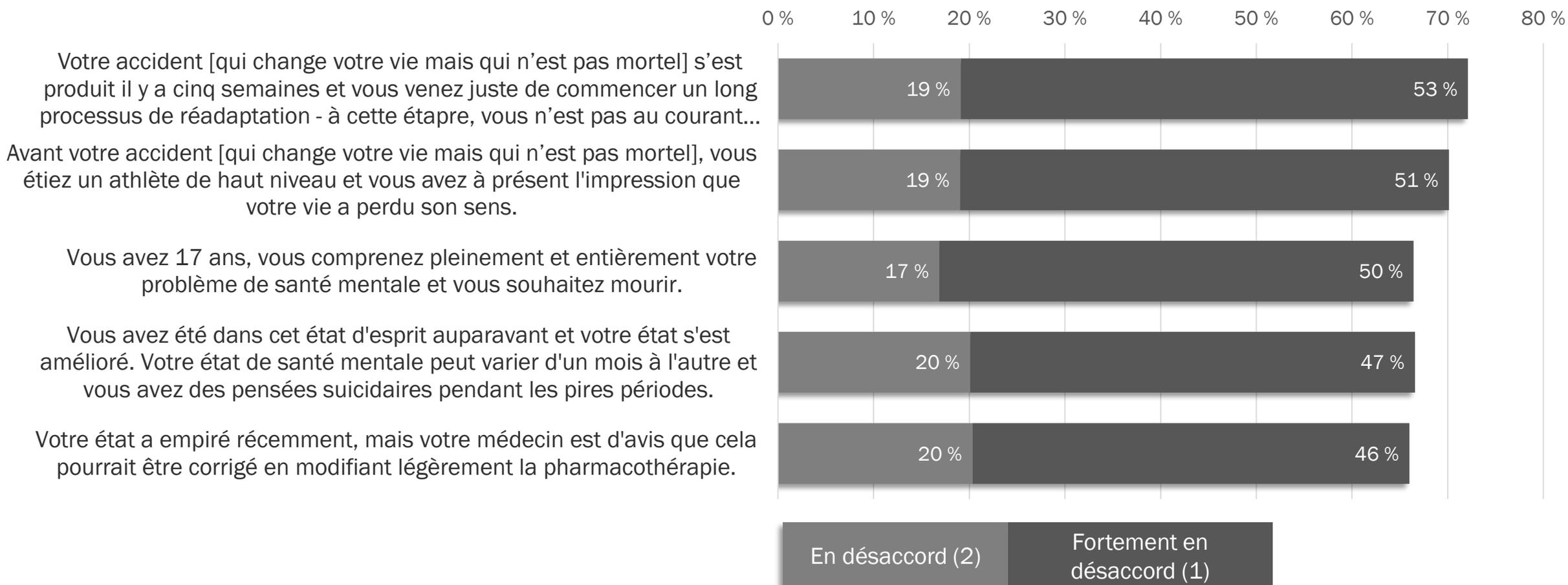
Scénarios pour l'admissibilité : Plus fort désaccord des répondants

Voici les cinq scénarios qui suscitaient le plus fortement le désaccord des répondants du public à déclarer qu'une personne devrait pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir :



Scénarios pour l'admissibilité : Plus fort désaccord des répondants

Voici les cinq scénarios qui suscitaient le plus fortement le désaccord des répondants de l'échantillon à déclarer qu'une personne devrait pouvoir recevoir l'aide médicale à mourir :



Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Résumé des réponses et exemples de citations regroupées par thème pour la question :

- Y a-t-il d'autres facteurs liés à l'admissibilité à l'aide médicale à mourir que vous souhaitez mettre en évidence? Dans l'affirmative, veuillez formuler vos commentaires ci-dessous.

Thème 1 : Directives anticipées de soins de santé

Résumé : De nombreux répondants du groupe grand public ont mentionné qu'une directive anticipée de soins de santé réclamant accès à l'aide médicale à mourir devrait être respectée. Les répondants de l'échantillon représentatif étaient d'accord. Il y avait polarisation sur la question de savoir si un mandataire de soins de santé pourrait prendre une telle décision en l'absence d'une directive anticipée de soins de santé. Certains étaient préoccupés par la possibilité qu'une directive anticipée soit mal utilisée ou prête à des abus.

Citations :

- « Les directives de soins anticipées doivent primer dans les décisions, vu qu'elles traduisent les désirs qu'une personne a exprimés quand elle était compétente. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Chacun doit pouvoir établir ses directives relativement à l'aide médicale à mourir AVANT d'être incapable de décisions rationnelles. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Au début du diagnostic de la maladie d'Alzheimer le patient devrait avoir le droit de décider de ne pas se rendre en fin de vie. Une demande écrite dûment signée devant 2 témoins et le médecin traitant devrait valider l'aide à mourir à une étape déterminée dans le document. Exemple : si je ne reconnais plus personne et que je n'ai aucune idée de ce qui se passe autour de moi. » (Répondant de l'échantillon représentatif)

Préoccupations au sujet de la possibilité de mauvaise utilisation/d'utilisation abusive :

- « En tant que professionnel (retraité) des soins de santé qui ai enseigné la législation sur le consentement à mes collègues, je sais que la législation ontarienne sur le consentement reste très mal comprise et appliquée par les professionnels des soins de santé et encore plus mal comprise par le grand public. Je suis profondément préoccupé par la possibilité de mauvaise utilisation des directives anticipées dans cet environnement d'ignorance béate. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 1 : Directives anticipées de soins de santé (suite)

Citations :

Mandataire de soins de santé :

- « Si un proche atteint de démence avancée, ou d'une autre maladie fatale, n'a pas de testament de vie, il devrait y avoir une disposition obligeant son exécuteur testamentaire, ses proches ou son mandataire à demander à un médecin d'examiner la possibilité de mettre fin à sa vie. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Chacun devrait pouvoir charger quelqu'un de faire une demande d'aide à mourir s'il l'indique dans un mandat légal pour ses soins personnels en cas d'invalidité et n'est plus capable d'exprimer lui-même le désir de faire cette demande. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Dans le scénario d'Alzheimer avec directive anticipée, le pouvoir de décider du sort du patient et du moment de sa mort ne devrait pas être entre les mains de quelqu'un d'autre, malgré l'existence d'un mandat pour soins de santé. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Pour les maladies progressives, les demandes doivent être faites pendant que le patient est encore capable de comprendre les répercussions sur sa famille, etc. Les décideurs suppléants ne devraient pas prendre ce type de décisions lorsque le patient est incapable de le faire lui-même, à moins qu'il n'ait déjà fait cette demande. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 2 : Restriction concernant l'âge

Résumé : Bien que certains soutenaient qu'il ne devrait pas importer, l'âge était régulièrement avancé comme facteur limitatif de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir; l'âge auquel fixer la restriction variait toutefois. En d'autres termes, l'âge d'admissibilité à l'aide médicale à mourir ne ressortait pas clairement. La principale justification pour exclure les jeunes était qu'ils sont incapables de comprendre véritablement leur situation ou les conséquences de leur décision, et ne sauraient donc donner un consentement éclairé. De même, plusieurs étaient d'avis qu'un parent ou autre mandataire de soins de santé ne devrait pas pouvoir donner le consentement pour un mineur, alors que certains estimaient qu'un parent ou un tuteur devrait pouvoir approuver l'aide médicale à mourir.

Citations :

Âge d'admissibilité :

- « Les personnes de moins de 18 ans ne devraient pas avoir ce choix. Elles n'ont pas assez d'expérience de la vie pour prendre elles-mêmes cette décision. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Je pense que le patient devrait avoir 19 ans ou plus et comprendre parfaitement son état. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Les enfants, peu importe qu'ils soient bébés et jusqu'à 18 ans, ne devraient pas être admissibles. Ils n'ont pas encore développé le processus complexe de réflexion qu'exige la prise de cette décision. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « L'âge requis devrait être de plus de 21 ans... Et on devrait avoir une maladie incurable comme l'Alzheimer ou la démence seulement. » (Répondant du grand public)
- « L'âge, bien sûr, est un facteur important, mais que faire dans le cas d'un mineur qui a, par exemple, une maladie rare, est bien conscient de son pronostic et de ses affections (la plupart des enfants atteints d'une maladie rare sont très bien informés à son sujet), et veut étudier ses options en consultation/collaboration avec son ou ses soignants primaires. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 2 : Restriction concernant l'âge (suite)

Citations :

Consentement des parents :

- « Ce type de décision ne devrait pas être à la portée des mineurs, c.à.d. des moins de 18 ans. Les parents/tuteurs ne devraient pas pouvoir la prendre à leur place. Le patient devrait avoir 18 ans et être capable de prendre lui-même la décision. » (Répondant du grand public en anglais)
- « L'âge de consentement devrait être pris en compte. Les parents/tuteurs devraient peut-être donner leur approbation dans le cas des patients qui n'ont pas l'âge de la majorité. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 3 : Consentement éclairé

Résumé : En lien avec le droit du patient de choisir l'aide médicale à mourir, les répondants des deux groupes, grand public et échantillon représentatif, ont souligné que le patient doit *pouvoir* choisir l'aide médicale à mourir s'il est « sain d'esprit » et dispose de toute l'information nécessaire pour prendre une décision éclairée. Certains répondants étaient d'avis que si le patient est incapable de donner un consentement éclairé, un mandataire de soins de santé devrait pouvoir décider pour lui, alors que d'autres estimaient que seul le patient devrait pouvoir donner son consentement. La santé mentale et la dépression étaient vues par plusieurs comme des empêchements à prendre une décision éclairée.

Citations :

- « Cela devrait être une question à discuter entre le patient et son médecin. Le consentement éclairé devrait suffire. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Quiconque envisage l'aide au suicide devrait être tenu par la loi d'avoir un entretien ou une série d'entretiens avec un psychologue ou un psychiatre – peut-être désigné par le tribunal – qui jugerait de la capacité du patient à comprendre son état de santé et à prendre une décision éclairée sur la question. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Dans la mesure où un patient de 16 ans et plus est en mesure de comprendre ses options et de prendre sa décision avec compétence et est sain d'esprit, le débat devrait s'arrêter là. Cependant, personne ne devrait jamais, en aucune circonstance, avoir la possibilité de décider pour quelqu'un d'autre (c.à.d. le proche/le tuteur d'une personne ayant une déficience intellectuelle, mentale, physique ou autre). Cette décision doit être prise lorsque le patient est compétent, sain d'esprit, et comprend ses options et peut donner son consentement éclairé. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Il devrait y avoir une discussion rigoureuse avec des professionnels et les proches avant que le patient ne prenne la décision finale. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Le patient devrait être en phase terminale et pouvoir prendre une décision à tout moment pendant sa maladie. La personne qui est déprimée et a des troubles de santé mentale n'a pas la capacité de prendre une décision éclairée. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 4 : Choix du patient

Résumé : De nombreux répondants des groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont mentionné qu'un patient devrait pouvoir choisir l'aide médicale à mourir (être le décideur) – pour certains sans guère d'autres facteurs limitatifs de l'admissibilité. D'autres ont soutenu que les patients devraient avoir le droit de choisir l'aide médicale à mourir dans la mesure où ils rencontrent certains critères d'admissibilité.

Citations :

- « Ce devrait être le choix du patient (en consultation avec le médecin). Pour les adultes souffrant de maux physiques (cancer, SLA, Alzheimer, etc.), il ne devrait y avoir que peu d'obstacles à l'aide médicale à mourir et à l'euthanasie volontaire, voire aucun. Les critères d'admissibilité devraient être différents pour les moins de 18 ans et pour ceux qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale qui les poussent à demander l'aide médicale à mourir. Mais les adultes en bonne santé mentale devraient pouvoir prendre eux-mêmes leur décision sur cette question, en se heurtant au moins d'obstacles possibles. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Cela devrait être une décision personnelle. Le patient devrait avoir le droit de décider s'il veut vivre ou mourir. C'est lui qui doit vivre avec sa maladie au jour le jour. Personne ne peut établir une gradation de la « qualité de vie » d'autrui. » (Répondant du grand public en anglais)
- « C'est définitivement le patient qui peut décider de sa vie ou de sa mort, et surtout ne pas attendre qu'il n'ait plus la force de le dire. » (Répondant du grand public)
- « Je crois que ce devrait toujours être le choix du patient, quelle que soit sa situation médicale du moment, de pouvoir mettre fin à sa vie. C'est son droit. Je ne dis pas que c'est bien, mais que c'est SON droit. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Si vous êtes en phase terminale, vous devriez avoir le droit de mourir dans la dignité et de ne plus souffrir. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 5 : Affection grave potentiellement mortelle

Résumé : Pour les répondants des groupes du grand public et de l'échantillon représentatif, le facteur dominant de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir est que le patient doit être en phase terminale et en proie à des souffrances intolérables. Les répondants ont souvent mentionné que l'absence du « moindre espoir » justifiait l'utilisation de l'aide médicale à mourir « en dernier ressort ». Les états dégénératifs progressifs figuraient souvent aux côtés de la maladie terminale comme condition justifiable d'admissibilité. Cependant, les répondants ont fait une mise en garde contre l'incapacité et les problèmes de santé mentale (particulièrement la dépression) comme raisons justifiant l'aide médicale à mourir.

Citations :

À la fois en phase terminale et en proie à des souffrances intolérables

- « Un diagnostic de maladie terminale avec décès imminent ou une très brève espérance de vie, accompagnée de souffrances extrêmes qui ne peuvent être contrôlées par des analgésiques. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Je pense que la cour a été claire : a) vous vivez dans la souffrance et b) vous êtes sur le point de mourir. Vous êtes admissible à l'aide médicale à mourir seulement si a) et b) sont réunis. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

État progressif

- « La personne atteinte d'une maladie qui menace son existence ou d'une maladie dégénérative progressive se dirige déjà vers la mort, qui peut être « hâtée ». La personne qui n'est pas déjà à risque de mourir à cause d'un problème de santé ne devrait pas être encouragée ni aidée à choisir la mort. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Mon opinion personnelle est que seules les personnes souffrant d'une maladie grave et incurable qui ne s'améliorera pas, p. ex. un cancer terminal, la maladie d'Alzheimer, le SLA, etc., devraient être jugées amissibles. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 5 : Affection grave potentiellement mortelle

Citations :

Incapacité et problème de santé mentale

- « J'estime que l'[aide médicale à mourir] devrait être réservée aux personnes qui sont gravement malades – pas seulement incapables, mais vraiment gravement malades – et qui sont en proie à des souffrances intolérables, sans la moindre chance de rétablissement. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Je crois qu'on devrait avoir l'option de l'aide médicale à mourir en cas de maladie terminale ou de mort exceptionnellement imminente, mais pas parce que le patient ne pense pas que la vie vaut la peine d'être vécue à cause d'incapacités physiques. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Je pense qu'il est important, comme l'illustrent vos scénarios, de ne pas confondre maladie mortelle et santé mentale ou dépression qui sont traitables par des médicaments. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 6 : Mesures de soutien et autres solutions

Sommaire : Un autre thème important qui ressortait des réponses du grand public au sujet des facteurs d'admissibilité à l'aide médicale à mourir était d'offrir aux patients des soins palliatifs ou d'autres traitements (en particulier pour la santé mentale) de manière à s'assurer qu'ils ont considéré l'ensemble des options avant d'être admissibles à l'aide médicale à mourir. De même, de nombreux répondants ont mentionné qu'il est important que les patients aient accès à des mesures de soutien social et à du counselling ainsi qu'à du soutien financier afin que l'absence de ces mesures ne soit pas un facteur motivant leur décision. Avoir accès à des mesures de soutien et à d'autres solutions avant de considérer l'aide médicale à mourir comme un « dernier recours » était aussi un thème fréquent dans le groupe de l'échantillon représentatif.

Citations :

Soins palliatifs et autres traitements

- « Tous les patients devraient avoir accès à des soins palliatifs de qualité. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Il faut l'assurance que les soins appropriés seront disponibles dès qu'ils seront nécessaires, qu'il s'agisse de soins mécaniques, de médicaments et/ou de soins d'un préposé qualifié, pour maintenir la qualité de vie le plus longtemps possible avant d'y mettre fin, étant donné que la qualité de vie sera un facteur déterminant du maintien de la dignité. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Avant que le suicide devienne une option, je pense qu'il faut explorer chaque service d'aide mentale et d'aide médicale possible. Après, la décision devrait revenir à l'intéressé. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Un grand nombre des personnes mentionnées dans les scénarios auraient avantage à bénéficier d'un meilleur accès à des soins de santé mentale et physique... Parallèlement aux critères pour l'aide au suicide, nous devons nous assurer que chacun ait accès à ces soins. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres facteurs d'admissibilité

Thème 6 : Mesures de soutien et autres solutions (suite)

Citations :

Mesures de soutien social et financier

- « Il me semble que des mesures de soutien obligatoires devraient être à la disposition des personnes avant qu'elles ne prennent cette décision, par exemple des travailleurs sociaux, une communauté religieuse accueillante, des groupes de soutien, du counselling, des contacts avec d'autres personnes aux prises avec les mêmes problèmes, des professionnels des soins palliatifs, du counselling de transition, etc. » (Répondant du grand public en anglais)
- « On ne devrait pas se sentir obligé de mourir à cause de sa situation socioéconomique, à cause de la pauvreté ou du sentiment d'être un fardeau pour ses proches par exemple. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Les risques

Dans la décision qu'elle a rendu dans la cause *Carter*, la Cour a reconnu qu'il y a des risques à permettre l'aide médicale à mourir au Canada.

Cette section met l'accent sur les risques pour :

1. Les patients;
2. Les personnes handicapées;
3. Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale;
4. Les soins palliatifs;
5. La société canadienne en général.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

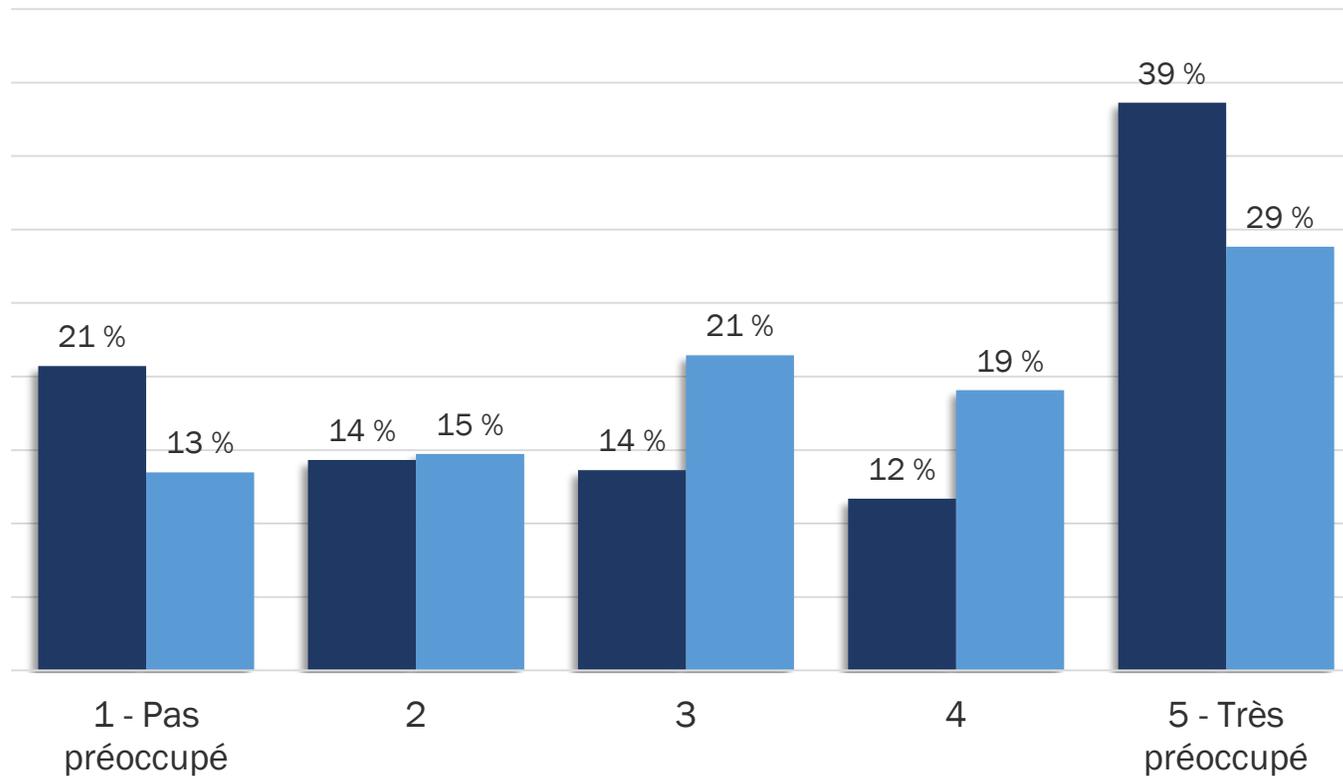
- Les répondants étaient généralement davantage préoccupés par les risques liés à la santé mentale et les préoccupations d'ordre émotif des patients, y compris les personnes demandant l'aide à mourir au cours d'un épisode qui pourrait être temporaire, et le sentiment d'isolement et de solitude du patient.
- Les répondants étaient généralement moins préoccupés par les répercussions sur les soins médicaux et les risques pour la société, y compris la façon dont l'aide à mourir pourrait changer leur relation ou leur niveau de confiance à l'égard de leur médecin.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

subissent des pressions ou l'influence de leur famille/leurs êtres chers?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 25 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

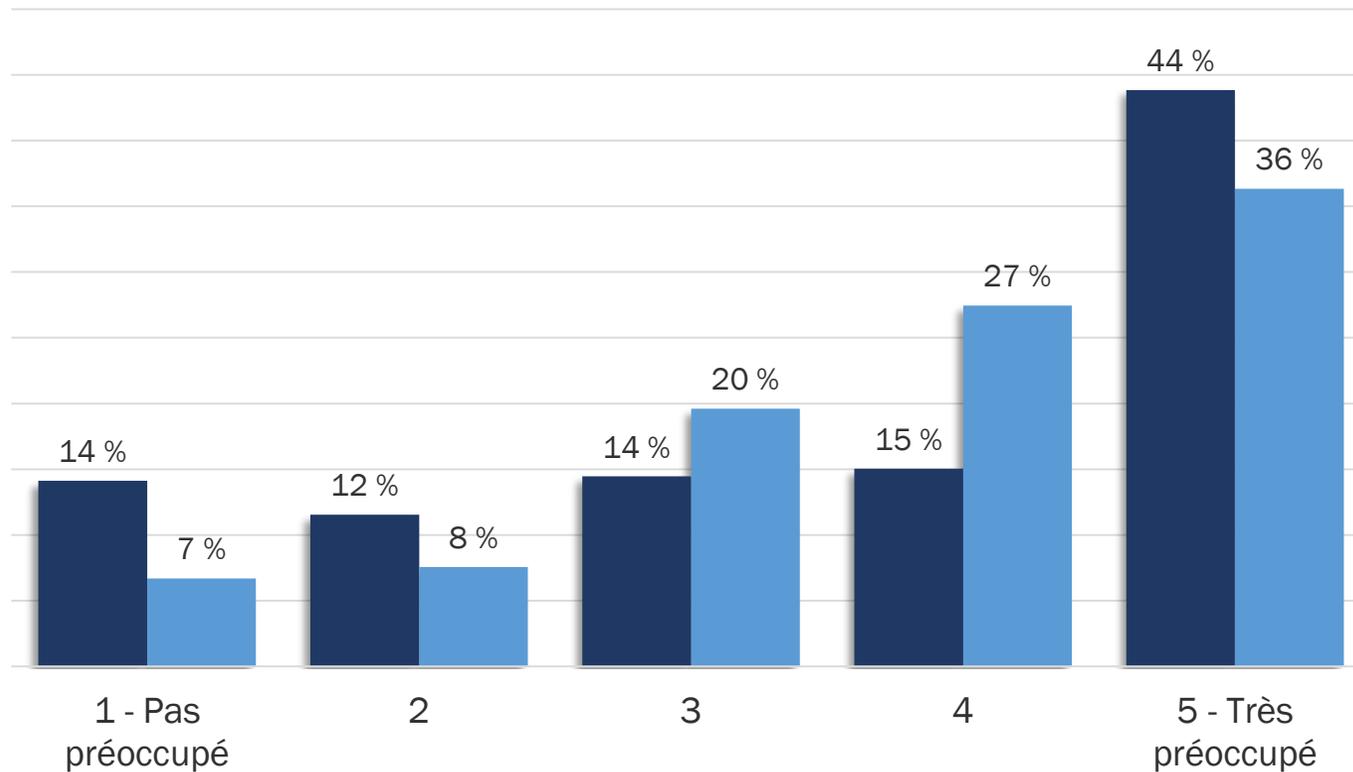
Dans l'échantillon, la préoccupation augmentait généralement dans les groupes démographiques plus âgés.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

ont le sentiment d'être un fardeau affectif pour leur famille/leurs êtres chers?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

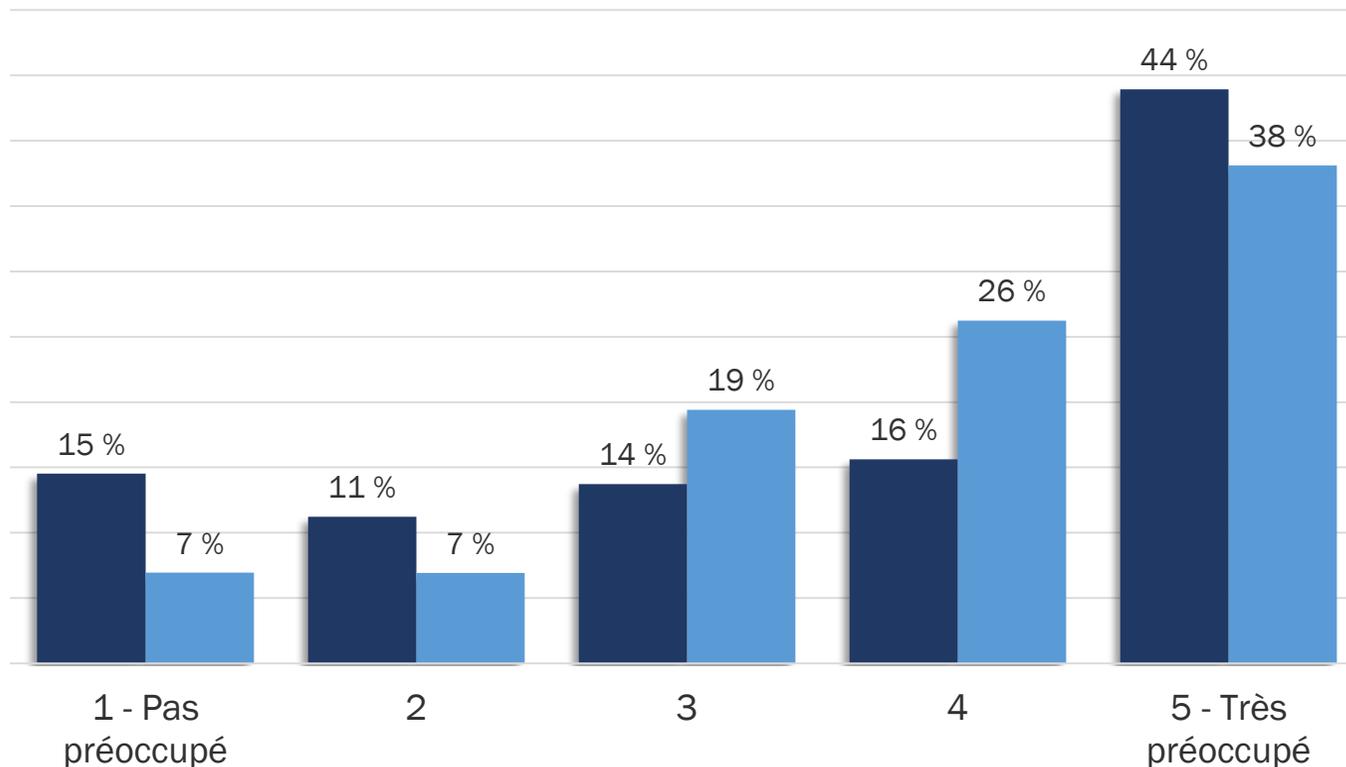
Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

ont l'impression qu'ils sont un fardeau financier pour leur famille/leurs êtres chers ou pour la société en général?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

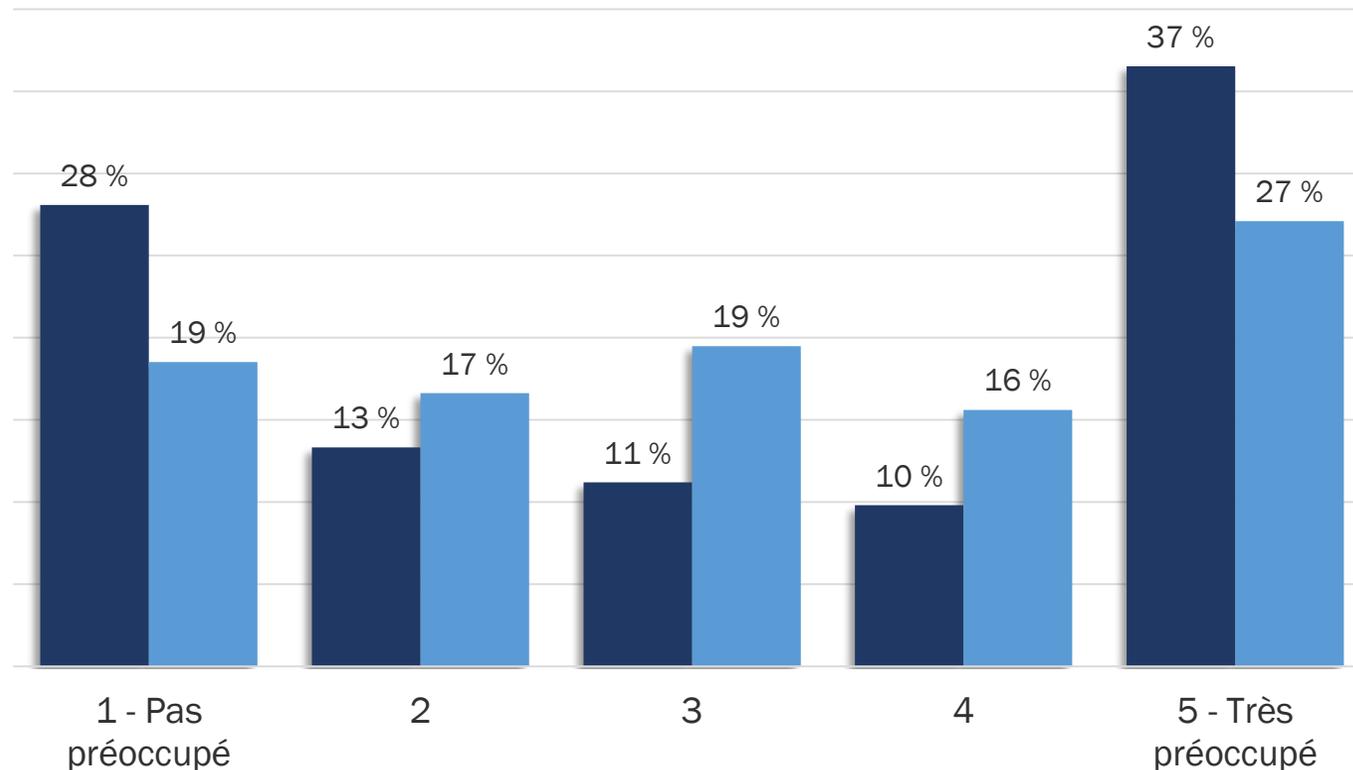
Dans l'échantillon, la préoccupation augmentait généralement dans les groupes démographiques plus âgés.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

subissent des pressions ou l'influence de leur fournisseur de soins de santé?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 25 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

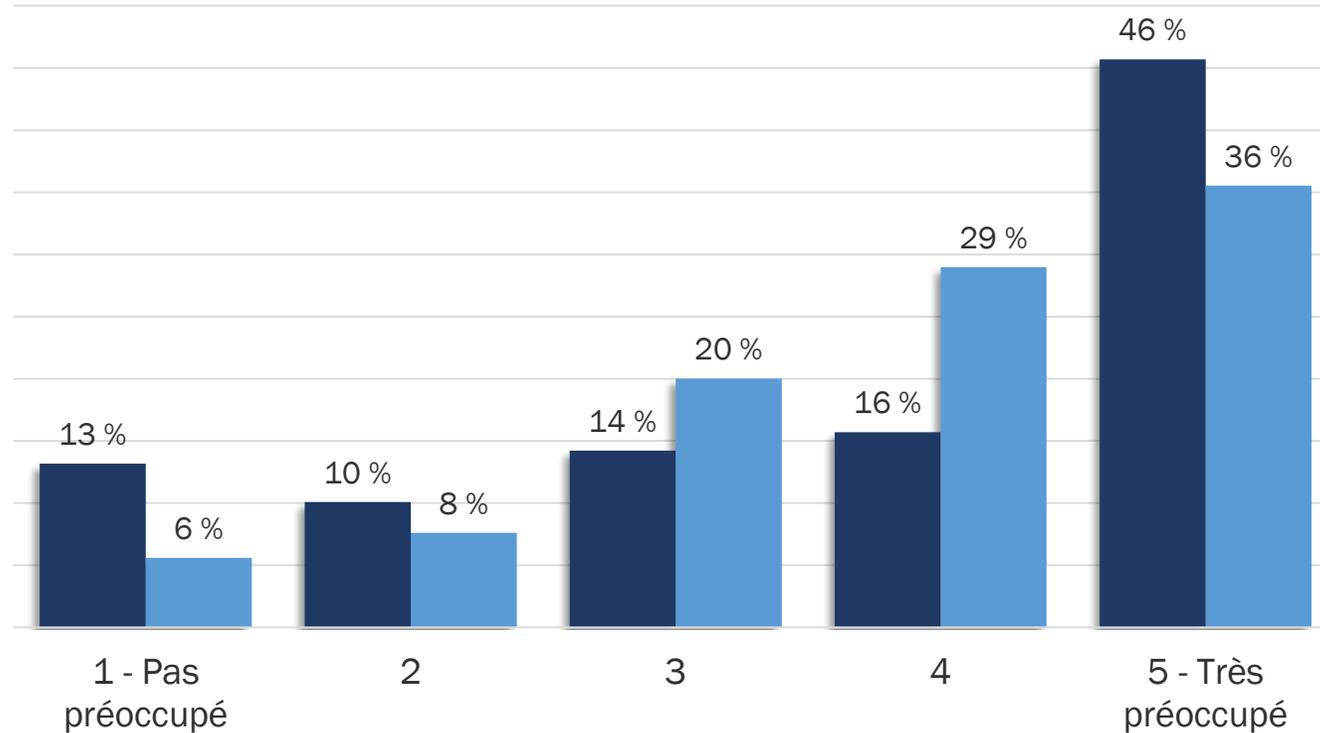
Dans l'échantillon, la préoccupation augmentait généralement dans les groupes démographiques plus âgés.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

se sentent isolés/seuls ou manquent de soutien affectif?



Dans le public, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

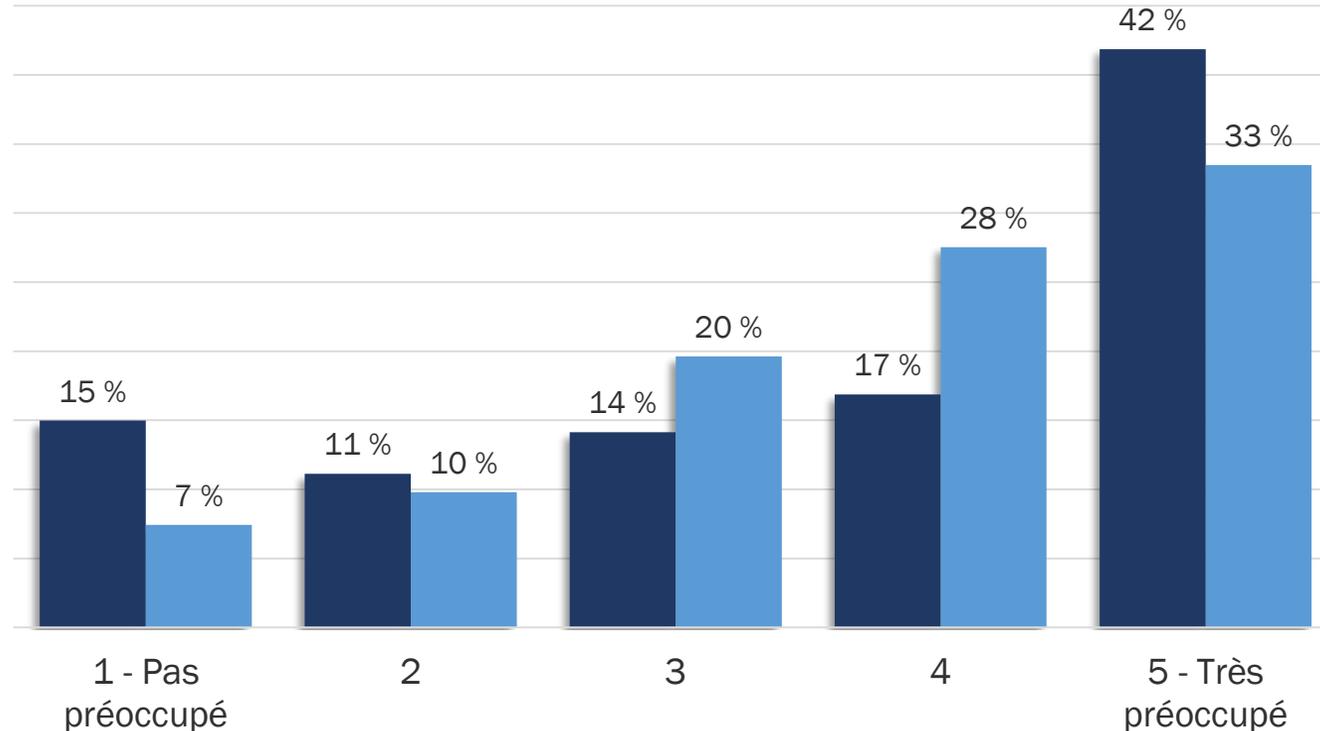
Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

ne sont pas au courant des traitements, des technologies ou des options qui pourraient améliorer leur qualité de vie?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins, les infirmiers et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 65 à 74 ans étaient généralement plus préoccupés que les autres.

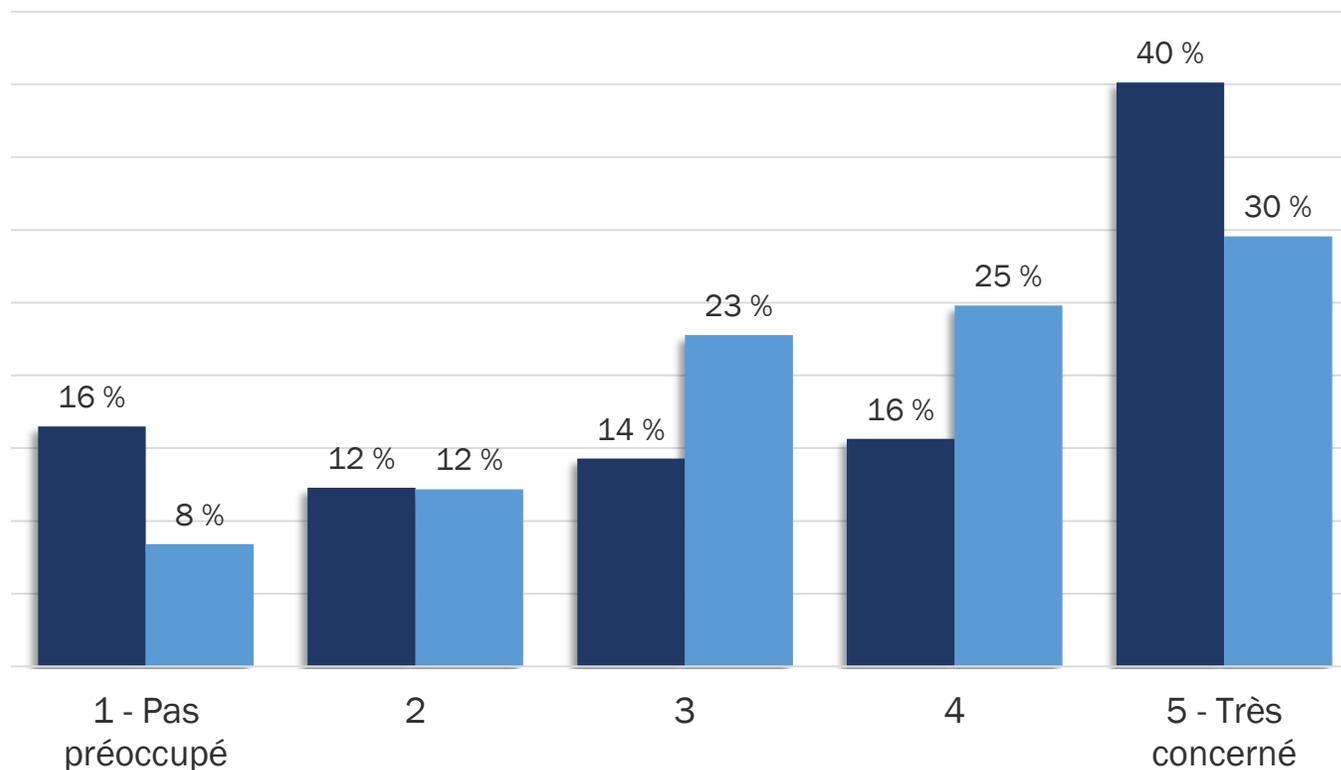
Toutefois, les répondants francophones étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

ont l'impression que leur fournisseur de soins de santé ne comprend pas les options qui pourraient soulager leur souffrance ou ne les fournit pas?



Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 65 à 74 ans étaient généralement plus préoccupés que les autres.

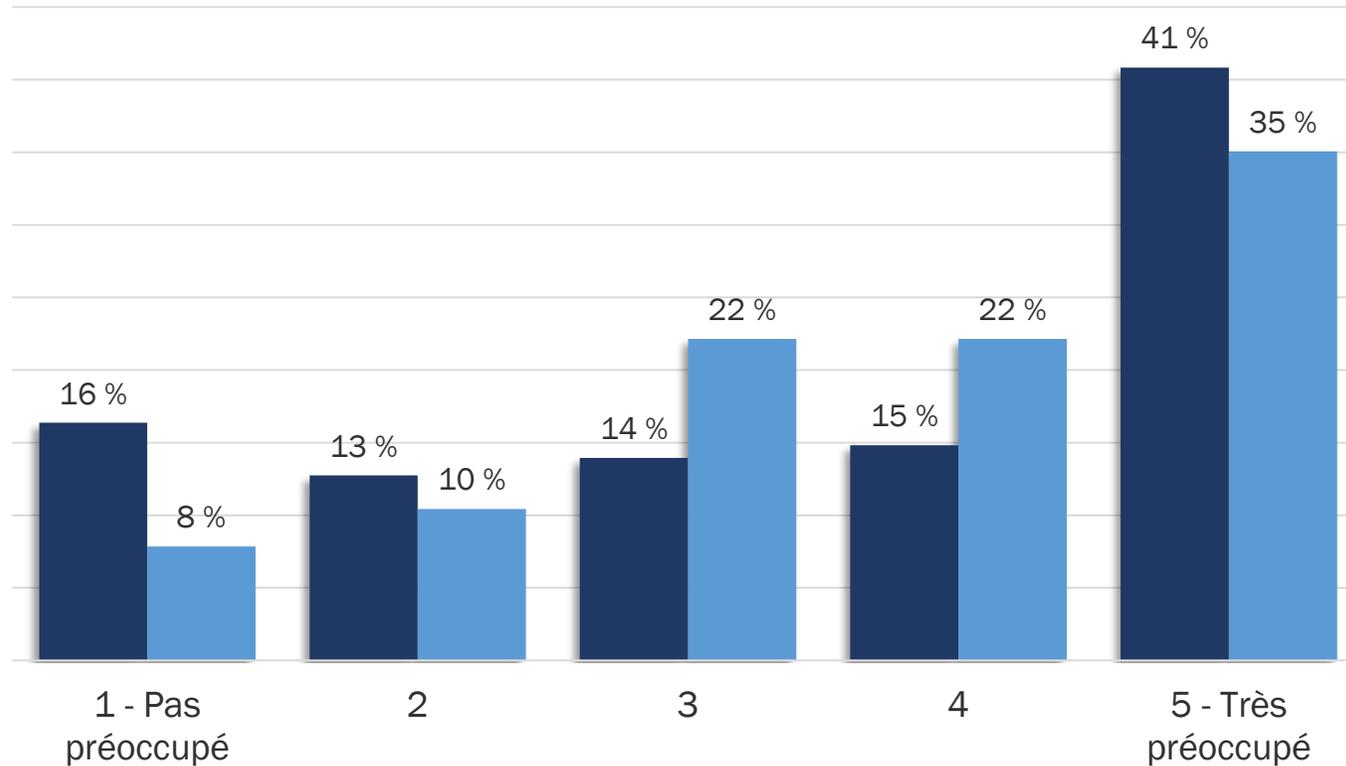
Toutefois, les répondants francophones étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les patients

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir s'ils...

fondent leur décision sur un diagnostic/pronostic inexact ou incorrect?



Dans le public, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 65 à 84 ans étaient généralement plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

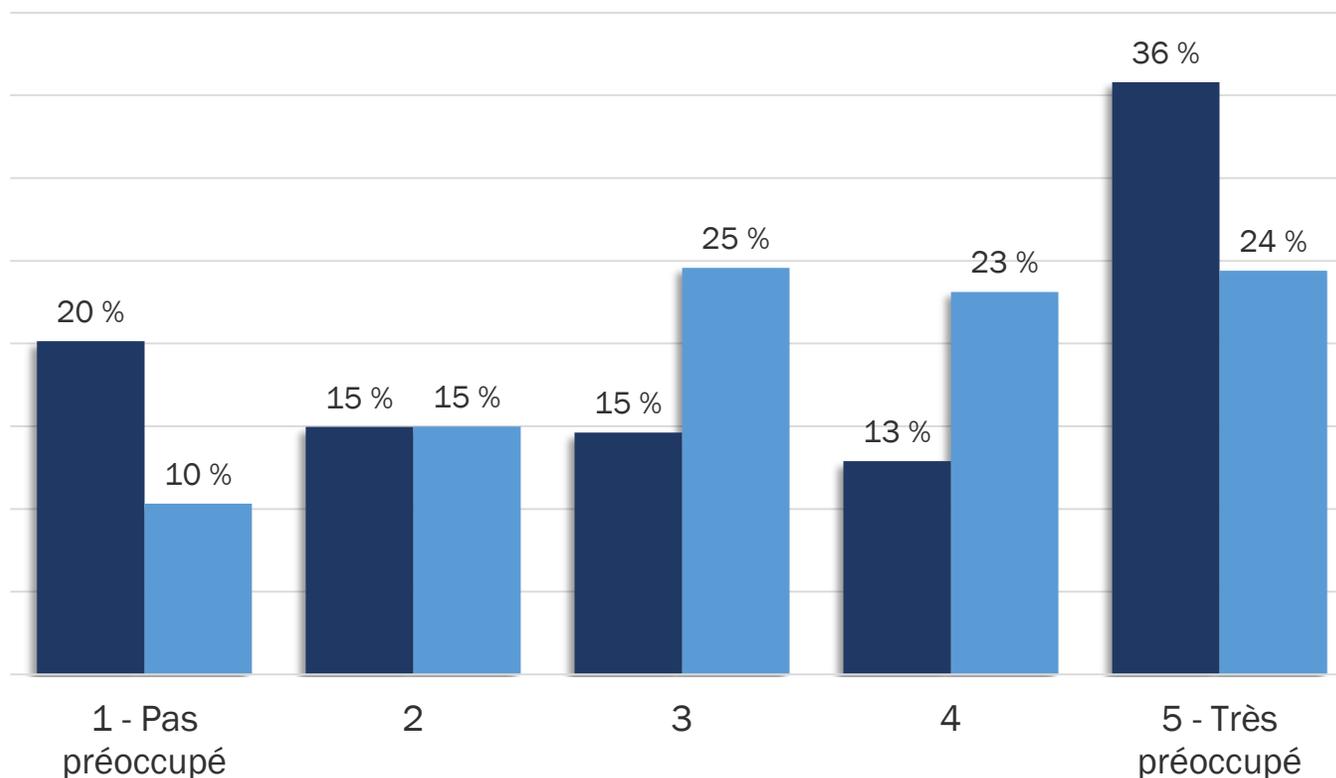
Toutefois, les répondants francophones étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les personnes handicapées

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes handicapées (et peut-être d'autres) peuvent être plus susceptibles de...

demander l'aide médicale à mourir à cause de la souffrance qu'elles ressentent parce qu'elles ont vécu l'expérience de la discrimination, de la privation ou de la stigmatisation?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

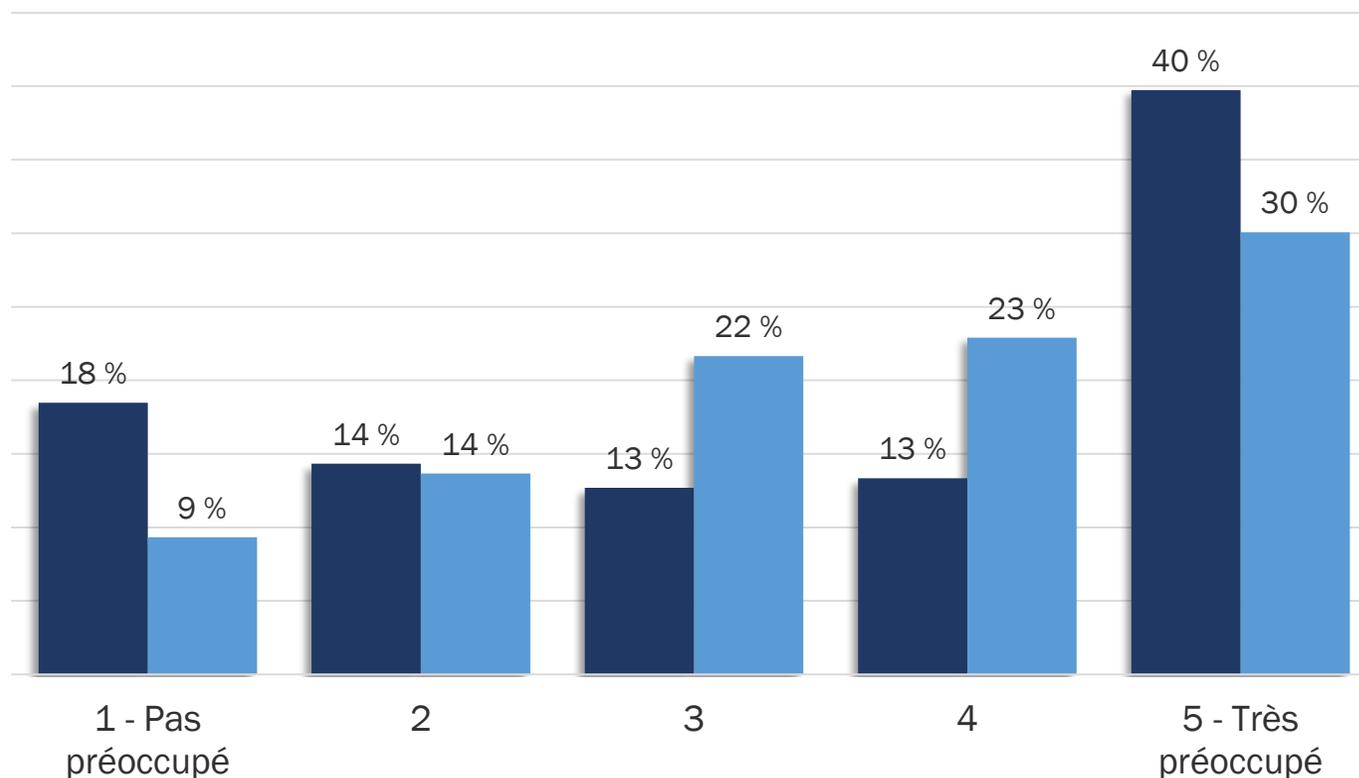
Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Les personnes handicapées

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes handicapées (et peut-être d'autres) peuvent être plus susceptibles de...

être influencées par un membre de la famille ou un aidant naturel dont elles dépendent pour du soutien pour demander l'aide médicale à mourir?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

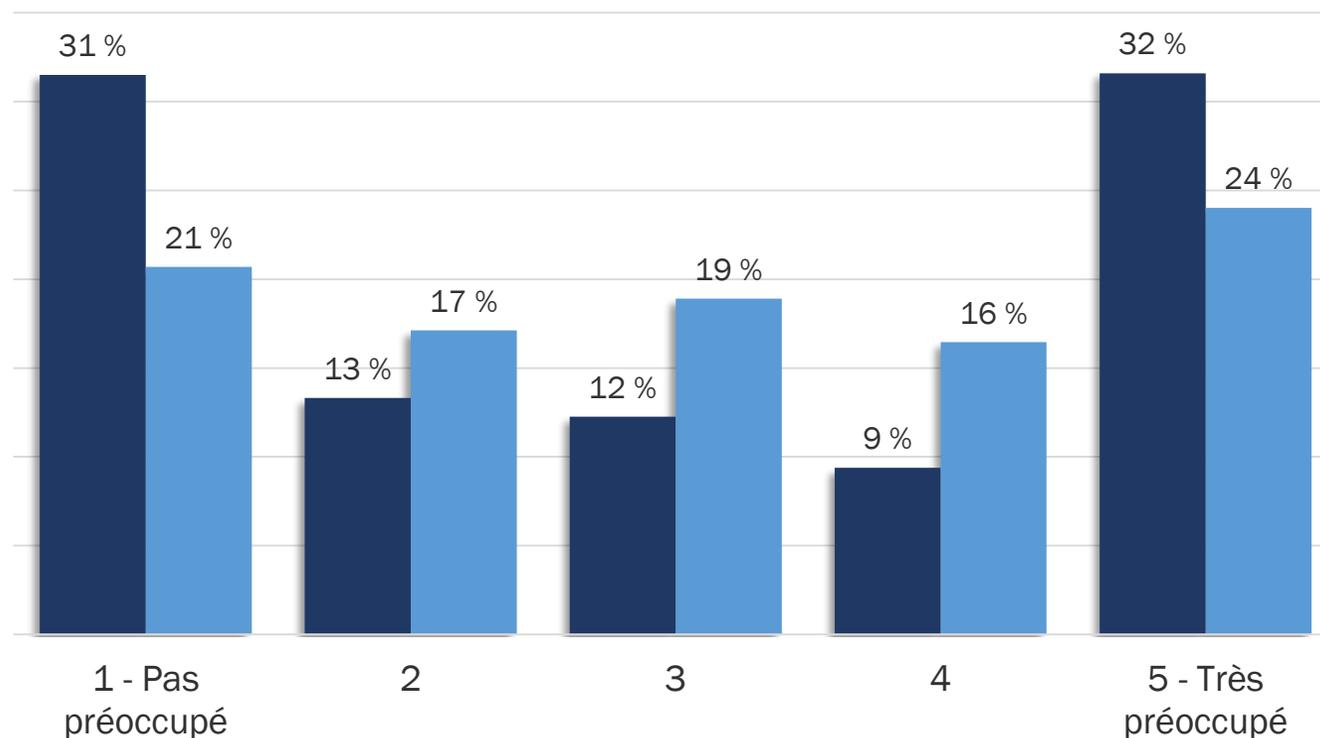
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus préoccupés que les autres.

Les personnes handicapées

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes handicapées (et peut-être d'autres) peuvent être plus susceptibles de...

demander l'aide médicale à mourir afin d'être respectées et admirées pour leur sacrifice ou leur bravoure alors qu'elles ont été dépréciées ou ignorées pendant une grande partie de leur vie.



Dans le public, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

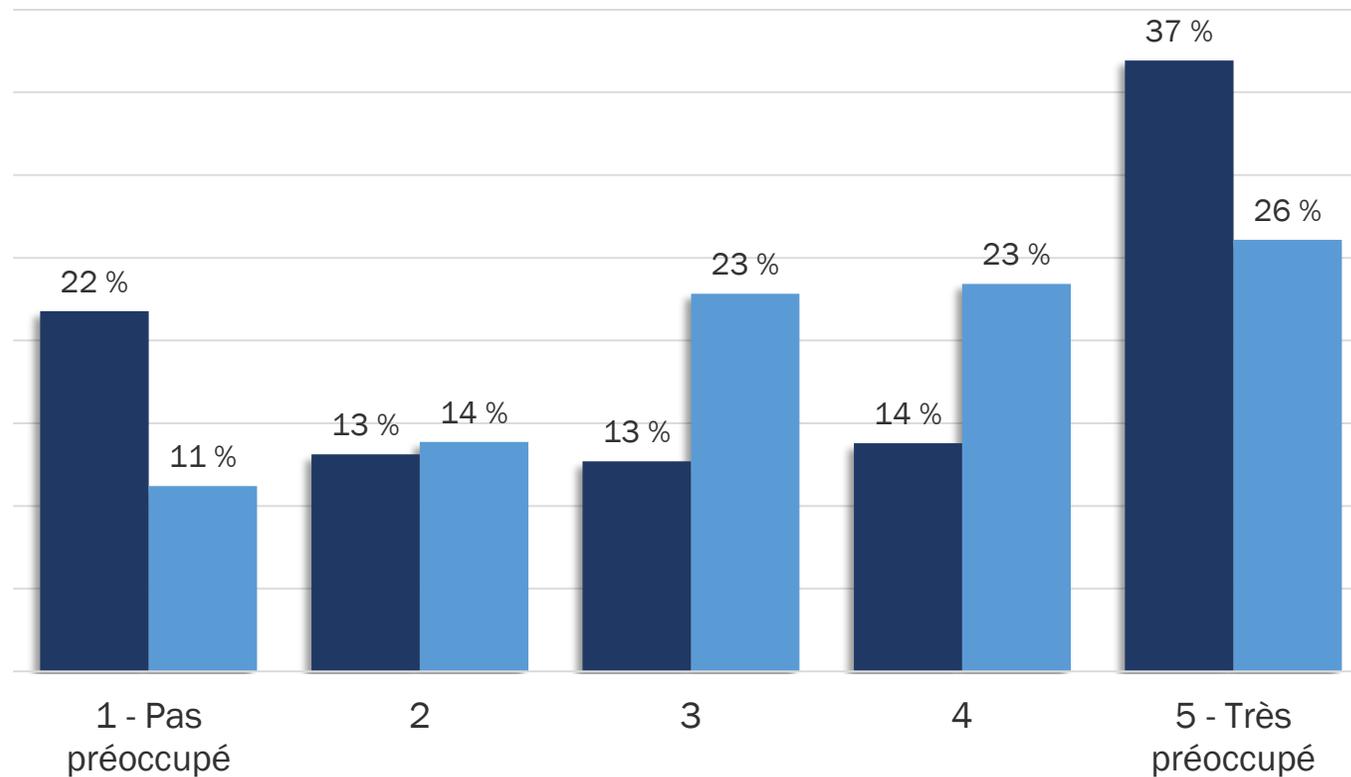
Toutefois, les répondants francophones étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les personnes handicapées

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Des fournisseurs de soins de santé qui...

ne connaissent pas bien d'autres façons de s'attaquer aux difficultés ou à la détresse que ressent une personne handicapée?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

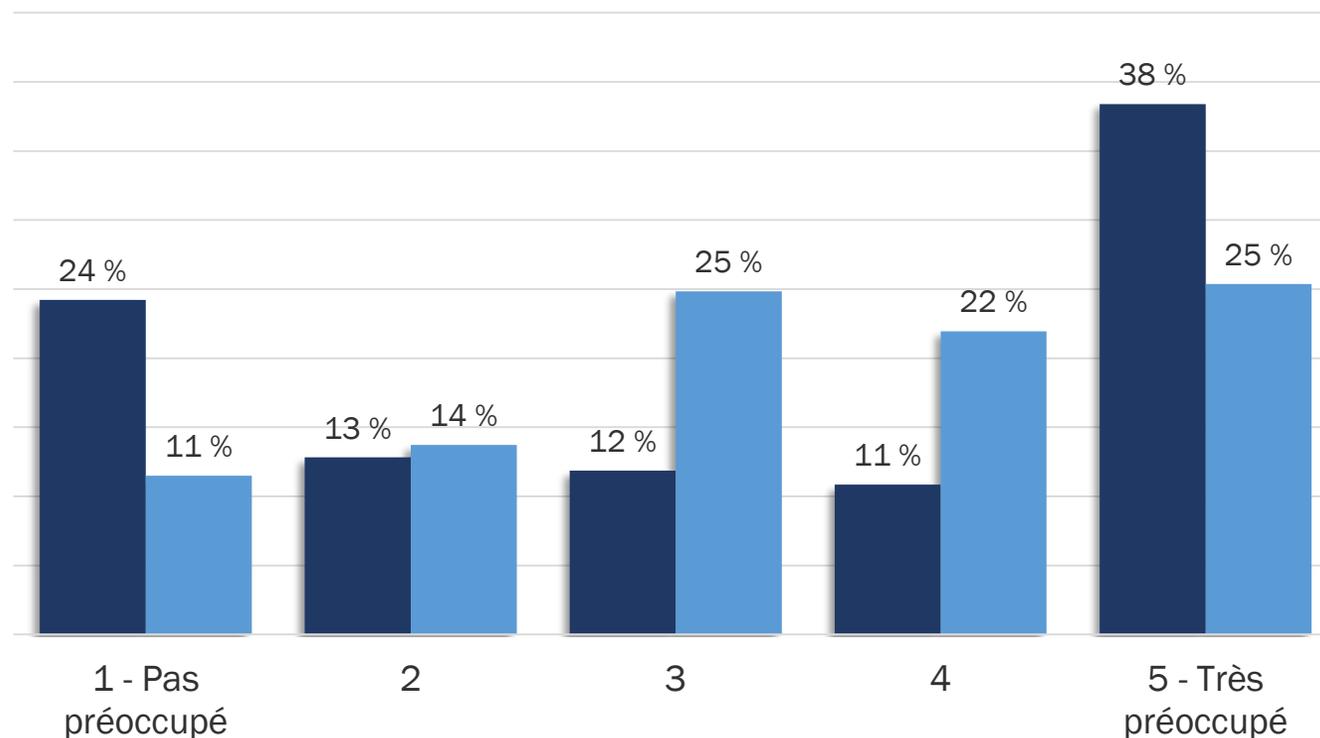
Dans l'échantillon, les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les personnes handicapées

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Des fournisseurs de soins de santé qui...

sont davantage portés à voir comme étant raisonnables les demandes d'aide à mourir de personnes handicapées?



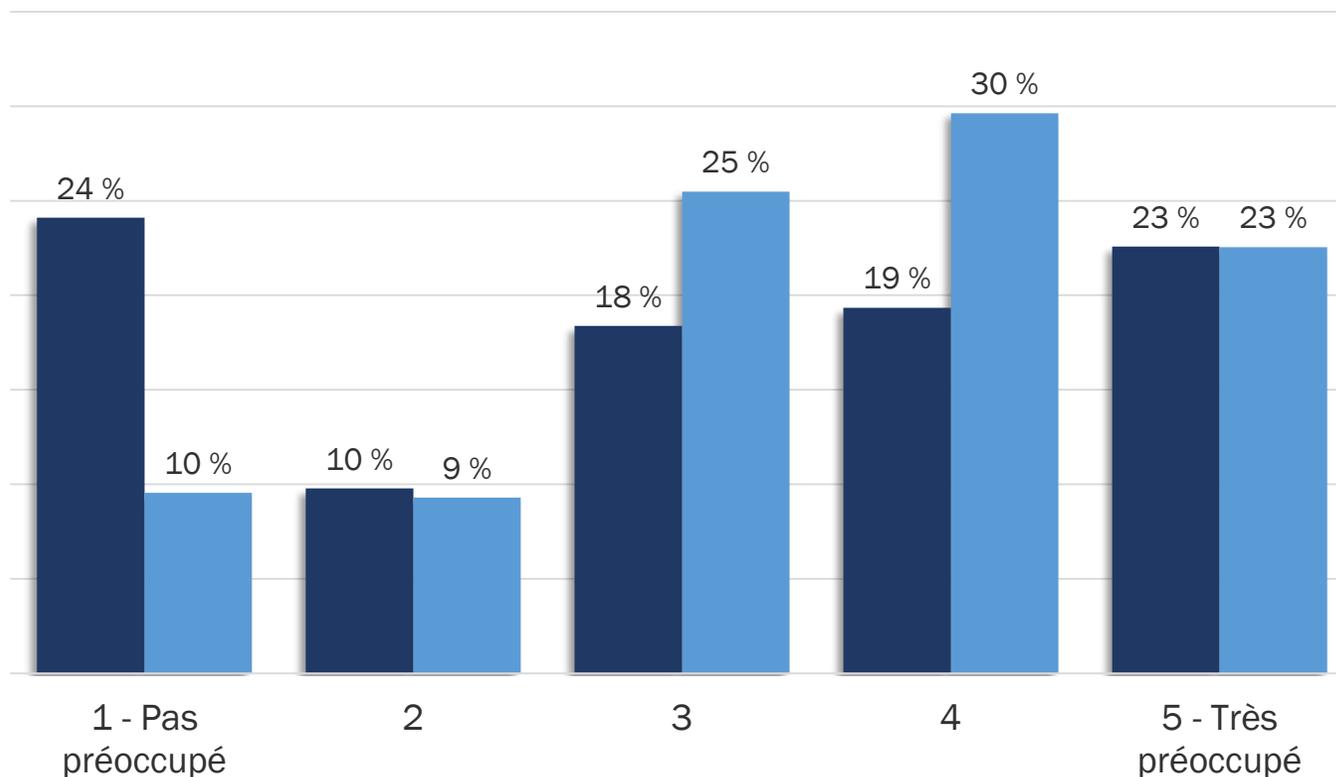
Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Il pourrait être plus difficile pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale de recevoir l'aide médicale à mourir?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 65 à 84 ans, et les résidents du Québec étaient généralement les plus préoccupés.

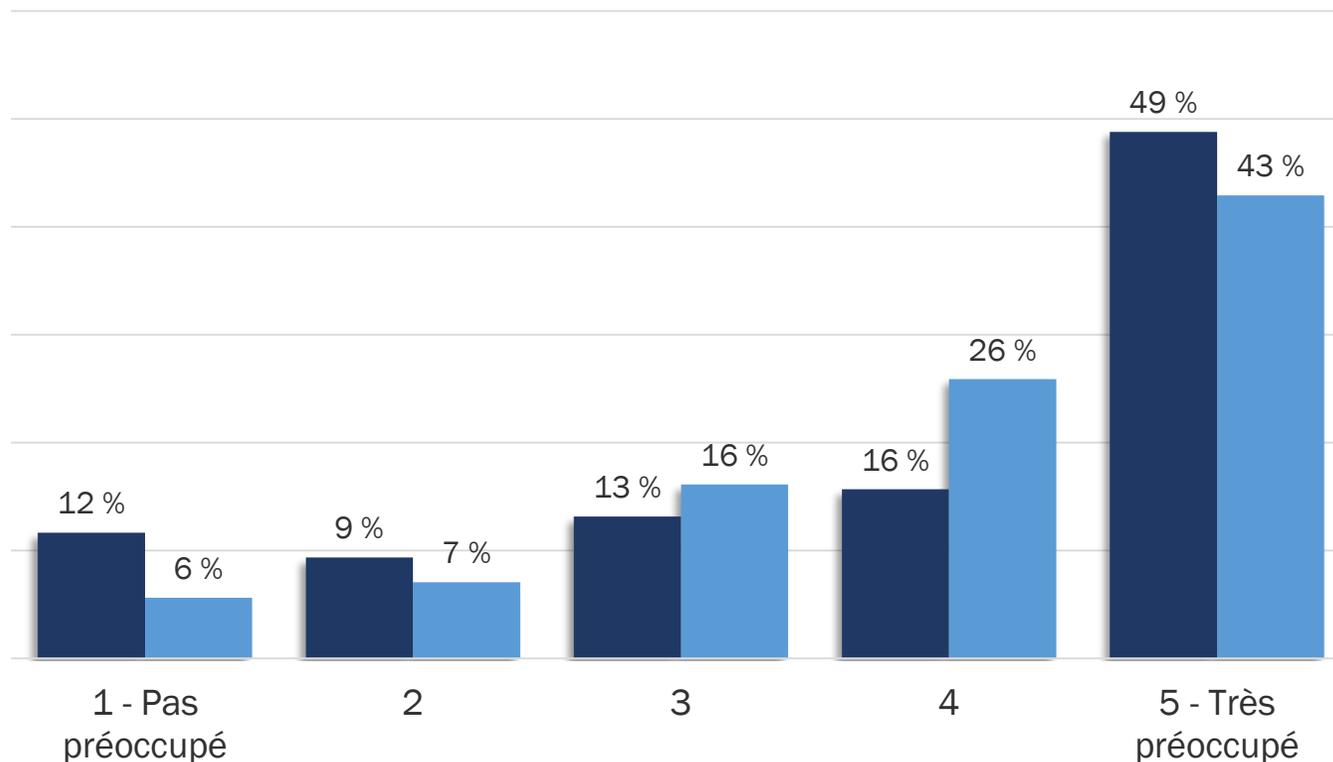
Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale pourraient...

demander l'aide médicale à mourir pendant un épisode qui pourrait être temporaire?



Dans le public, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

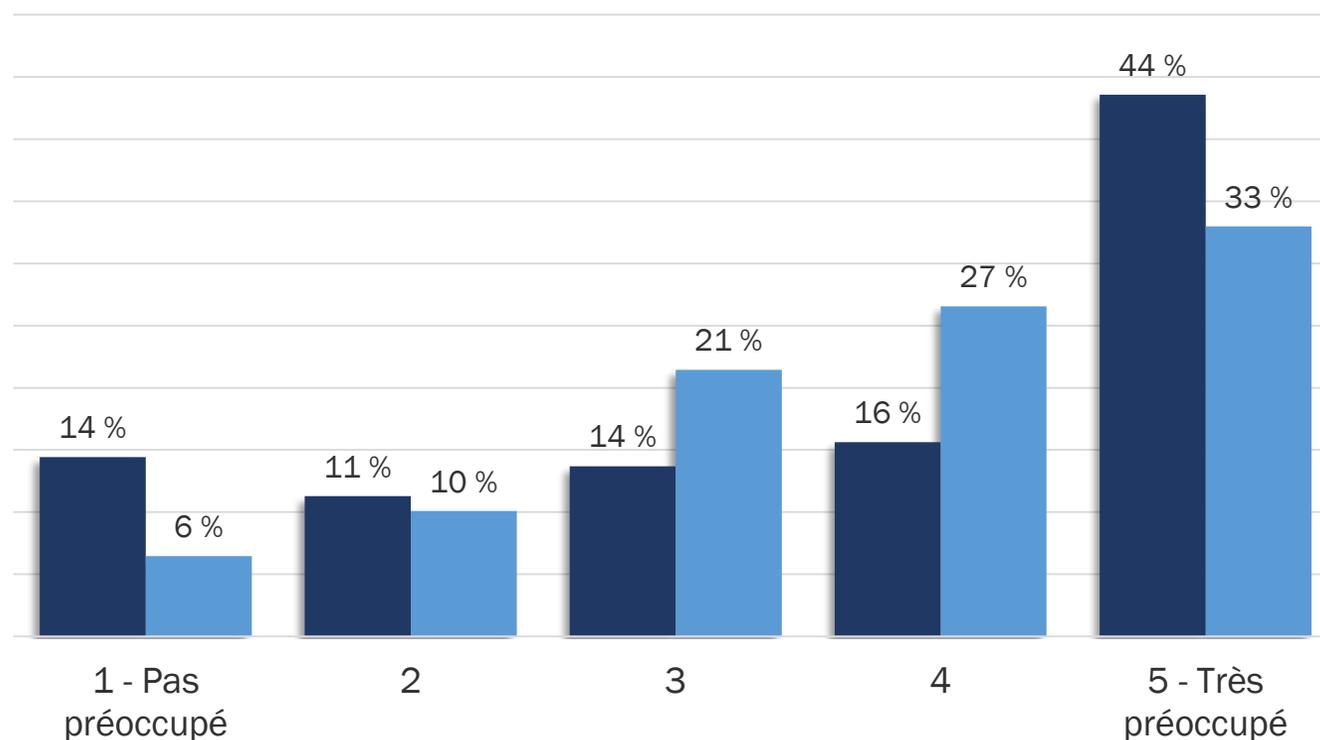
Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale pourraient...

demander l'aide médicale à mourir à cause de la souffrance/de l'aliénation qui découle de l'expérience qu'elles ont vécue de la discrimination, de la pauvreté, de la violence ou de la stigmatisation?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

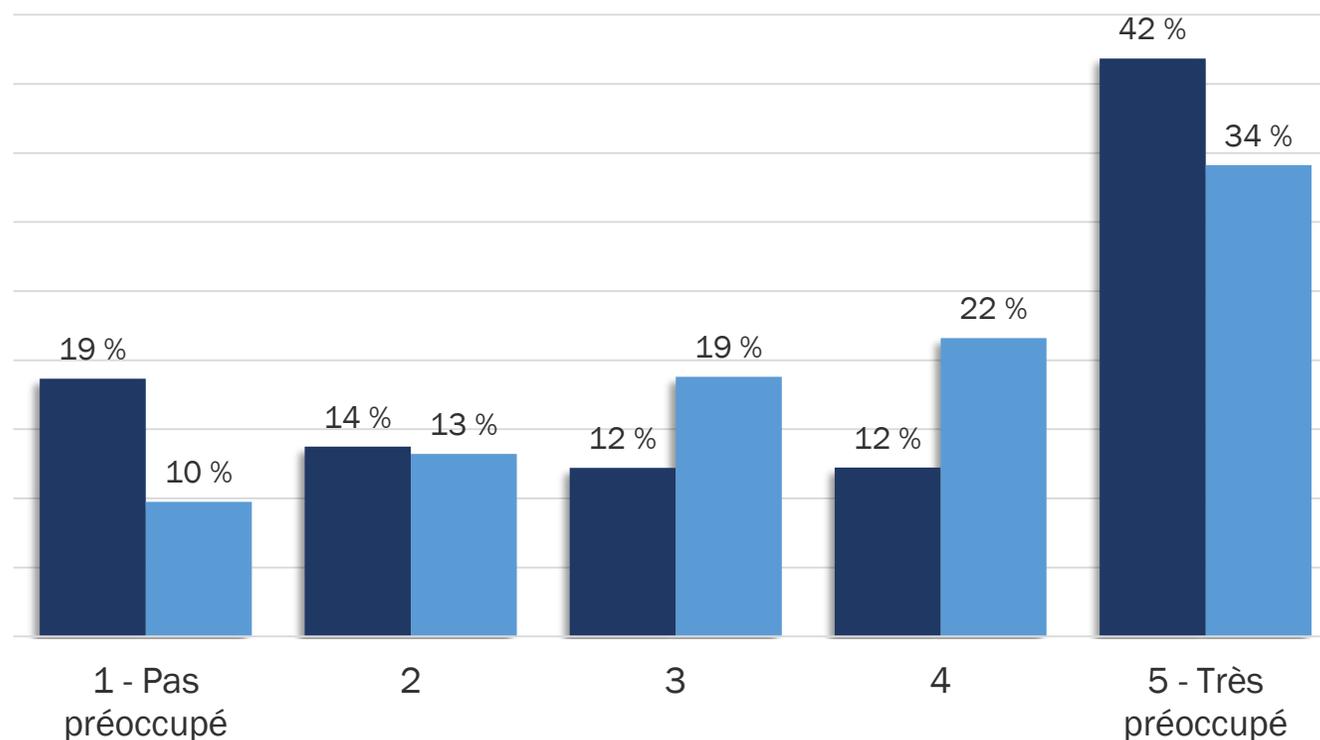
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale pourraient...

être influencées par des tiers occupant des positions d'autorité pour demander l'aide médicale à mourir?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

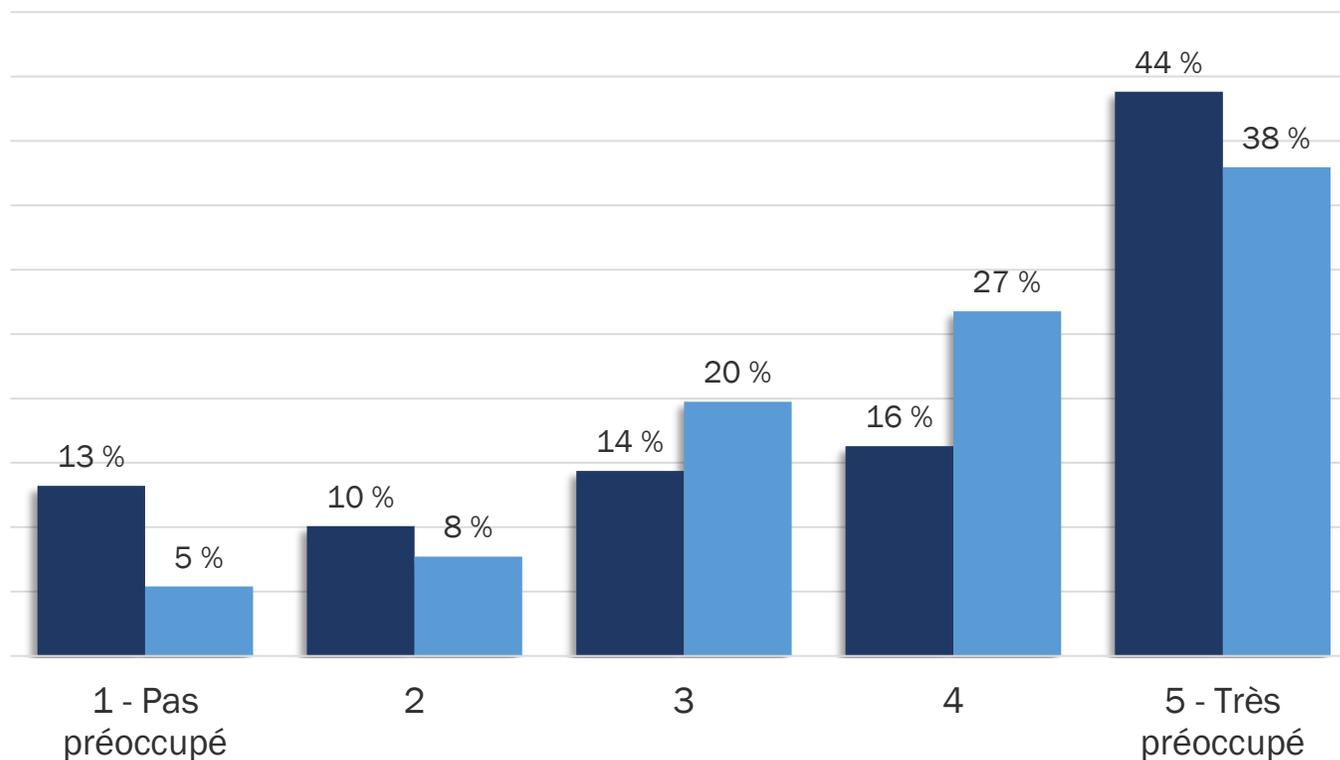
Dans l'échantillon, les Canadiens de 65 à 84 ans étaient plus susceptibles d'être préoccupés.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale pourraient...

avoir du mal avec les raisonnements et le jugement qu'il faut pour demander l'aide médicale à mourir?



Dans le public, les répondants francophones, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

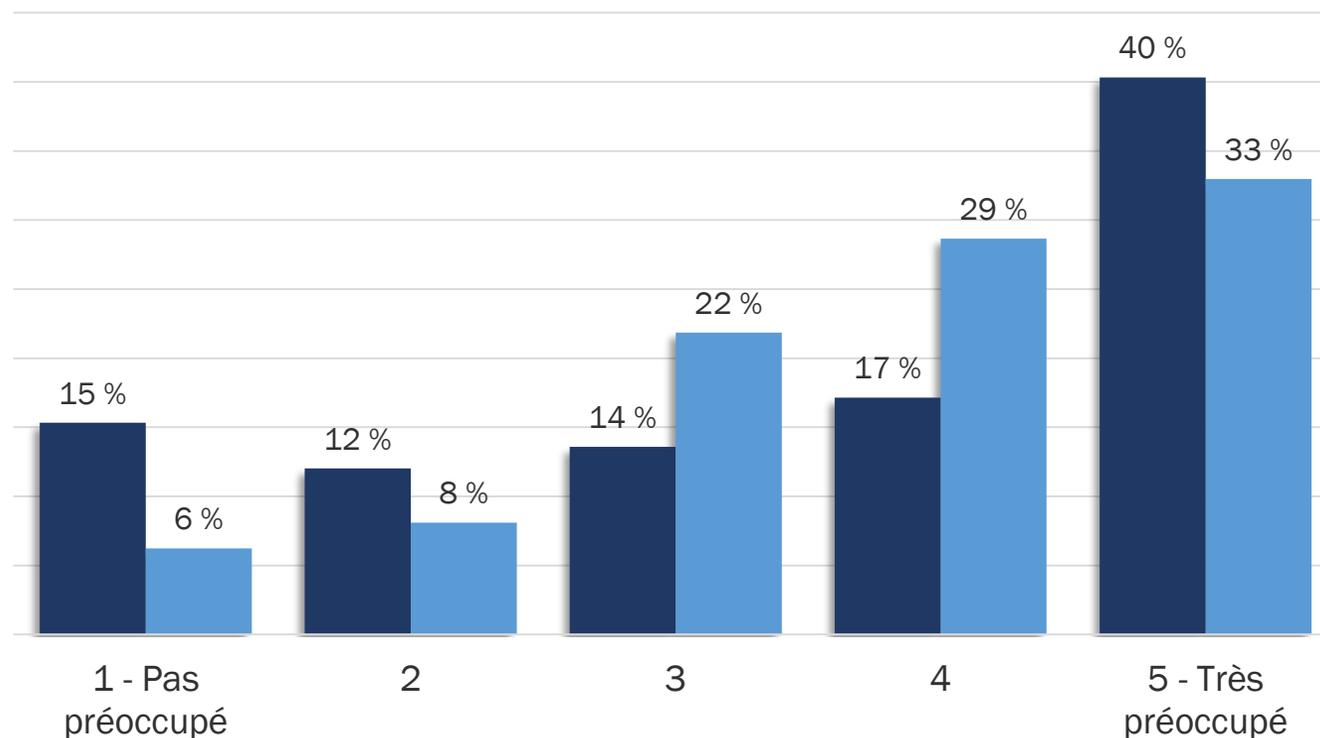
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles d'être préoccupés, tandis que Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les fournisseurs de soins de santé...

peuvent ne pas être en mesure d'évaluer avec fiabilité la capacité décisionnelle des personnes atteintes de problèmes de santé mentale?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

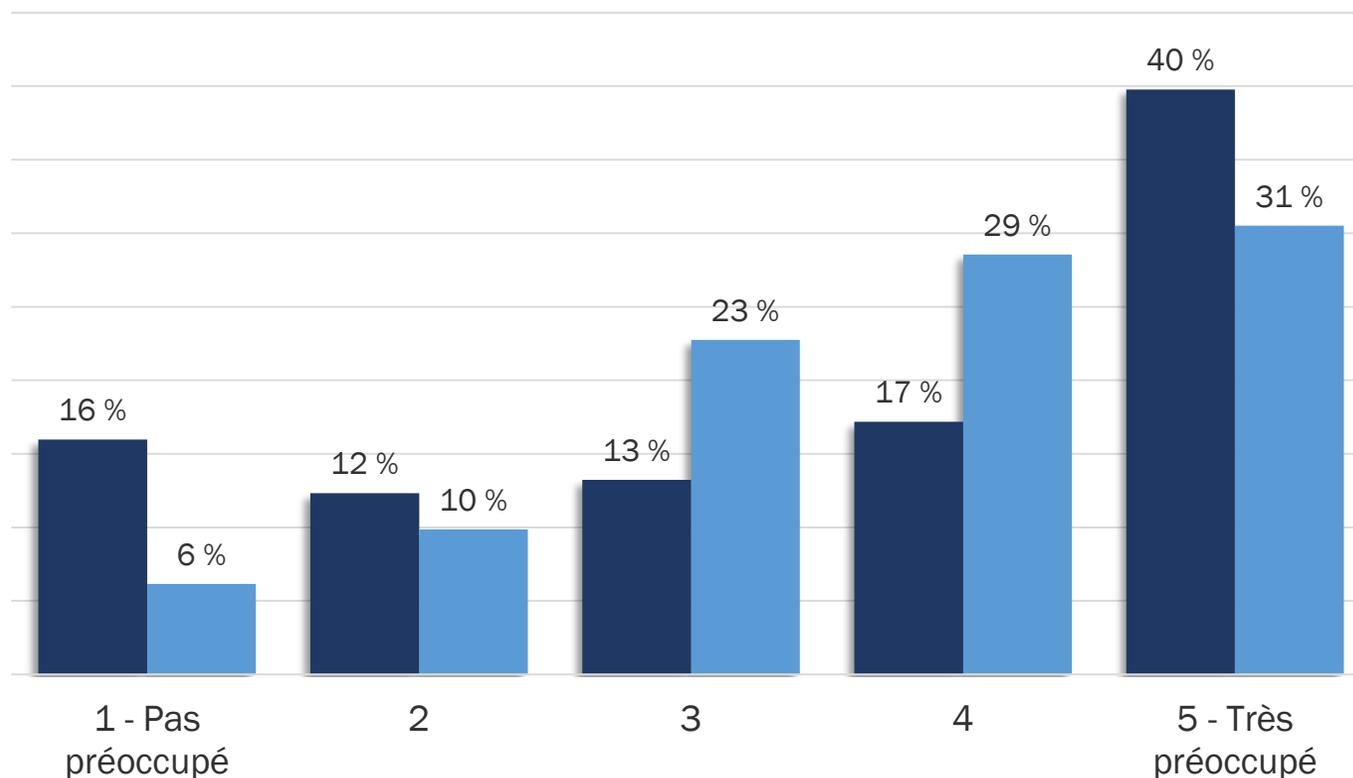
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les fournisseurs de soins de santé...

peuvent ne pas être au courant des moyens d'aborder les difficultés ou la détresse qu'une personne atteinte de problèmes de santé mentale éprouve?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

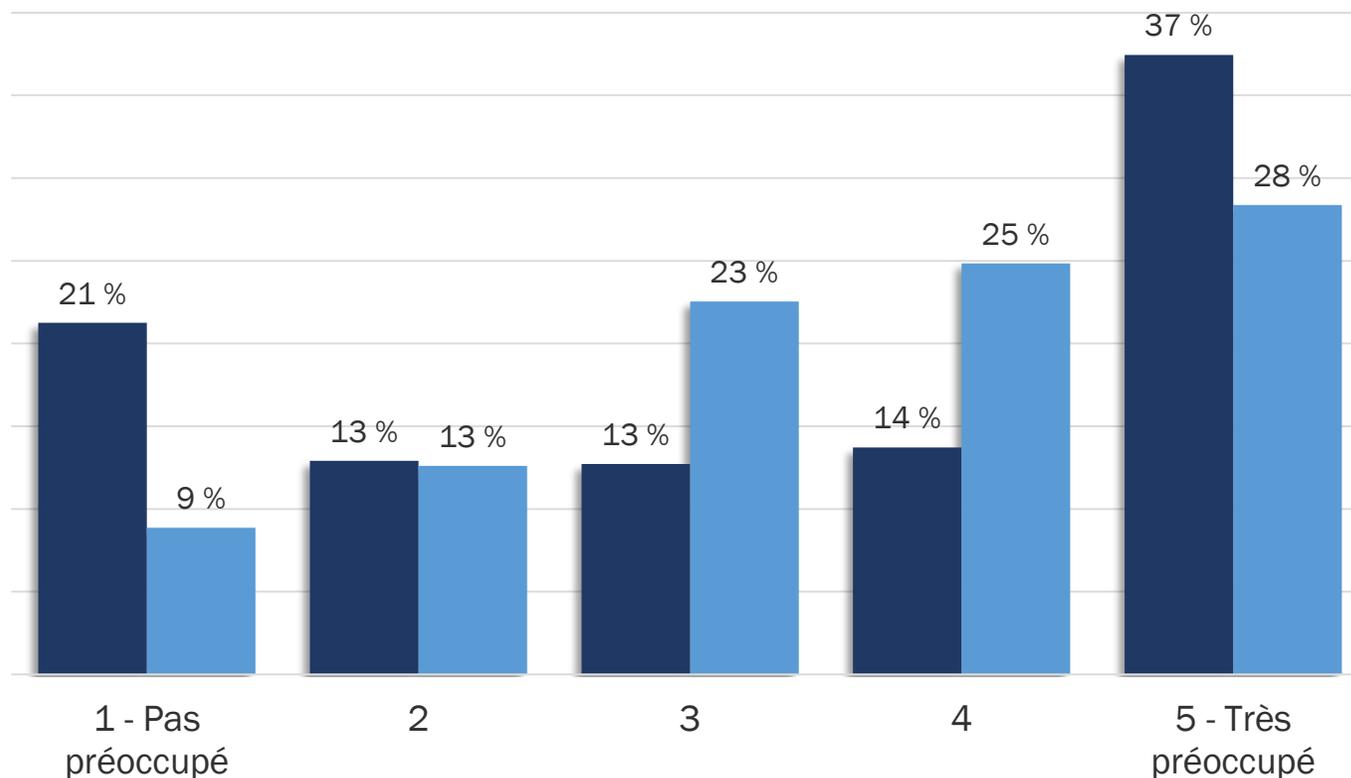
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les fournisseurs de soins de santé...

peuvent être moins portés à mettre en doute les demandes d'aide à mourir émanant de personnes atteintes de problèmes de santé mentale?



Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

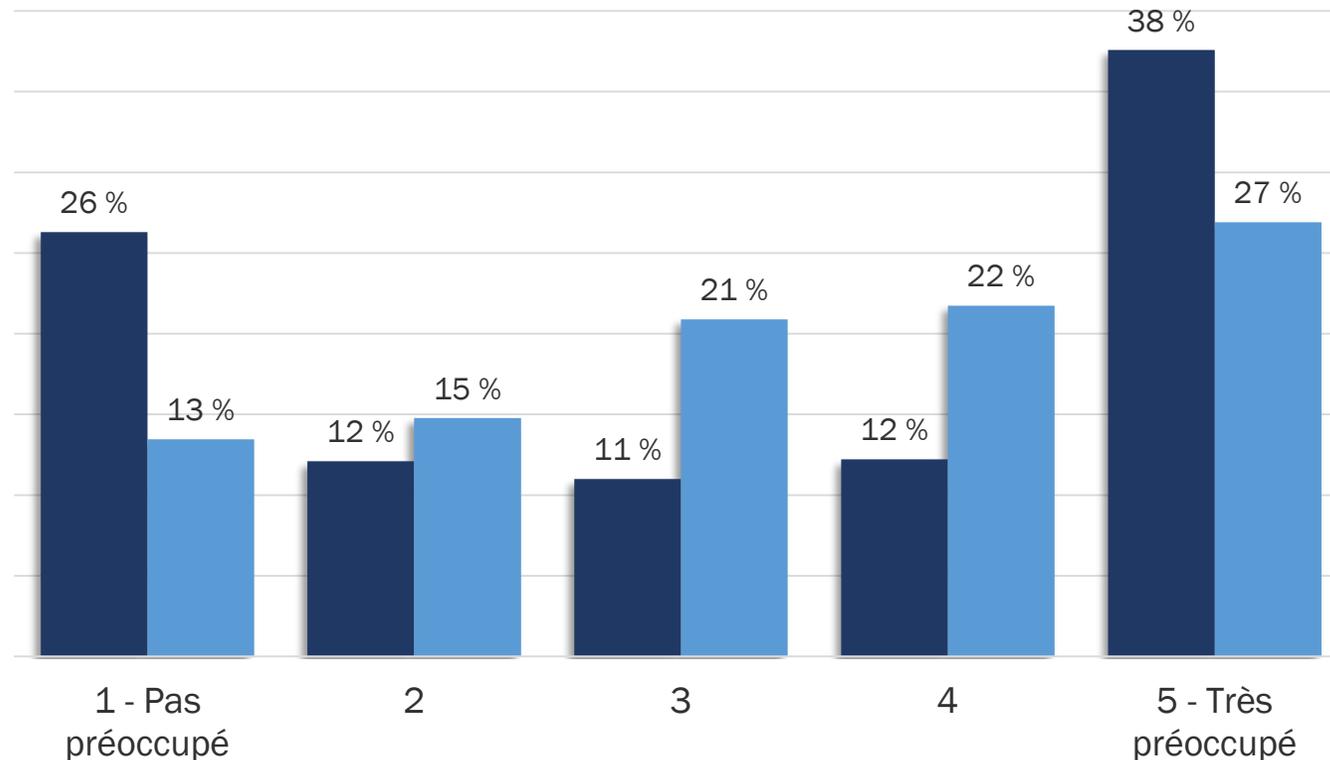
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les soins palliatifs

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir parce que...

ils ne sont pas au courant des services de soins palliatifs disponibles?



Dans le public, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

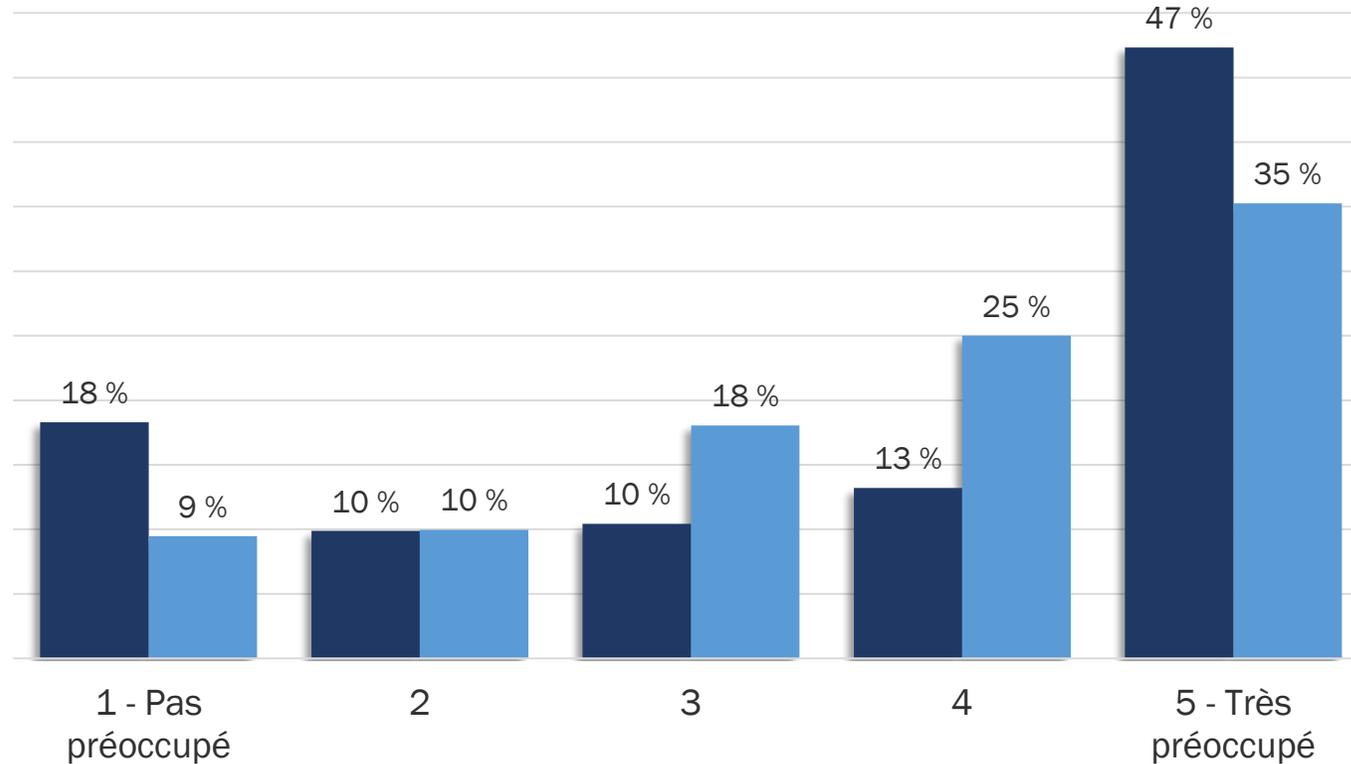
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de pas être préoccupés.

Les soins palliatifs

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les patients seront plus susceptibles de demander l'aide médicale à mourir parce que...

ils n'ont pas accès à des services et à des moyens de soutien de soins palliatifs?



Dans le public, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

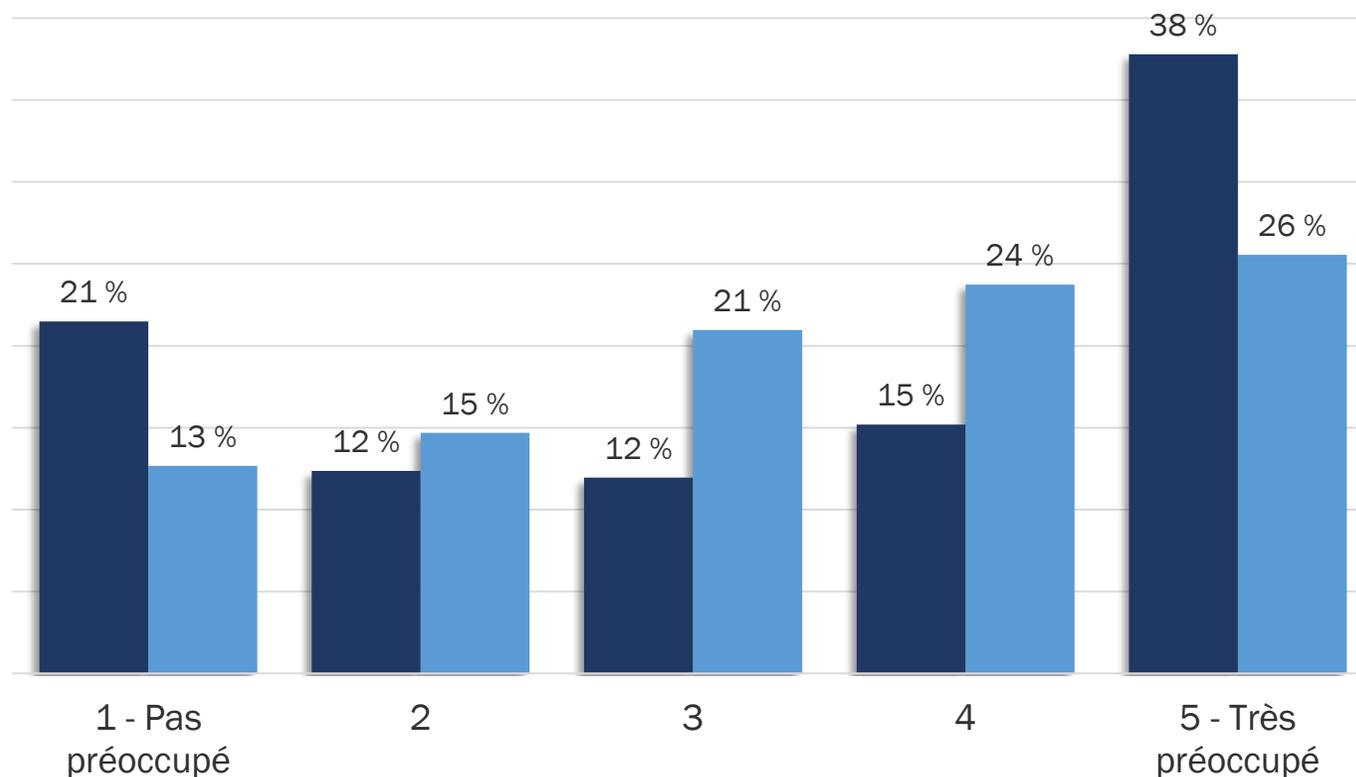
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

Les soins palliatifs

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les fournisseurs de soins de santé...

n'ont pas été formés à la façon de discuter des options de soins palliatifs avec les patients?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

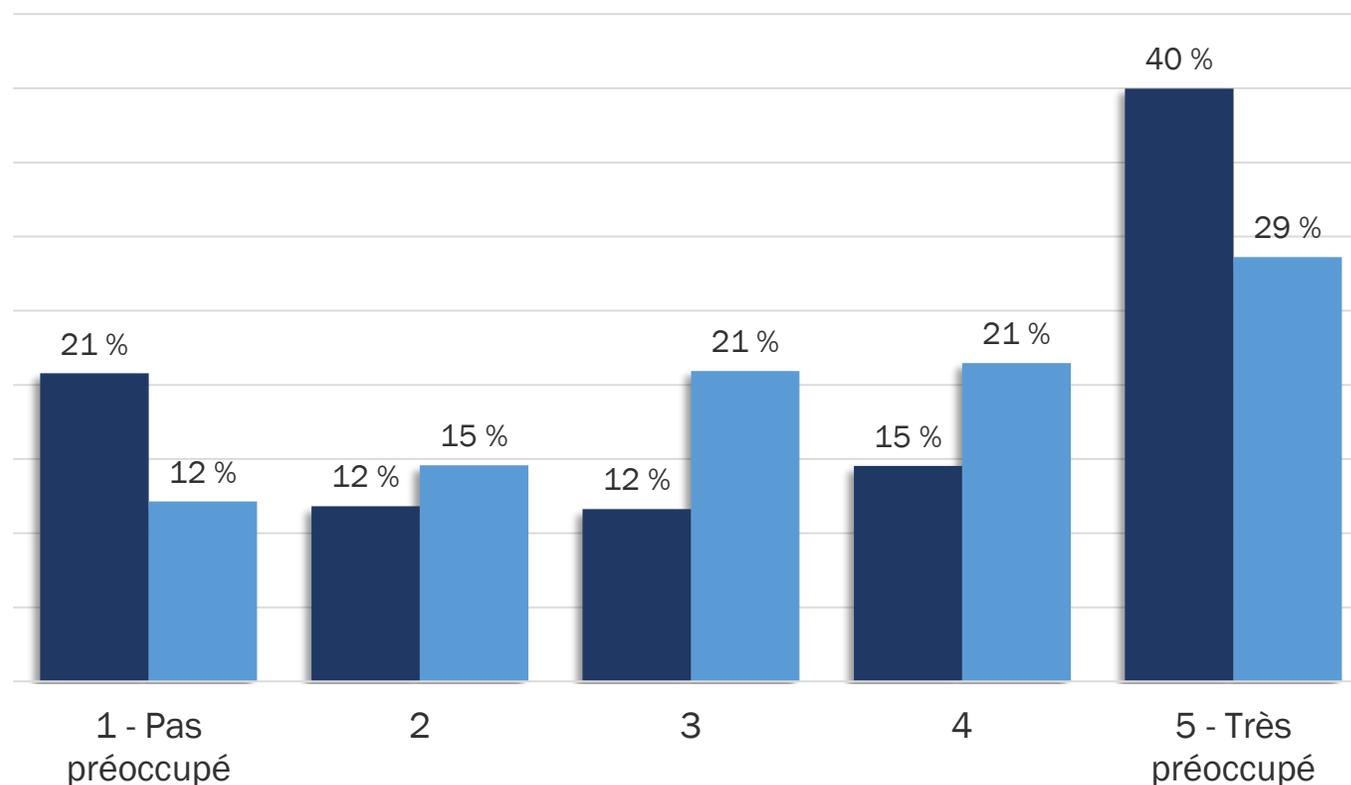
Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les soins palliatifs

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Les fournisseurs de soins de santé...

n'ont pas reçu la formation ou ne possèdent pas les compétences pour fournir des soins palliatifs efficaces?



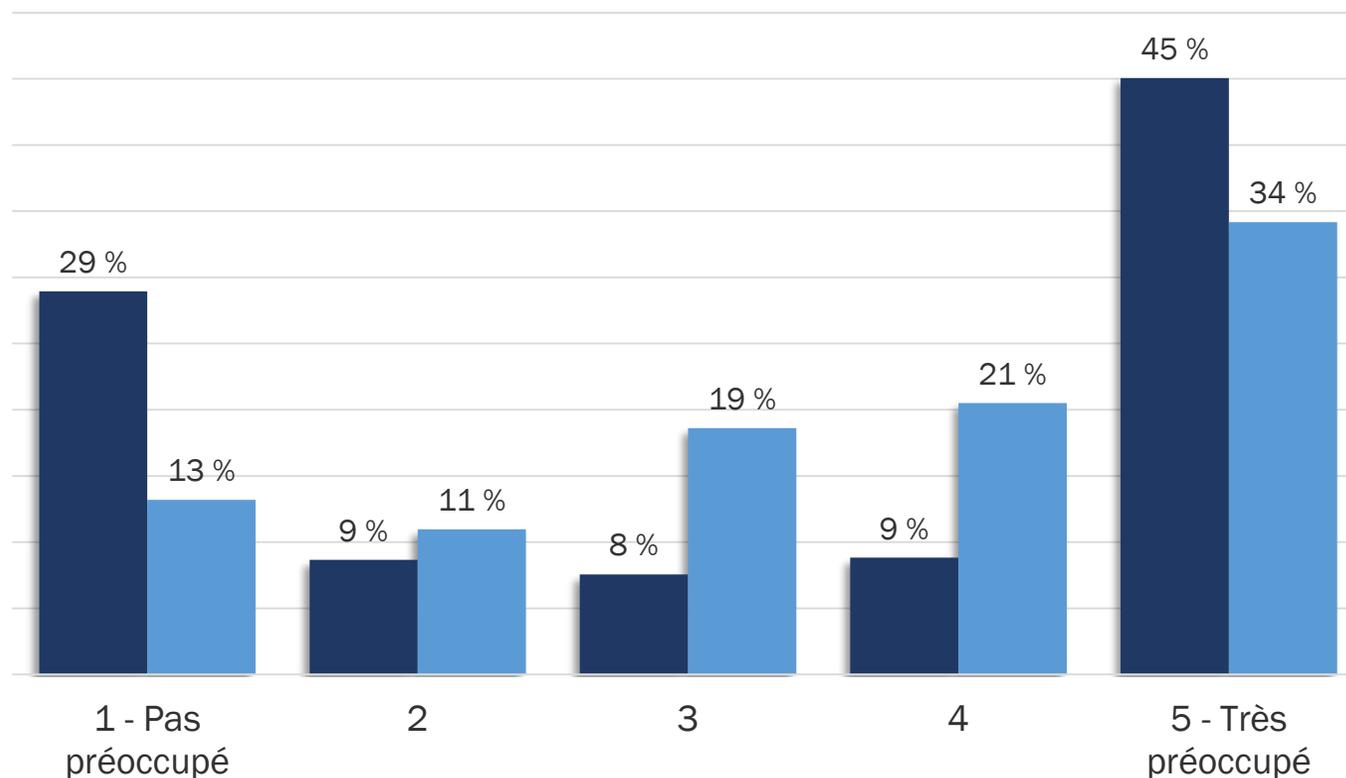
Dans le public, les femmes, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les soins palliatifs

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que l'aide médicale à mourir comportera les risques suivants?

Il y a moins de soutien/ressources pour les services de soins palliatifs dans tout le pays lorsque l'aide à mourir pourrait être considérée comme étant plus « rentable »?



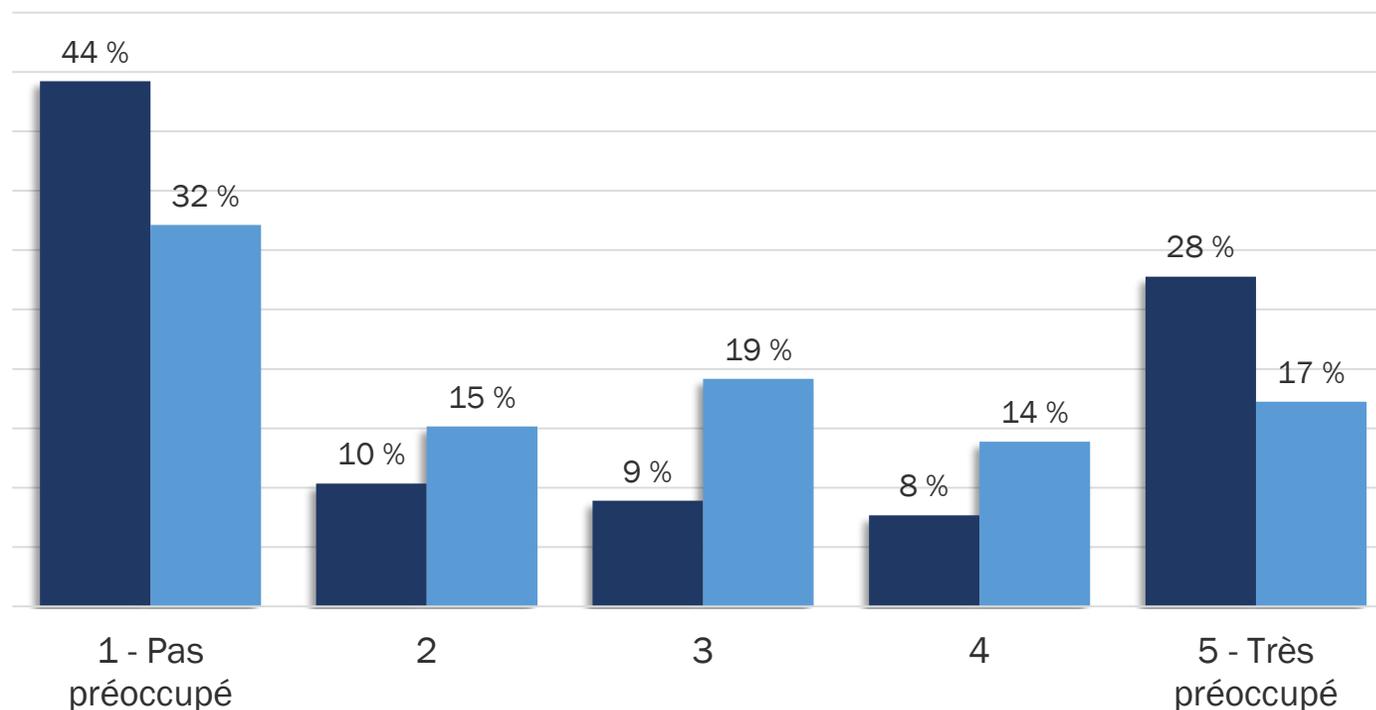
Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les résidents de l'Alberta et les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles de ne pas être préoccupés.

Les répercussions sur les soins médicaux

Certains s'inquiètent que cela ne puisse changer la façon dont certains fournisseurs de soins de santé définissent leur rôle et ce qu'ils font, et certains craignent que cela ne puisse finalement affecter la façon dont ils servent leurs patients.

Dans quelle mesure craignez-vous que ceci ne change votre relation ou niveau de confiance avec votre médecin?



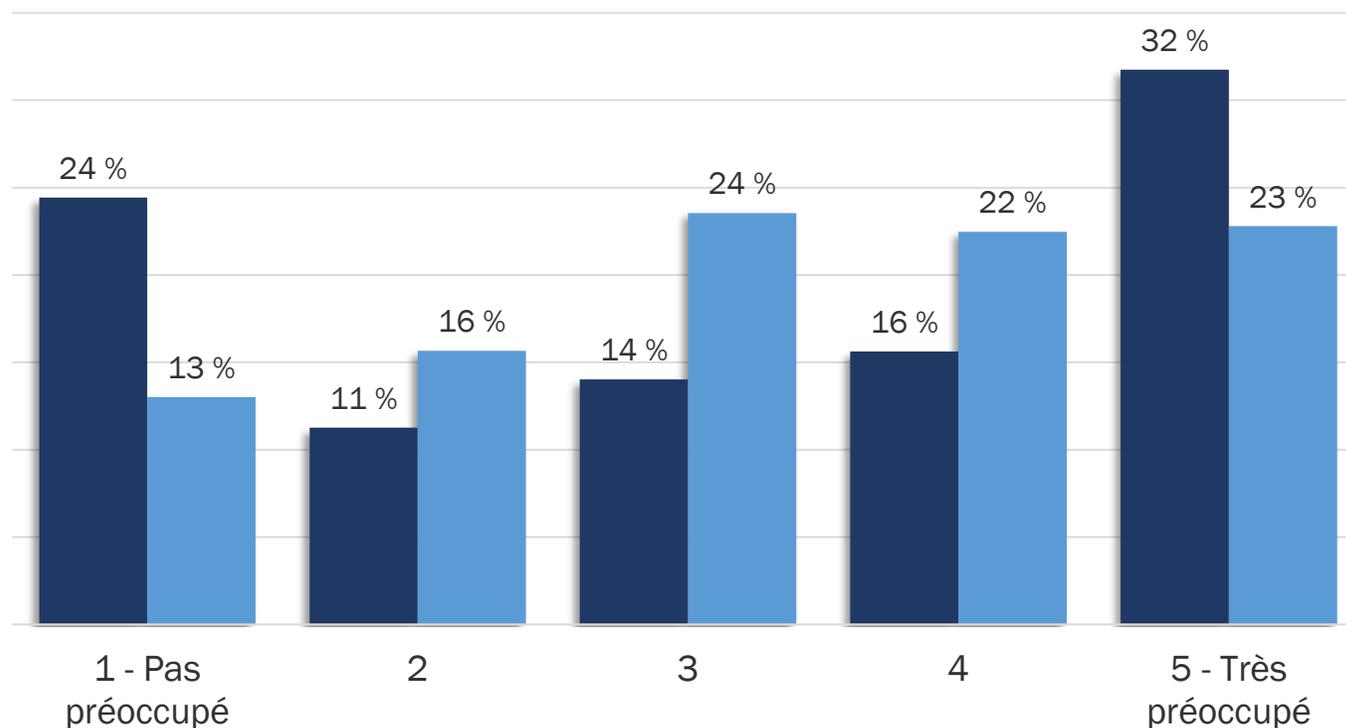
Dans le public, les hommes, les Canadiens de moins de 25 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux et les médecins étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles d'être préoccupés.

Les répercussions sur les soins médicaux

Certains s'inquiètent que cela ne puisse changer la façon dont certains fournisseurs de soins de santé définissent leur rôle et ce qu'ils font, et certains craignent que cela ne puisse finalement affecter la façon dont ils servent leurs patients.

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que les médecins puissent ne pas être au courant des ressources nécessaires pour soutenir les patients qui envisagent de mettre fin à leurs jours ou ne pas y avoir accès?



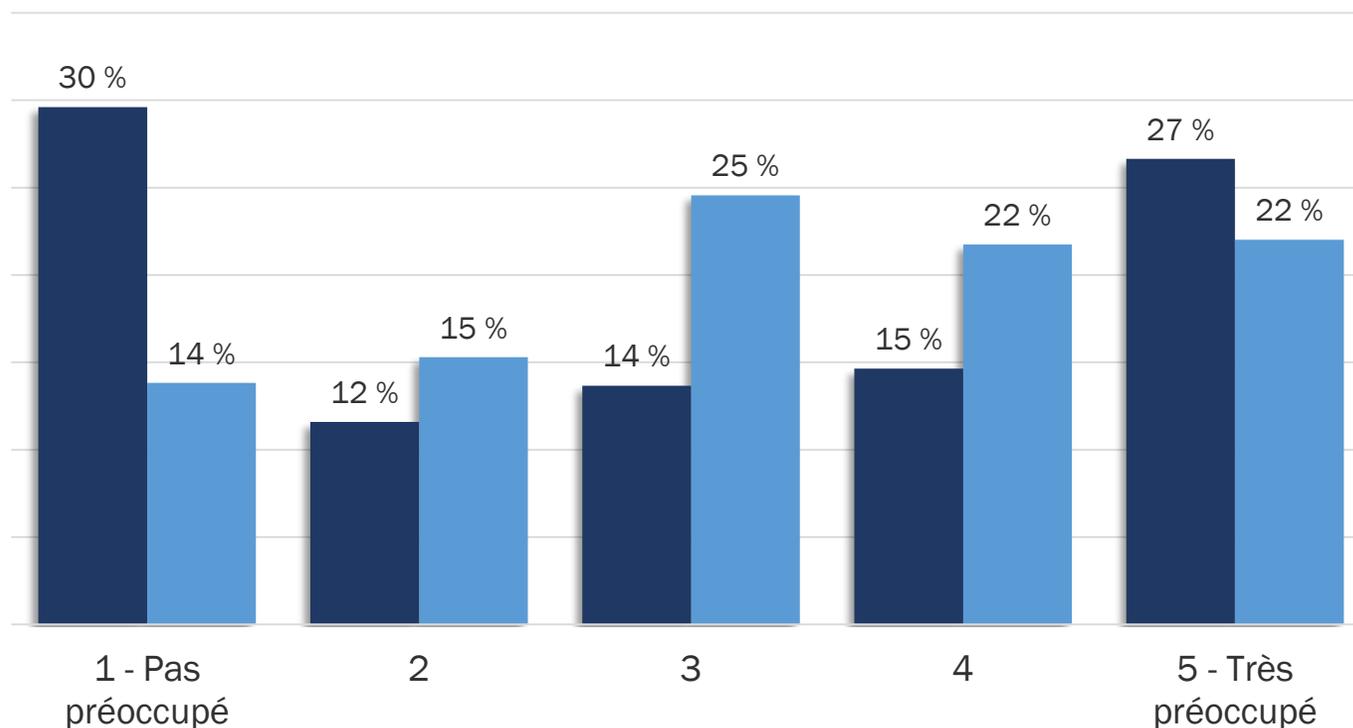
Dans le public, les femmes, les résidents de l'Alberta, ainsi que les dirigeants religieux et les médecins étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

Les répercussions sur les soins médicaux

Certains s'inquiètent que cela ne puisse changer la façon dont certains fournisseurs de soins de santé définissent leur rôle et ce qu'ils font, et certains craignent que cela ne puisse finalement affecter la façon dont ils servent leurs patients.

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé que les médecins puissent ne pas être au courant des ressources nécessaires pour faciliter les demandes d'aide à mourir des patients admissibles, ou ne pas y avoir accès?



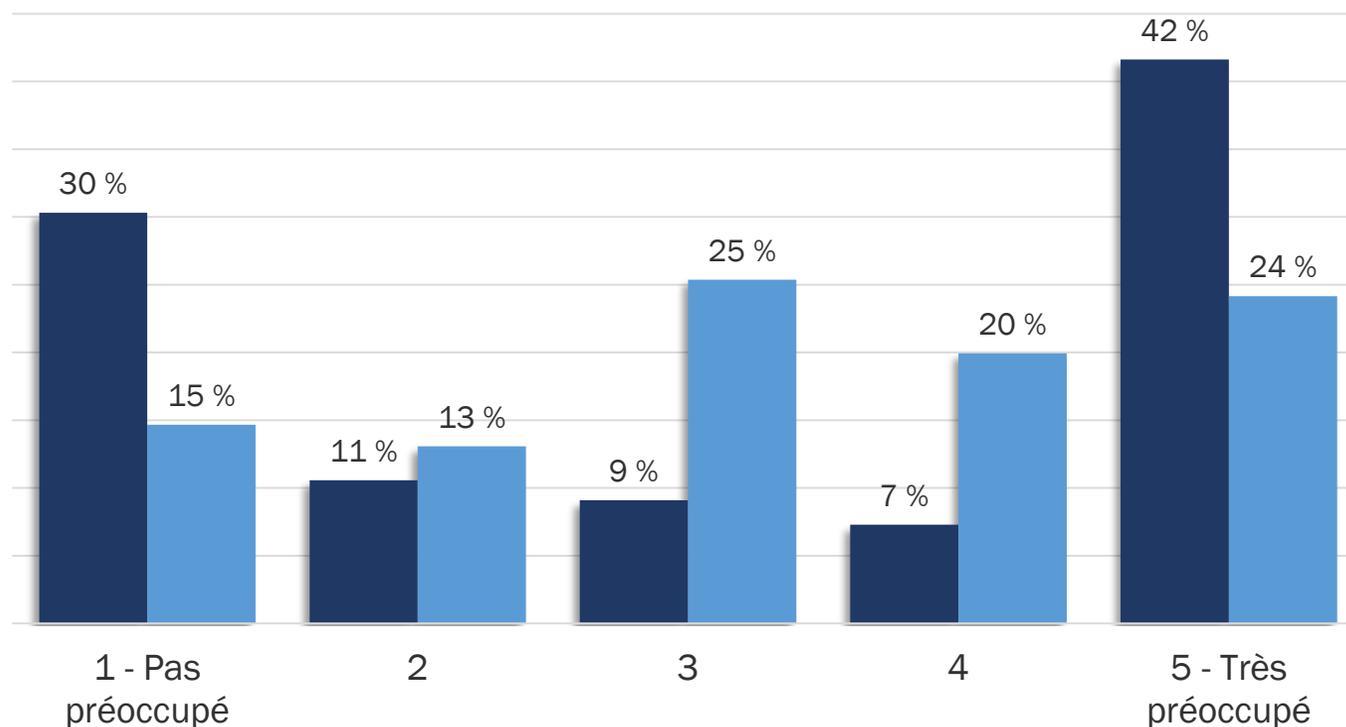
Dans le public, les femmes et les Canadiens de 65 à 84 ans étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

Les risques pour la société

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les questions suivantes?

La normalisation des points de vue de la société sur l'aide à mourir comme solution de rechange à d'autres moyens de s'attaquer à la souffrance?



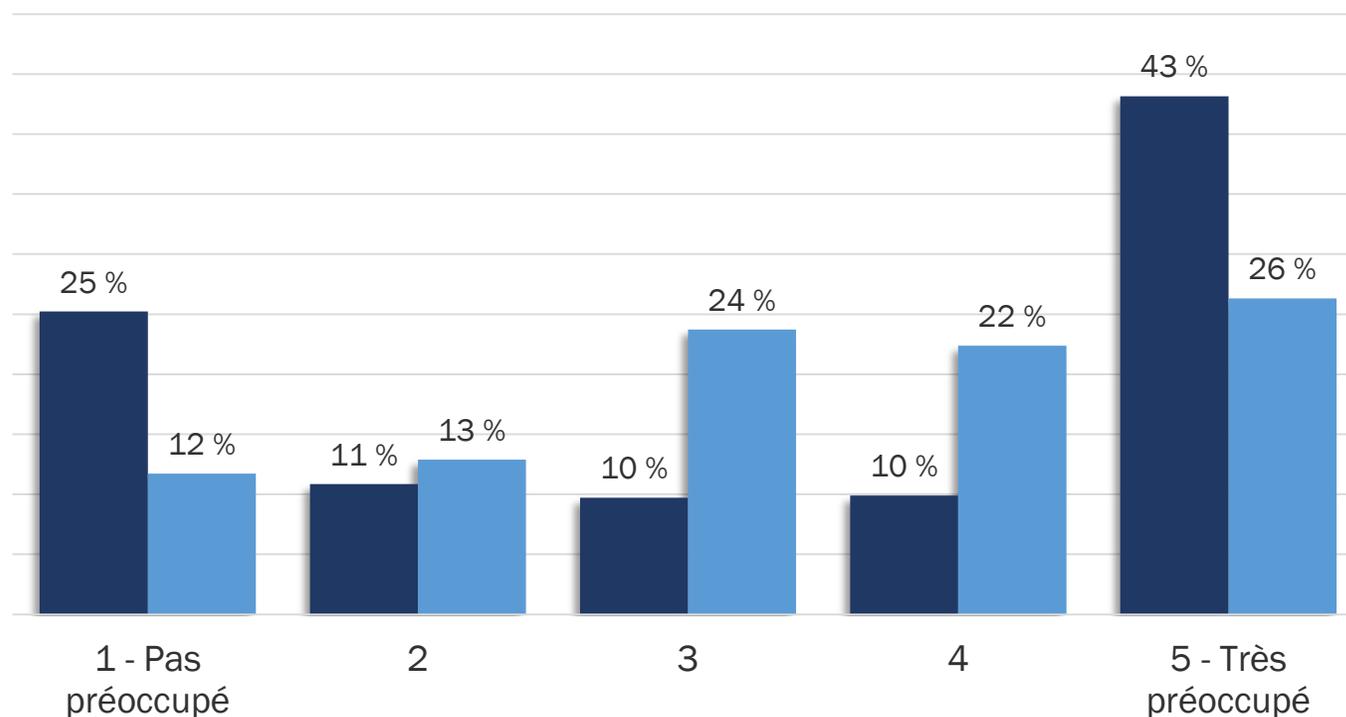
Dans le public, les répondants francophones, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

Les risques pour la société

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les questions suivantes?

Les perceptions publiques négatives au sujet de la qualité de vie et de la dignité des personnes handicapées, atteintes de problèmes de santé mentale ou souffrant de maladies chroniques?



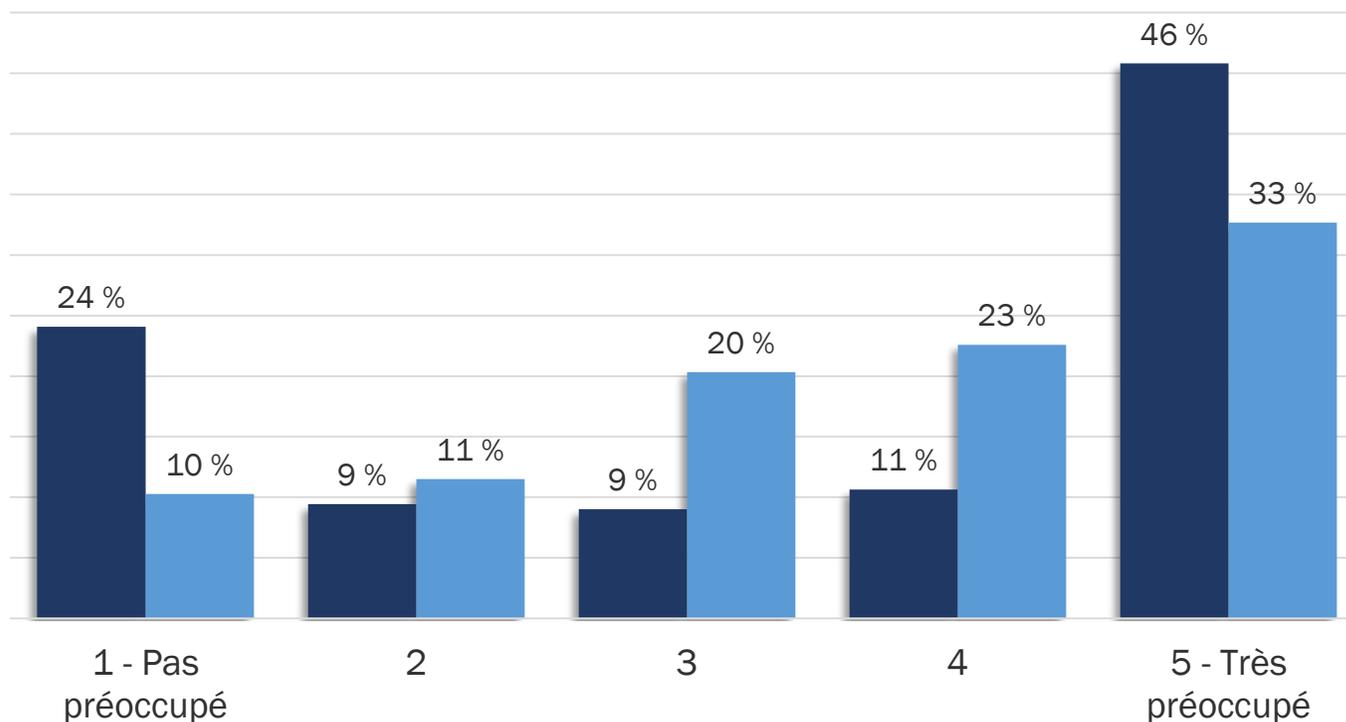
Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de ne pas être préoccupés.

Les risques pour la société

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les questions suivantes?

Moins de soutien/de ressources publics pour prendre des mesures d'adaptation pour les personnes handicapées, atteintes de problèmes de santé mentale ou souffrant de maladies chroniques?



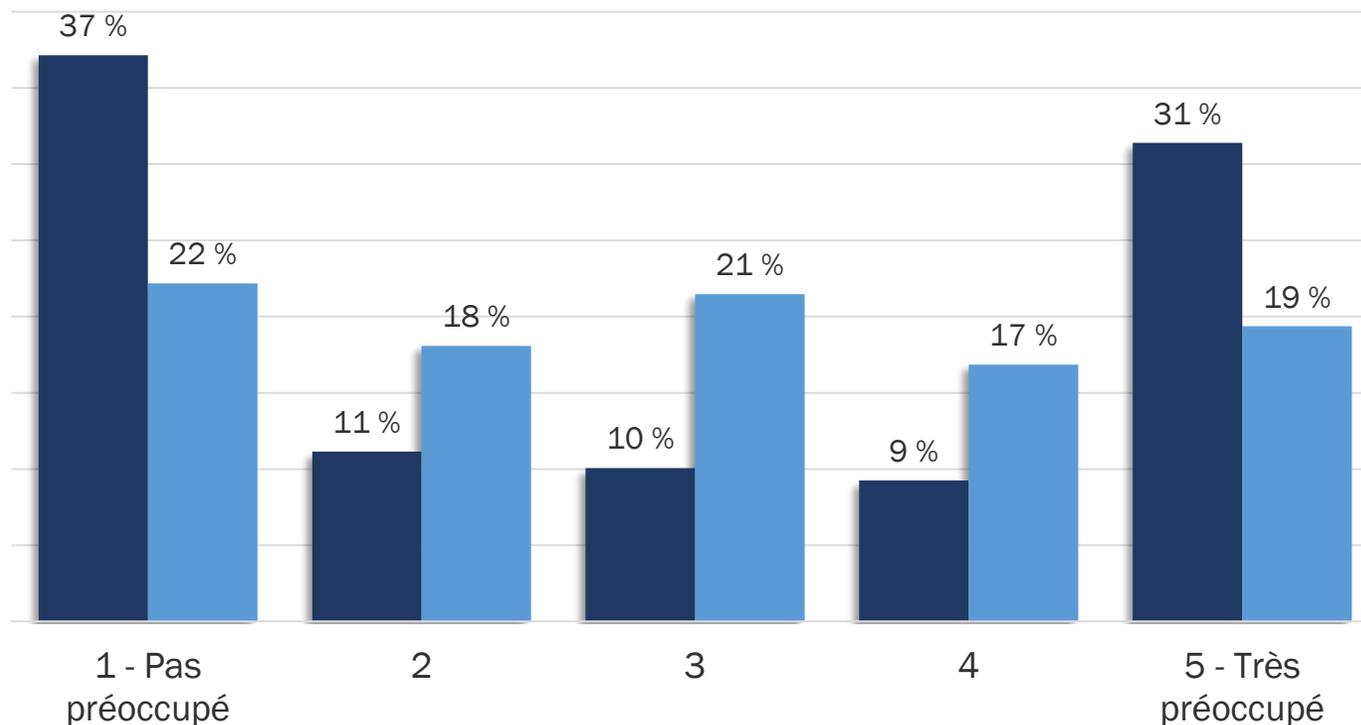
Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les résidents du Manitoba étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les risques pour la société

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les questions suivantes?

Une baisse de la confiance publique envers le système de soins de santé?



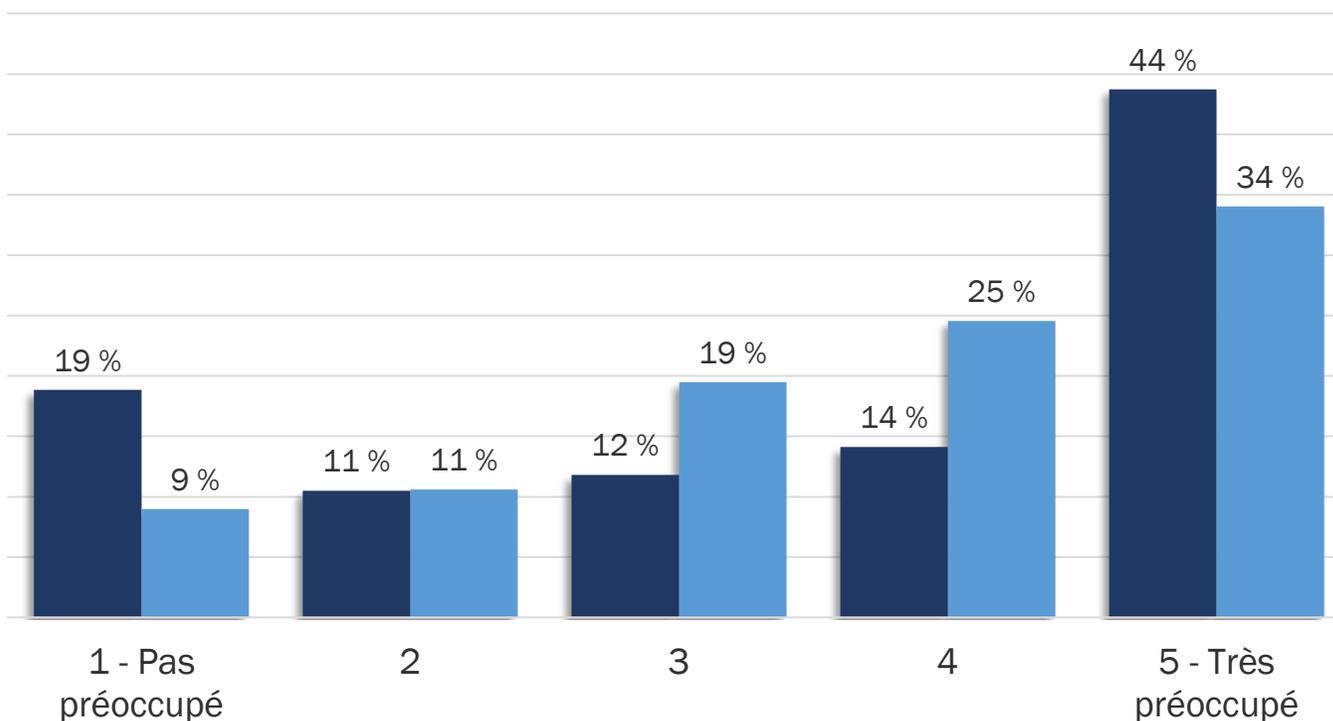
Dans le public, les Canadiens de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les hommes et les Canadiens de 45 à 54 ans étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les risques pour la société

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les questions suivantes?

La pauvreté, l'isolement ou l'inégalité sociale pourraient influencer sur la décision du patient de demander l'aide à mourir?



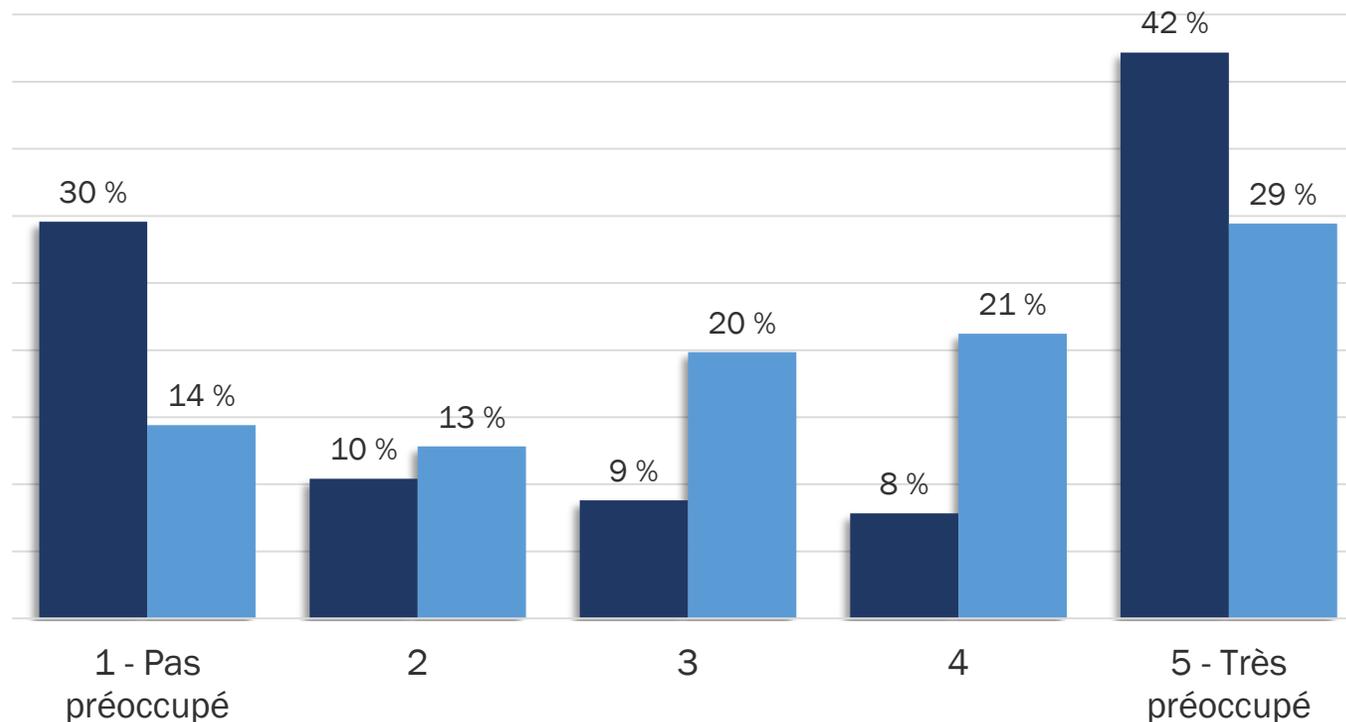
Dans le public, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés, tandis que les hommes étaient plus susceptibles que les autres de ne pas être préoccupés.

Les risques pour la société

Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les questions suivantes?

L'aide à mourir pourrait devenir plus largement disponible (par exemple l'admissibilité pourrait s'étendre à d'autres groupes, notamment les mineurs matures).

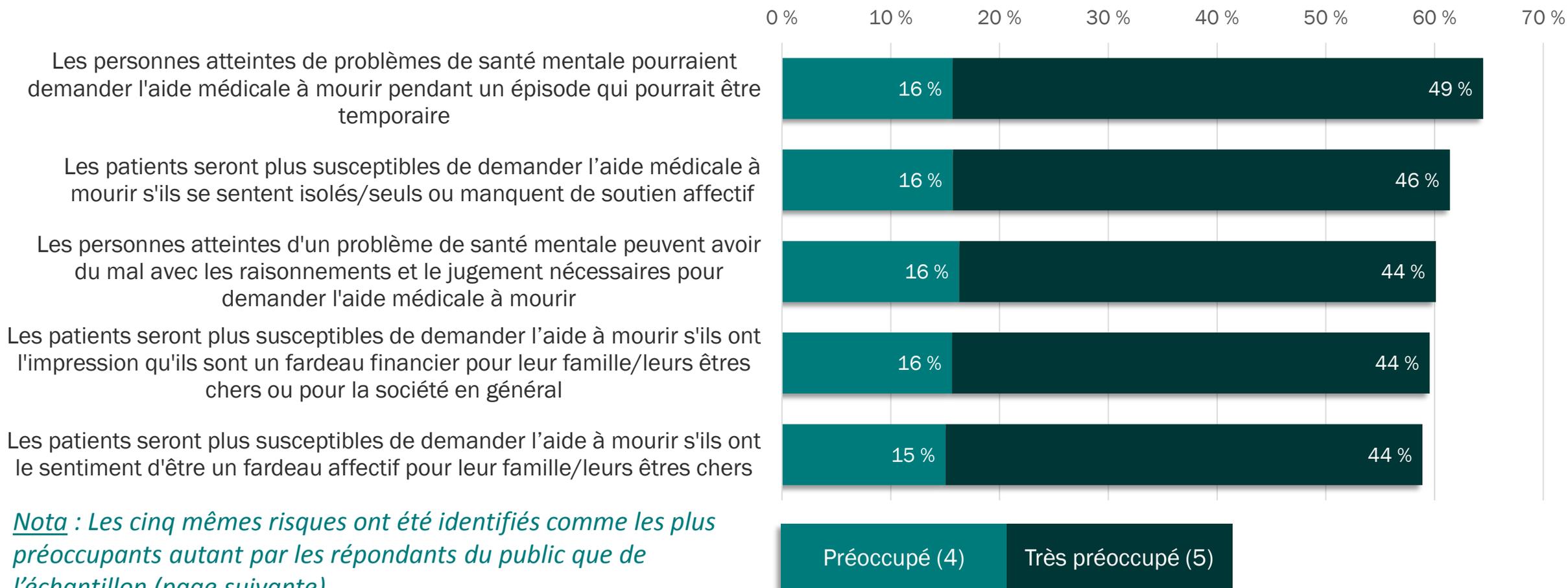


Dans le public, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus préoccupés.

Dans l'échantillon, les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être préoccupés.

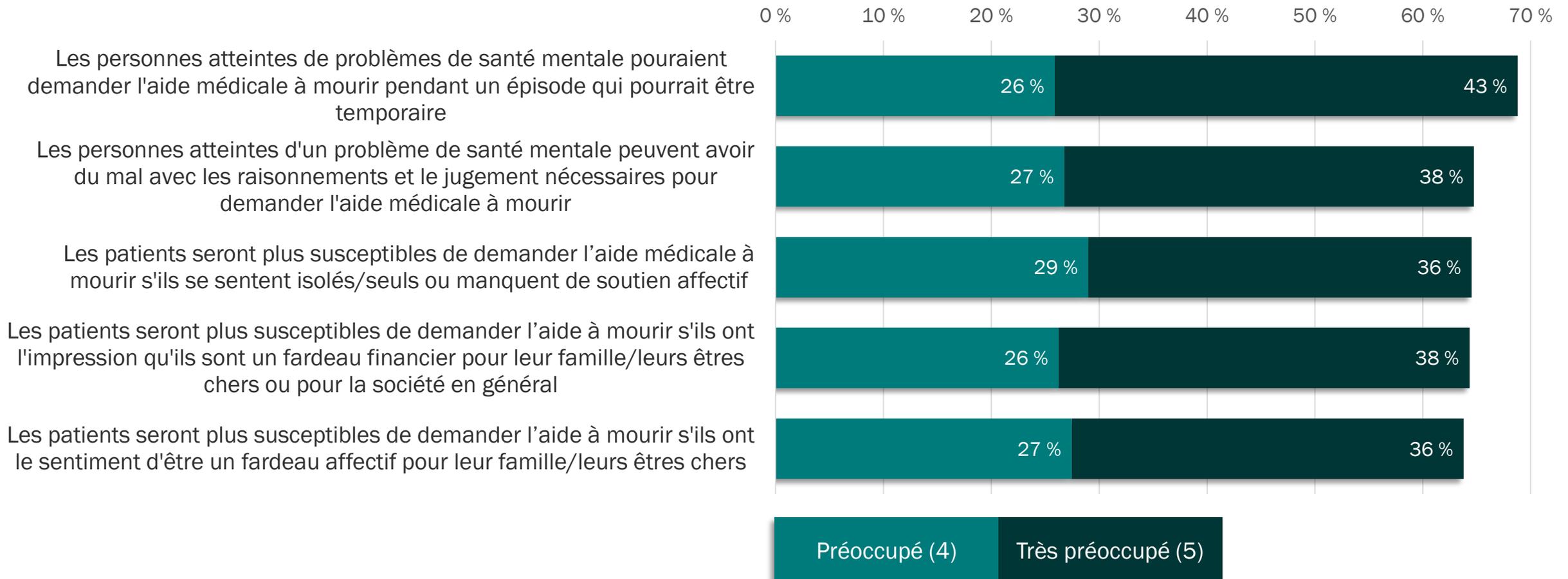
Les risques

Voici les cinq risques qui préoccupaient le plus les répondants du public au sujet de l'aide médicale à mourir :



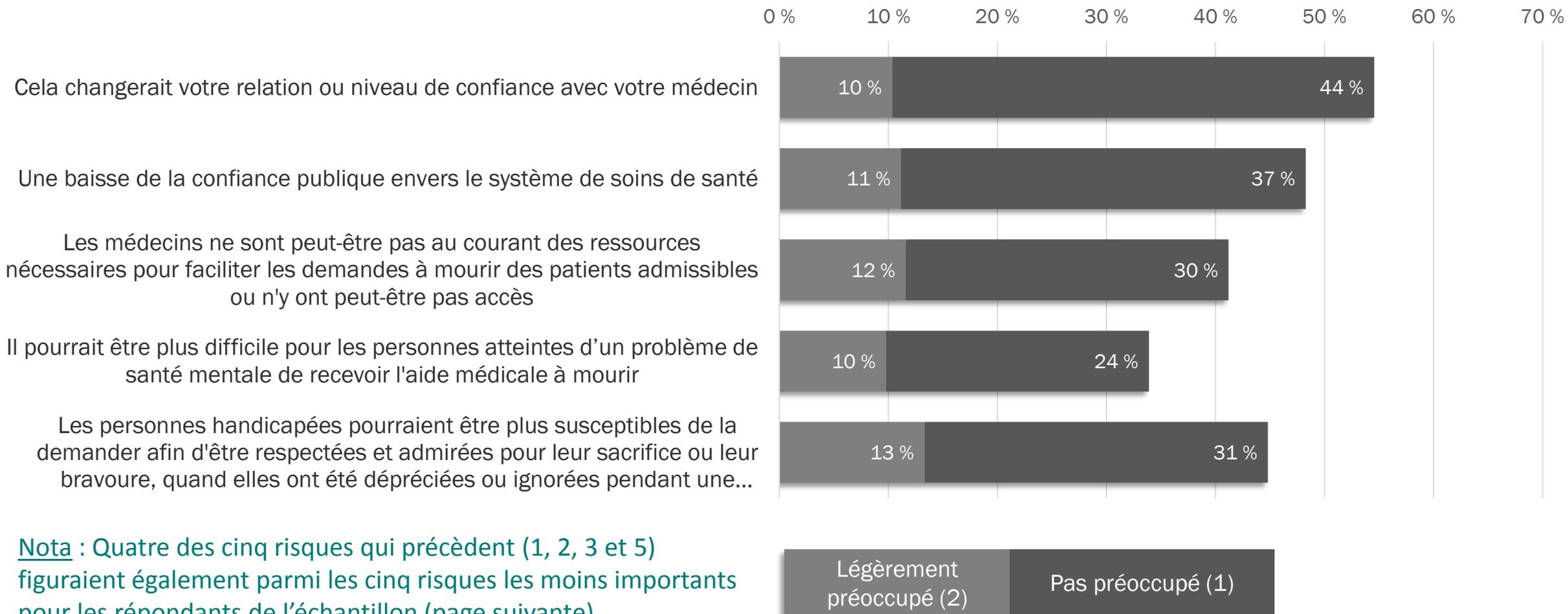
Les risques

Voici les cinq risques qui préoccupaient le plus les répondants de l'échantillon au sujet de l'aide médicale à mourir :



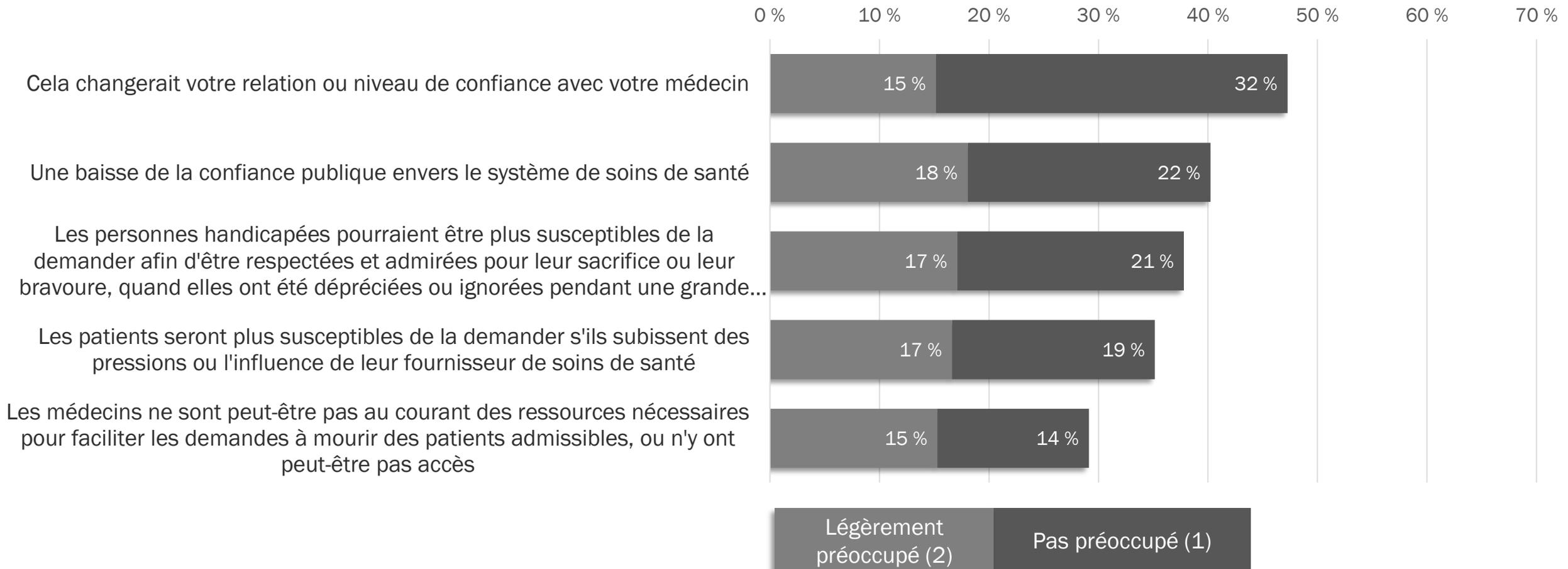
Les risques

Voici les cinq risques qui préoccupaient le moins les répondants du public au sujet de l'aide médicale à mourir :



Les risques

Voici les cinq risques qui préoccupaient le moins les répondants de l'échantillon au sujet de l'aide médicale à mourir :



Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Résumé des réponses et exemples de citations regroupées par thème pour la question :

- L'aide médicale à mourir comporte-t-elle des risques supplémentaires qui n'ont pas été évoqués? Dans l'affirmative, veuillez les décrire ci-dessous.

Thème 1 : Accès à l'aide médicale à mourir

Résumé :

Des principaux risques identifiés, il s'agit de celui qui reflète le plus les opinions des répondants en faveur de l'aide médicale à mourir. La plus grande préoccupation liée à l'accès à l'aide à mourir est que les patients ne puissent pas la recevoir parce que de nombreux médecins refuseront de la pratiquer. Puisqu'ils estiment que les médecins « font passer leurs croyances avant les besoins des patients », nombre de répondants ont dénoncé que les opinions personnelles d'un médecin puissent les priver de l'accès au service. Un autre enjeu identifié par les répondants est le niveau de bureaucratie qui sera mis en œuvre relativement à l'aide médicale à mourir – bureaucratie qui sera, à leur avis, trop lente, compliquée et excessive, de sorte que le système s'engorgera et qu'il deviendra impossible de recevoir l'aide à mourir. Si le processus exige trop de temps et est retardé, la situation sera particulièrement problématique pour les patients qui souffrent et qui n'ont « pas le luxe d'options et d'échéanciers multiples ».

Les répondants se préoccupaient également au sujet de l'accès inégal et non uniforme à l'aide à mourir, en particulier dans les collectivités rurales et éloignées qui connaissent déjà des problèmes d'accès aux soins de santé (pour les soins palliatifs par exemple). Par conséquent, l'accès « dépendra du lieu de résidence » et il pourrait être particulièrement difficile pour les personnes vivant en dehors des régions urbaines d'avoir accès aux connaissances et aux compétences nécessaires – sans parler d'un médecin volontaire. Plus généralement, certains répondants craignaient également que l'accès à l'aide médicale à mourir puisse être limité ou bloqué par l'influence de groupes religieux ou de défense d'intérêts, ou par l'« intimidation » exercée autant à l'égard des individus que du gouvernement et des politiciens, une situation qu'ils estiment injuste considérant qu'elle a des répercussions sur les options de fin de vie de chacun.

Les groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont, l'un comme l'autre, insisté sur les risques liés à l'accès à l'aide médicale à mourir, les répondants de l'échantillon représentatif s'attardant toutefois surtout aux conséquences des croyances des médecins sur la restriction d'accès (les préoccupations au sujet de la bureaucratie et de la géographie n'occupant pas la même place).

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 1 : Accès à l'aide médicale à mourir (suite)

Citations :

- « Un grand risque est que le médecin porte un jugement en fonction de ses convictions religieuses personnelles et qu'il ne traite pas le patient en tenant compte de ses volontés et de ses besoins. L'opinion du médecin sur la façon dont nous choisissons de vivre et de mourir, et sur le moment de mourir, ne devrait jamais intervenir. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Les médecins, par conviction morale ou religieuse, refusent d'aider les patients à se suicider, comme cela se voit dans le cas de l'avortement et de la contraception. Cela pourrait tout simplement prolonger les souffrances du patient. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Un grand risque est que cela devienne un cauchemar bureaucratique – légale en théorie, mais inaccessible dans la pratique. Je peux imaginer de longs formulaires, des listes de documents requis, des consultations requises avec de nombreux professionnels de la santé, dont chacun a sa longue liste d'attente, tandis que le patient souffre et que son état se dégrade et qu'il finit par ne plus avoir accès au suicide assisté. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Les changements devraient se faire à l'échelle du Canada. Les patients ne devraient pas avoir à se rendre dans une autre province pour avoir l'aide dont ils ont besoin, comme ils doivent actuellement se rendre à l'étranger. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Je m'inquiète que l'influence indue des médecins opposés à l'aide à mourir, des groupes religieux fondamentalistes, des préjugés des politiciens conservateurs, de l'information et de la médiatisation nuisent à un sain débat public. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Le risque est justement que l'influence de l'extérieur soit plus viable que ce que souhaite vivre la personne. » (Répondant du grand public)

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 2 : Consentement et influence

Résumé :

De nombreux répondants des groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont exprimé la crainte que davantage de patients soient dirigés vers l'aide médicale à mourir en raison du manque de clarté des paramètres de consentement et/ou de l'influence d'autres parties, deux éléments étroitement liés. Nombre de répondants se préoccupaient particulièrement de l'influence familiale, certains patients pouvant, d'une part, être incités par leurs proches à demander à mourir et les familles pouvant, d'autre part, être plus disposées à prendre cette décision dans les cas où ils ne pourraient communiquer. Les considérations financières (héritage ou allègement du fardeau par exemple) étaient les justifications les plus invoquées par les répondants. Certains ont aussi exprimé des préoccupations à l'égard des médecins, susceptibles d'exercer une grande influence sur la décision d'un patient (en faveur ou contre l'aide médicale à mourir selon leurs propres convictions).

Les répondants ont aussi mentionné la situation où un patient pourrait ne pas avoir donné – ou ne pas être en mesure de donner – un consentement clair et explicite pour les raisons les plus diverses, mais pourrait quand même recevoir l'aide à mourir (comme cela se fait ailleurs aux dires de certains). Il y avait donc de nombreuses interrogations quant à la personne qui peut donner le consentement au nom d'un patient, et de l'opinion qui doit primer s'il y a plusieurs personnes. La famille / les êtres chers, les médecins, les décideurs suppléants et les mandataires ont tous été mentionnés. Par ailleurs, certains étaient d'avis qu'il existe des risques si le consentement est donné dans un moment de détresse temporaire et que le patient change d'idée par la suite. Il faut noter que certains répondants ont rejeté toute possibilité qu'une autre personne que le patient puisse donner le consentement, ce qui, à leur avis, réduit réellement les risques liés à l'aide médicale à mourir.

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 2 : Consentement et influence (suite)

Citations :

- « Des membres de la famille peuvent demander de "mettre fin aux souffrances" du patient lorsque, de fait, cela serait par commodité pour la famille. Ce pourrait être, par exemple, parce qu'on veut avoir accès plus vite à la succession de la personne décédée plutôt que d'attendre que la nature fasse son œuvre. » (Répondant du grand public en anglais)
- « On risque justement que l'influence de l'extérieur soit plus viable que ce que souhaite vivre la personne. » (Répondant du grand public)
- « Les médecins et les patients ont une relation inégale. Le professionnel de la santé qui a le dessus pourrait exercer des pressions sur un patient que ses médicaments ou sa maladie pourraient empêcher de réfléchir clairement avant de consentir à une procédure qu'il pourrait ne pas comprendre à fond, même s'il était bien portant. Cela comprend le consentement à l'euthanasie. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Compétence contestable du patient qui demande l'aide à mourir. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Dans toutes mes années de travail en soins palliatifs, j'ai entendu des patients dire : "Que j'aimerais donc mourir", puis le lendemain, changer d'idée et être prêts à reprendre leur vie avec tout ce qu'elle peut avoir à offrir. Les patients en santé mentale ont bien des hauts et des bas, mais ils sont contents lorsqu'ils échouent dans leur tentative de suicide et finissent par recevoir l'attention médicale dont ils ont besoin. » (Répondant du grand public en anglais)
- « C'est une décision personnelle qui doit demeurer dans les choix que le patient a exercés, et seul le patient peut accepter de participer à des discussions continues, à des motifs ultérieurs, ou à du harcèlement de la part d'autres groupes ou personnes cherchant à le faire changer d'idée. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Je pense que seuls les désirs du patient importent. S'il a formulé la demande et qu'il est en phase terminale, peu importe ce que pense la société ou ce que pensent les médecins – si c'est trop demandé à quelqu'un de vivre dans la souffrance sans aucune qualité de vie, il faut lui permettre d'y mettre fin. La seule personne qui sait ce qu'elle peut et ne peut pas endurer, c'est le patient et je ne crois pas que quiconque devrait s'autoriser à deviner ses sentiments ou ses désirs. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 3 : Dévalorisation de la vie

Résumé :

Selon de nombreux répondants, un des risques les plus préoccupants de l'aide médicale à mourir est qu'elle contribuera à dévaloriser la vie humaine, et que les opinions de la société quant au caractère sacré de la vie seront édulcorées avec le temps. Certains estiment que cette pratique est une menace inhérente à la dignité humaine, puisque certaines personnes seront stigmatisées et influencées et finiront par considérer que leur vie est sans espoir / moins valable / « ne vaut pas la peine d'être vécue », sentir qu'elles sont un fardeau pour les autres, et avoir « besoin de justifier leur existence ». Des répondants se sont dits particulièrement préoccupés pour les groupes vulnérables, comme les aînés, les personnes handicapées et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par conséquent, un grand nombre ont mentionné que l'aide médicale à mourir finira par transformer la façon dont les personnes voient la société canadienne : avec un déclin de la compassion et du sens du devoir d'aider et de soigner les autres. En outre, certains répondants ont fait état des aspects positifs (p. ex. croissance personnelle, resserrement des liens familiaux) qui peuvent naître de la souffrance et des situations difficiles.

Parmi toutes les préoccupations identifiées, c'est celle où les citations religieuses et spirituelles étaient le plus nombreuses. Les groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont fait état de préoccupations au sujet de la dévalorisation de la vie, mais cette considération était beaucoup plus répandue parmi les répondants du grand public. De plus, il faut noter que ces préoccupations sont étroitement liées à celles exprimées dans un autre thème principal – le terrain glissant des critères d'admissibilité.

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 3 : Dévalorisation de la vie (suite)

Citations :

- « Nous parlons d'un glissement culturel, d'une dégradation de la vie de chacun lorsque des êtres humains sont sacrificiables; cela changera notre façon de traiter les autres en général. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Les êtres humains ont le droit à la vie, du simple fait qu'ils sont humains – voilà une norme objectivement mesurable. Lorsque le droit à la vie devient subjectif, lorsque le droit vient de la possession de certaines compétences ou de la jouissance de certaines qualités de vie que les autres estiment nécessaires, alors le droit à la vie devient violable. Ce changement fondamental fait qu'il est logiquement impossible de tirer une ligne fixe entre ceux qui peuvent être tués et ceux qui ne le peuvent pas. » (Répondant du grand public en anglais)
- « L'aide médicale à mourir illustre bien que nous attachons plus de prix à certaines vies qu'à d'autres. Nous disons que nous reconnaissons que votre vie n'a plus de sens ni d'importance. Cela ne détruit-il pas ce que signifie le fait d'être Canadien? » (Répondant du grand public en anglais)
- « La société devrait être protectrice plutôt qu'un agent de la mort. Nous devrions témoigner de la compassion à ceux qui souffrent plutôt que de les encourager à mettre fin à leur vie. Nous devrions les aimer et le leur témoigner et les aider à vivre leurs difficultés. Dieu a créé les humains à son image, et celui qui met fin à ses jours ne témoigne pas de respect pour la création divine. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Comme société, nous avons été conditionnés à croire que la souffrance et la douleur sont des choses à éviter, malgré le fait que de nombreux témoins font état de résultats positifs malgré la douleur et la souffrance. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 4 : **Violation des droits des travailleurs de la santé**

Résumé :

Un des principaux risques est que les médecins et les autres travailleurs de la santé soient incités ou forcés à participer à l'aide à mourir (ou à fournir des références), même s'ils s'y objectent pour des raisons morales, éthiques ou religieuses. Certains craignent donc que les médecins et autres perdent effectivement leur liberté de conscience puisque leur droit de refuser la pratique pourrait ne pas être entendu, respecté ou juridiquement protégé (il y a une foule de questions relatives au fonctionnement). Les répondants étaient d'avis que c'est un lourd fardeau à imposer aux travailleurs de la santé, surtout que ceux-ci estiment avoir l'obligation de protéger la vie, comme ils y ont été formés. Un grand nombre ont insisté pour la défense de ces droits, puisque les médecins et autres doivent avoir la liberté de rester fidèles à leur conscience et à leurs valeurs. Il y a aussi la crainte que les médecins fassent l'objet de discrimination ou soient punis s'ils refusent de participer, par exemple par des amendes, des suspensions, des licenciements ou la perte de leur droit de pratique. À un niveau plus élevé, certains pensent que l'aide médicale à mourir entraînera éventuellement une diminution des professionnels de la santé puisque les médecins pourraient commencer à délaisser leur pratique et que certains pourraient être dissuadés de s'y lancer.

Les groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont tous deux souligné ces risques, de façon plus prononcée toutefois chez les répondants du grand public (par rapport aux autres enjeux définis). Il faut également noter que certains – mais beaucoup moins – des répondants du grand public ont exprimé l'avis contraire : les médecins ne devraient pas avoir le droit d'invoquer leurs convictions personnelles pour refuser l'aide à mourir.

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 4 : Violation des droits des travailleurs de la santé (suite)

Citations :

- « Je suis préoccupé par les pressions qui s'exerceront sur les médecins qui auront des objections morales et par la possibilité qu'ils puissent être légalement forcés de participer à l'aide au suicide, dans l'intérêt de leur carrière et de leur pratique. Ils ne devraient pas être tenus de procurer l'aide médicale à mourir. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Garantir la liberté de conscience sur ce sujet pour les fournisseurs de soins de santé. » (Répondant du grand public)
- « Les fournisseurs de soins de santé ont prêté serment de "s'abstenir de tout mal". Il y aura des médecins qui ne voudront pas aider à tuer leurs patients, et refuseront de les renvoyer à un autre médecin qui accepterait. Ces médecins devraient avoir le droit de refuser d'aider leurs patients à se tuer. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Un fardeau incroyable à mettre sur les épaules des médecins, qui doivent décider s'ils veulent ou ne veulent pas aider leurs patients à mourir – coupables dans tous les cas. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Les médecins qui ne voudront pas participer à l'aide au suicide sous quelque forme que ce soit doivent être protégés par la loi. Ils doivent pouvoir demeurer en règle et échapper à toute sanction légale / sociale / financière. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Protection de la pratique sans discrimination à l'endroit du médecin refusant d'aider un patient qui a exprimé le désir de mourir; et aussi protection de la pratique sans discrimination à l'endroit du médecin qui refuse tout aiguillage vers un médecin disposé à aider le patient qui a exprimé le désir de mourir. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 5 : Formation et professionnalisme insuffisants

Résumé :

Les répondants ont souligné la nécessité de s'assurer que les médecins et autres professionnels de la santé reçoivent une formation pertinente en matière d'aide à mourir. Les répondants ont mentionné que de nombreux médecins ne connaissent pas bien toute la gamme des options de soins palliatifs / de fin de vie de manière générale, et sont encore moins préparés à gérer efficacement l'aide à mourir (certains ont indiqué que le premier élément est précurseur du second). Les médecins ont aussi besoin de formation pour améliorer leurs capacités de communication afin d'être efficaces dans l'évaluation de l'aide à mourir et dans l'information de leurs patients et la discussion avec eux à ce sujet. À cet égard, les répondants ont aussi exprimé des préoccupations quant à la façon dont les traits de personnalité du médecin (un manque d'empathie par exemple) – combinés à ses croyances et attitudes personnelles – pourraient avoir une influence négative sur sa façon d'expliquer l'aide à mourir et d'offrir du counselling au patient. Considérant ces facteurs, certains répondants se sont dits préoccupés par la subjectivité d'ensemble que cela met en cause : certains médecins seront bien équipés pour gérer l'aide à mourir, mais un grand nombre ne le seront pas.

De façon plus générale, certains répondants étaient également d'avis que l'aide à mourir porte atteinte à l'intégrité des professions médicales et pourrait changer les perceptions par rapport à la relation patient-fournisseur puisqu'elle entre en conflit avec la notion de prestation de soins de santé, de guérison et de protection de la vie. De nombreux répondants ont fait valoir que le médecin ne devrait pas être seul à décider si le patient reçoit de l'aide à mourir parce que la « responsabilité est trop grande » – plusieurs médecins, une équipe de professionnels des soins de santé, ou des spécialistes du domaine devraient participer à la décision ou offrir un soutien. Les groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont désigné ces préoccupations parmi les principaux risques, ce dernier groupe étant moins explicite au sujet de l'impératif de formation.

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 5 : Formation et professionnalisme insuffisants (suite)

Citations :

- « Tous les professionnels de la santé ont besoin de plus de formation pour mieux discuter de toute la gamme d'options, depuis le traitement agressif complet jusqu'à la mort naturelle ou assistée. Tous les fournisseurs de soins de santé devraient avoir la compétence de base pour veiller à bien informer leurs patients. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Les fournisseurs de soins de santé n'ont pas encore la formation et/ou les protocoles obligatoires concernant les soins palliatifs. Pourquoi instaurer les protocoles et la formation sur l'aide médicale à mourir avant que les médecins aient reçu la formation obligatoire en soins palliatifs, qui vise à alléger les souffrances? » (Répondant du grand public en anglais)
- « Différents médecins ont des compétences très différentes lorsqu'il s'agit de grands malades. Je détesterais penser que le choix des patients de mettre fin à leur vie puisse tellement dépendre de la façon dont le médecin explique le pour et le contre. Certains médecins pourraient avoir un "taux de décès" plus élevé pour les patients sous leurs soins en raison de leurs convictions et de leurs attitudes personnelles. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Le préjugé personnel du médecin au sujet des soins de fin de vie. Certains médecins font actuellement la promotion de leurs préjugés personnels en faveur de l'aide à mourir pour les aînés et refuseront le traitement et diminueront à leur gré les niveaux d'ordonnance de ne pas réanimer. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Un médecin est formé pour préserver la vie chaque fois que c'est possible. Lui demander de participer au suicide assisté, c'est nier cette formation. » (Répondant du grand public en anglais)
- « En tant qu'infirmière, je suis préoccupée de ce que les facultés de médecine et les médecins sont soit mal formés soit mal à l'aise à l'idée d'aborder ces questions avec leurs patients. De plus, j'estime que cela devrait se faire selon une approche d'équipe. Une équipe, et pas seulement le médecin, mais aussi le patient, un prêtre, un travailleur social, une infirmière, un proche, un physiothérapeute, un psychiatre, etc., devraient participer à la présentation du sujet, mais aussi à l'accomplissement des vœux du patient. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 6 : Assouplissement des critères d'admissibilité

Résumé :

Il y a des inquiétudes quant à la possibilité que l'instauration de l'aide médicale à mourir au Canada débouche avec le temps sur un élargissement ou un relâchement des critères d'admissibilité, ce qui créerait une « pente glissante » (terme utilisé par de nombreux répondants), où la pratique se normaliserait et deviendrait plus fréquente. Les répondants craignent que plus de personnes soient admissibles à l'aide à mourir, et qu'il devienne plus difficile d'établir qui est admissible (p. ex. comment quantifier les souffrances). Les répondants se préoccupaient beaucoup des enfants et des aînés (surtout avec le vieillissement de la population au Canada), mais aussi des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des maladies et des handicaps. Un grand nombre de répondants ont fait valoir que l'admissibilité s'est élargie et que l'aide à mourir continue d'augmenter dans d'autres secteurs de compétence où la pratique est permise – particulièrement aux Pays-Bas. En outre, certains étaient d'avis que cela ouvrira la porte à de plus nombreux abus et à une application non désirée de la pratique dans son ensemble. Ainsi, certains craignent que des considérations financières / économiques puissent influencer sur les décisions concernant l'aide à mourir, et en particulier que des personnes soient incitées à formuler une demande parce qu'elles sentiraient qu'elles sont un fardeau pour leur famille / leurs êtres chers ou la société en général.

Ces risques ont été mentionnés à la fois par les groupes du grand public et de l'échantillon représentatif, mais bien davantage par le premier groupe (et sont étroitement liés à un autre des principaux thèmes : La dévalorisation de la vie). De manière générale, ce n'était pas un des principaux risques soulignés par les répondants de l'échantillon.

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 6 : Assouplissement des critères d'admissibilité (suite)

Citations :

- « Je crains que, avec le passage du temps, les limites disparaissent et que l'aide à mourir devienne la réponse de la société aux personnes difficiles. Dès que nous ouvrirons ces portes, d'autres trouveront moyen d'abuser des règles. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Comment contrer l'illusion que l'aide à mourir est une solution qui deviendra très vite LA solution parce que les gens, en général, ont terriblement peur de la souffrance. » (Répondant du grand public)
- « Il n'y a pas un secteur de compétence au monde qui a su bien répondre aux risques inhérents à l'aide au suicide et à l'euthanasie. De fait, des études validées par des pairs montrent que le nombre de décès médicalement assistés continue de croître dans ces autres secteurs de compétence, malgré la preuve claire que la loi n'est pas correctement appliquée. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Étant d'origine hollandaise, je sais que, en très peu de temps, une personne peut demander l'euthanasie pour à peu près n'importe quelle raison. De même, ceux qui sont un "fardeau pour la société" se sentiront obligés de justifier le fait qu'ils coûtent cher, non seulement en soins médicaux, mais à l'ensemble de la société (p. ex. programmes d'éducation spéciale dans les écoles). Mais, par-dessus tout, Dieu a créé l'humanité à son image. On nous a toujours enseigné qu'il est mal d'assassiner ou de tuer un autre être humain. Si nous franchissons cette ligne, où nous arrêtons-nous? Où la société se situera-t-elle? Je dirais que ce sera sur un terrain instable. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Plutôt que de voir les handicapés, les aînés et les mourants avec respect et compassion, la société les verra comme un fardeau pour les familles et les contribuables et les jugera égoïstes s'ils ne demandent à mourir (pour faire la chose honorable). » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 7 : Confiance dans les fournisseurs et le système de soins de santé

Résumé :

De nombreux répondants étaient d'avis que la relation patient-médecin se modifiera dans la foulée de cette pratique. Ils ont fait valoir qu'il y aura un changement important du rôle du médecin (p. ex. « de soignant / guérisseur à facilitateur de la mort », de « préservation de la vie et atténuation des souffrances à dispensation de la mort », de « tueur plutôt que de soignant des êtres humains »), ce qui effrayera la confiance du patient. Les répondants ont fait état de diverses façons dont l'approche, les motifs et les intérêts du médecin pourraient pousser les patients vers l'aide à mourir par divers moyens (ils la trouveraient plus commode que les soins de longue durée, ne connaissent pas les solutions / options, ils ne veulent plus être écrasés de travail ou avoir à s'occuper d'un patient difficile par exemple). Avec le temps, ils estiment que davantage de médecins seront désensibilisés à l'aide à mourir et plus susceptibles de la conseiller à leurs patients. Il convient de noter qu'un grand nombre de ces répondants ont fait état d'une méfiance ou d'une crainte globale à l'endroit des fournisseurs de soins de santé et du système, et que certains ont cité des expériences négatives. Selon eux, l'instauration de l'aide médicale à mourir amplifie le manque de confiance parce qu'elle donne aux médecins encore plus de pouvoir et d'autorité sur leurs patients.

En outre, certains répondants ont exprimé leur méfiance à l'égard du système de soins de santé en général. Dans le contexte de l'augmentation des coûts, des importantes contraintes de ressources et du vieillissement de la population, ils estimaient que l'aide à mourir pourrait de plus en plus être vue comme une solution économique aux soins des patients. Les groupes du grand public et de l'échantillon représentatif ont tous deux exprimé ces préoccupations, de façon plus marquée cependant dans le cas de l'échantillon représentatif.

Rétroaction qualitative : Autres facteurs de risque

Thème 7 : Confiance dans les fournisseurs et le système de soins de santé (suite)

Citations :

- « Si un médecin me parlait d'euthanasie, je ne lui adresserais plus jamais la parole. Je ne devrais pas avoir à mourir parce que j'ai une maladie, et personne ne devrait jamais le penser. Pis, il pourrait vouloir en parler à ma famille / à mes proches, ou ces derniers pourraient vouloir lui en parler à lui. Je veux que mon médecin tente de me sauver la vie plutôt que d'y mettre fin. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Cela change fondamentalement son rôle si un professionnel qui s'efforce d'améliorer la qualité de vie se met à prendre des décisions à propos d'une fin prématurée de la vie. Ce changement de paradigme réduit les aspects "aide" et "soins" des soins de santé et produira une génération de professionnels de la santé qui attacheront moins de prix au travail avec les patients pour trouver des solutions viables afin de dénouer des situations difficiles pour les fournisseurs de soins de santé qui encouragent subtilement la fin de vie comme option viable lorsque la vie nous traite mal. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Considérant la faible qualification de nombreux médecins dans notre pays, et la pression pour la réduction des coûts des soins de santé, je crains que l'euthanasie ne soit présentée comme une solution au maintien de la dignité du patient, ou comme un acte de bravoure. Il y a un grand lavage de cerveau dans notre pays pour convaincre les gens que les pratiques les plus rentables sont de fait les meilleures pour les patients. L'euthanasie peut être vue comme une solution "normale", et devrait être présentée comme un droit au patient, et même étendue à d'autres situations ne mettant pas en cause le pronostic vital (comme le cas des personnes souffrant d'une grande dépression). » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Dans un contexte de coupures budgétaires, de professionnels de la santé complètement débordés, il peut être tentant de « tourner les coins ronds » et d'aller un peu trop vite pour prendre de telles décisions. » (Répondant du grand public)
- « Le système médical penchera toujours nettement du côté de l'aide médicale au suicide parce que, à la longue, il sera beaucoup moins cher et beaucoup plus rentable d'aider quelqu'un à mourir que de le garder en vie par des soins palliatifs. » (Répondant du grand public en anglais)

Les mesures de sauvegarde

La Cour a reconnu que les risques pour la santé ne peuvent être entièrement éliminés parce qu'ils « font déjà partie intégrante de notre régime médical ». Cependant, des mesures de sauvegarde peuvent contribuer à réduire ces risques au minimum. Cette section mettait l'accent sur les mesures de sauvegarde pour :

1. Les patients;
2. Les médecins;
3. La société canadienne, y compris notre système public de soins de santé.

Pour certains éléments, une boîte contextuelle facultative, qui s'ouvrait en passant la souris au-dessus du bouton « Considérez... », donnait accès à un surcroît d'information. La lecture des boîtes contextuelles n'était toutefois pas obligatoire et il est possible que certains participants aient répondu aux questions sans les lire.

PRINCIPALES CONSTATATIONS

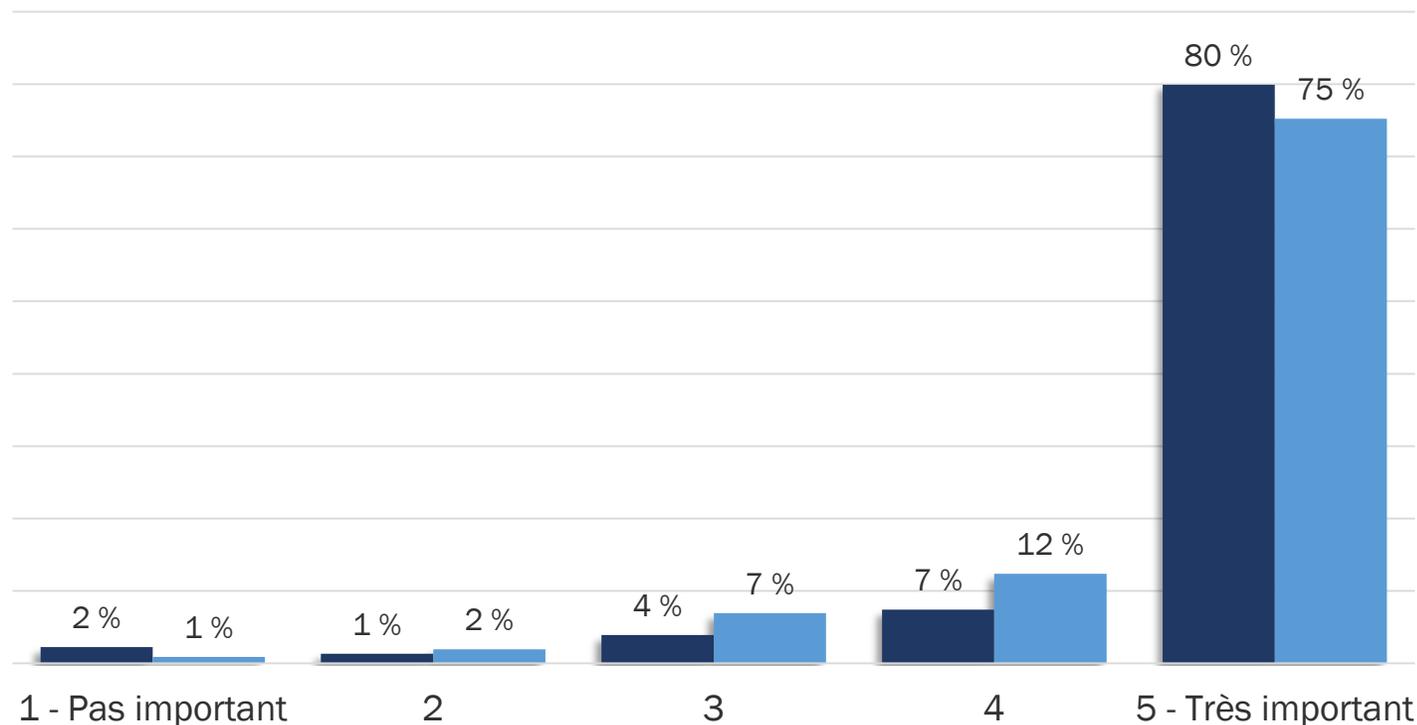
- Les mesures de sauvegarde jugées les plus importantes par les répondants incluaient la formation des fournisseurs de soins de santé et des patients relativement aux soins palliatifs ainsi que la mise en œuvre de stratégies nationales sur les mesures de soutien et les soins à domicile pour les personnes handicapées.
- Bien que toujours perçues comme importantes par une majorité des répondants, les mesures de sauvegarde jugées les moins importantes concernaient dans une large mesure les contrôles de procédure, y compris les demandes réitérées du patient, l'évaluation par un groupe composé de divers professionnels, la consultation d'autres personnes et les délais.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Une discussion approfondie avec le médecin du patient?

Grand public
Échantillon
représentatif



Dans le public, les femmes, les Canadiens de 25 à 34 ans, les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que les médecins et les infirmiers étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

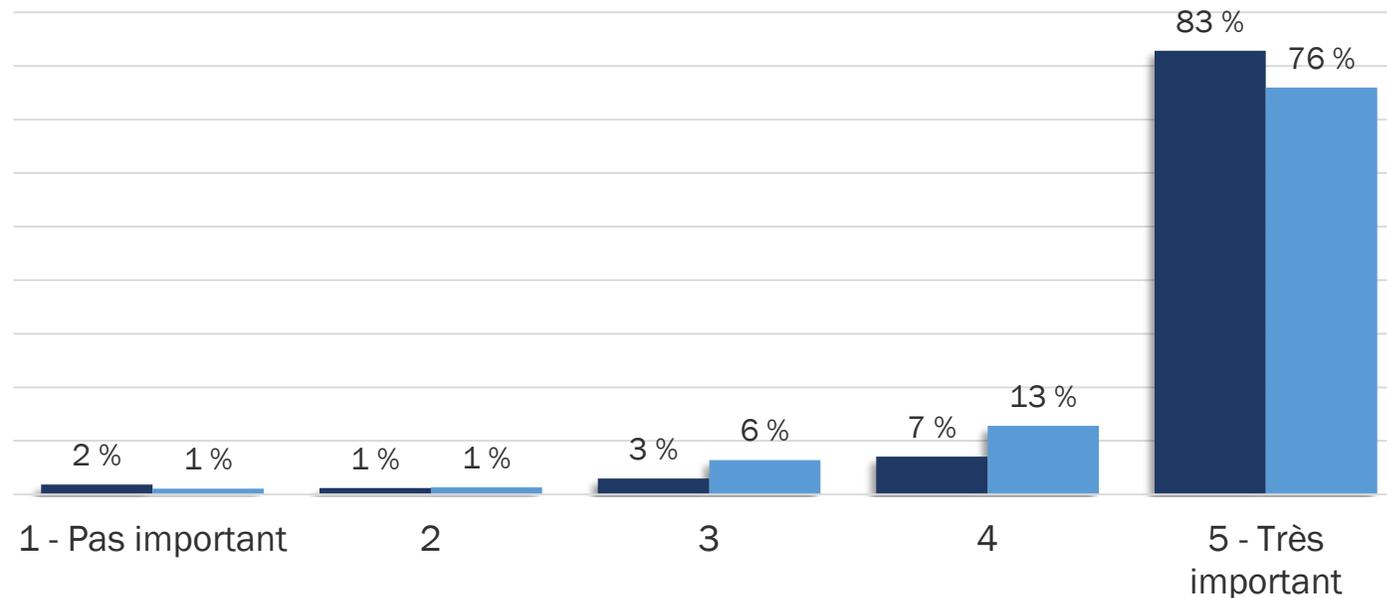
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 55 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Les patients comprennent et apprécient toutes les options ou les mesures de soutien et les services de soins palliatifs et médicaux (p. ex. psychologue, travailleur social, soin pastoral, appareils médicaux, soutien communautaire) qui pourraient soulager la souffrance d'un patient.

Boîte contextuelle « Considérez... » : Est-il possible que les souffrances d'une personne soient parfois moins directement liées à son état médical et davantage au fait qu'elle ne reçoit pas le soutien dont elle a besoin?



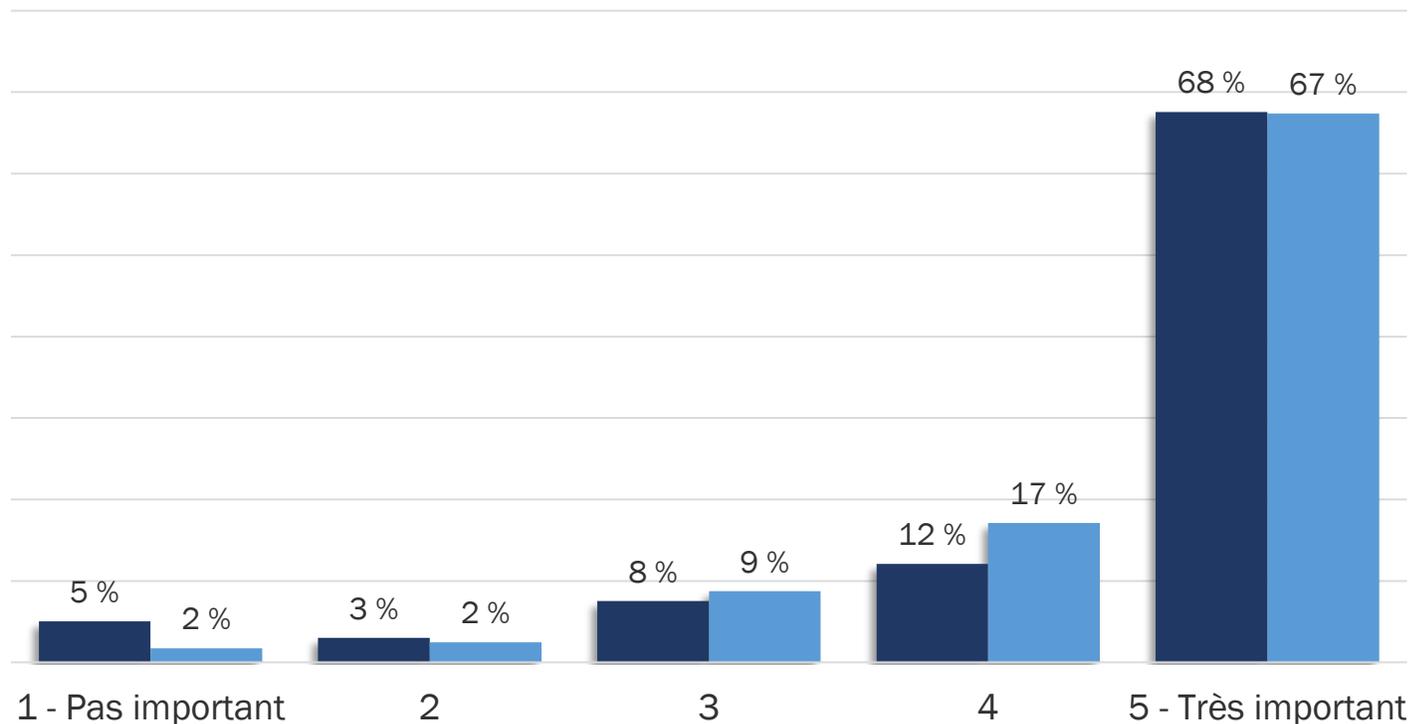
Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les Canadiens de 25 à 34 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que la plupart des professionnels hormis les avocats étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 55 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

L'aiguillage vers un médecin spécialiste pour obtenir un deuxième avis sur l'état, le traitement et le pronostic du patient?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de 25 à 34 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les médecins étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

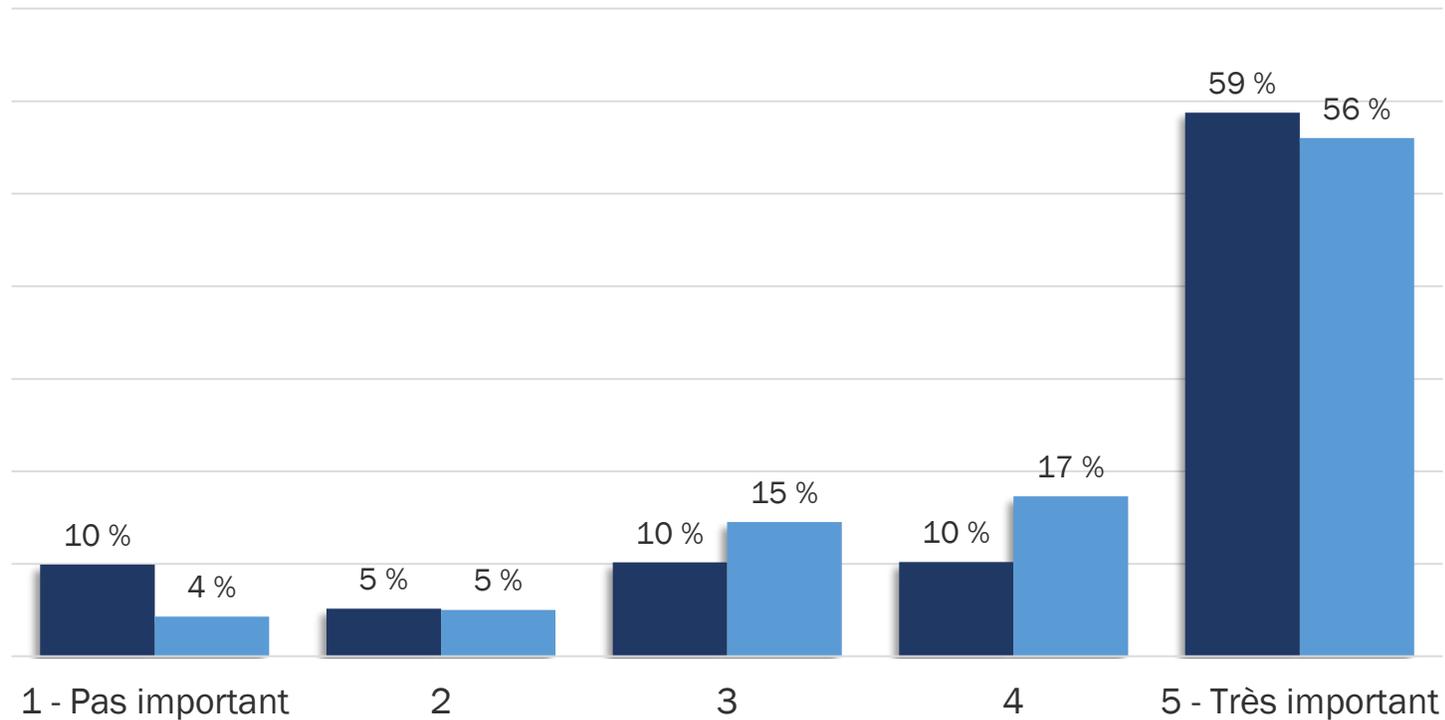
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 55 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

L'option de l'aide médicale à mourir ne peut être discutée que si le patient la soulève en premier?

Grand public
Échantillon
représentatif



Dans le public, les femmes, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et du Québec, ainsi que les dirigeants religieux et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

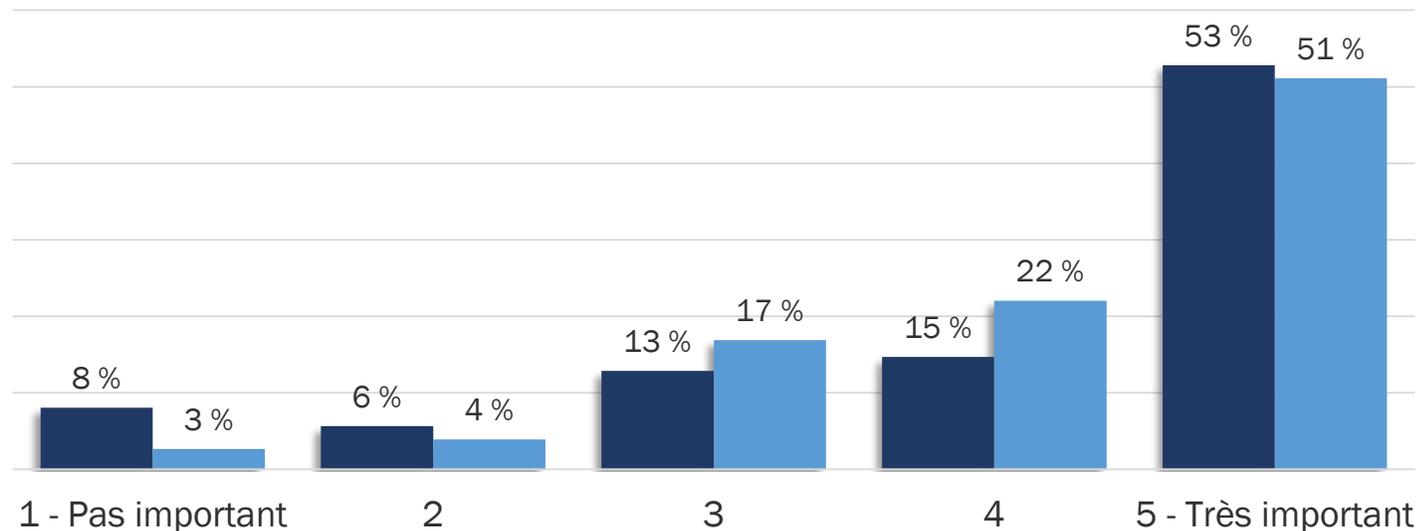
Dans l'échantillon, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Un délai entre le diagnostic de l'état ou de la blessure et le moment où une demande peut être prise en considération?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait laisser aux patients, qui peuvent être vulnérables, le temps de s'ajuster à leur nouvelle réalité. Par contre, l'imposition d'un délai peut sembler injuste et arbitraire puisque nous éprouvons tous la souffrance différemment.



Dans le public, les femmes, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les médecins étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

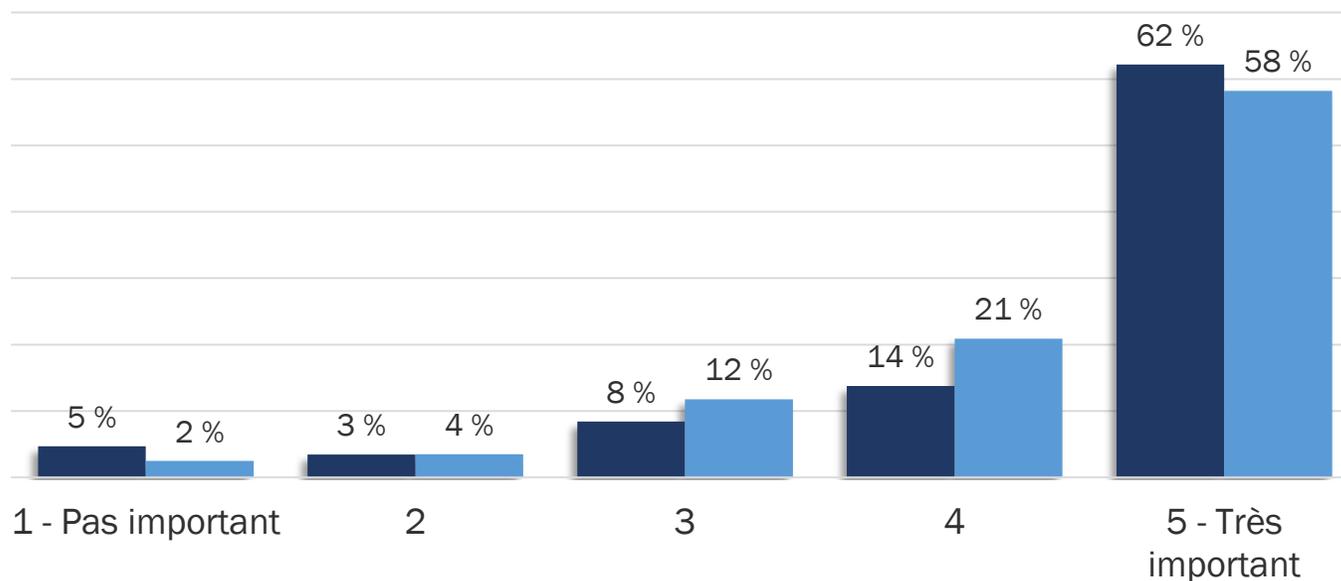
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Un document écrit officiel, rempli par le patient, énonçant la demande?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci fournirait un document et une preuve de la décision, non seulement pour garantir qu'elle respecte la portée de la loi, mais également pour souligner son sérieux.



Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les résidents de l'Alberta, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les infirmiers étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

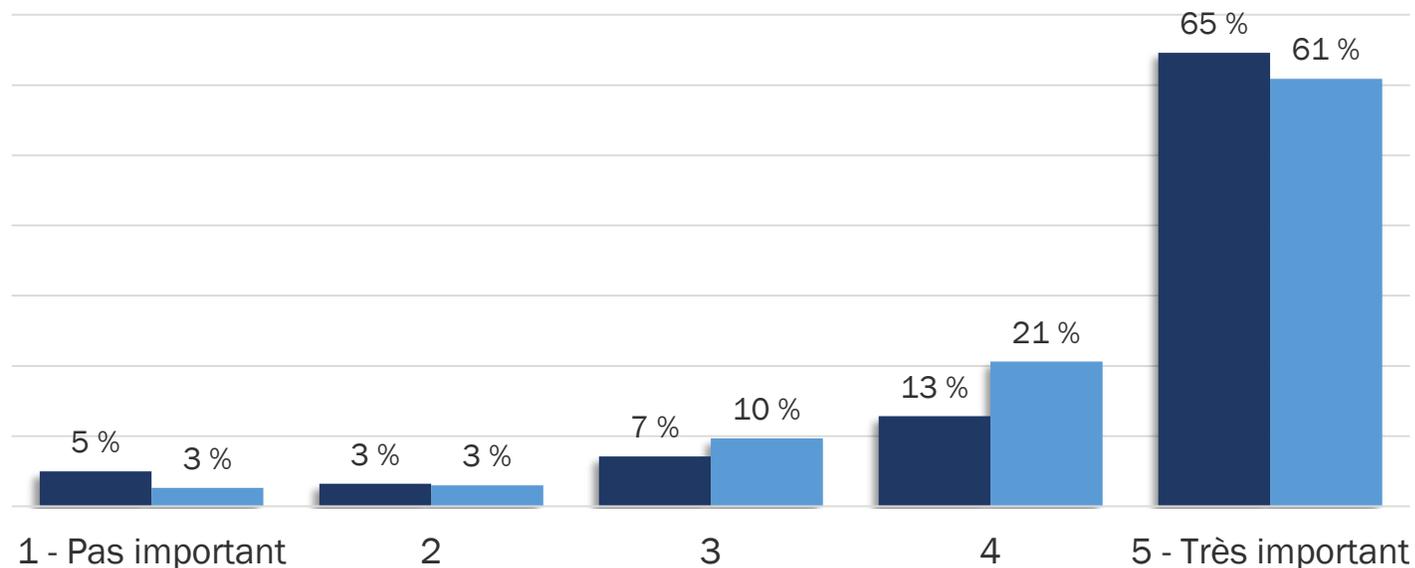
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

La présence d'un tiers impartial pour être témoin de la signature de la demande écrite?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider à garantir que la demande tienne véritablement compte du désir du patient, et non de celui de qui que ce soit d'autre.



Dans le public, les femmes, les résidents de l'Alberta, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les infirmiers étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

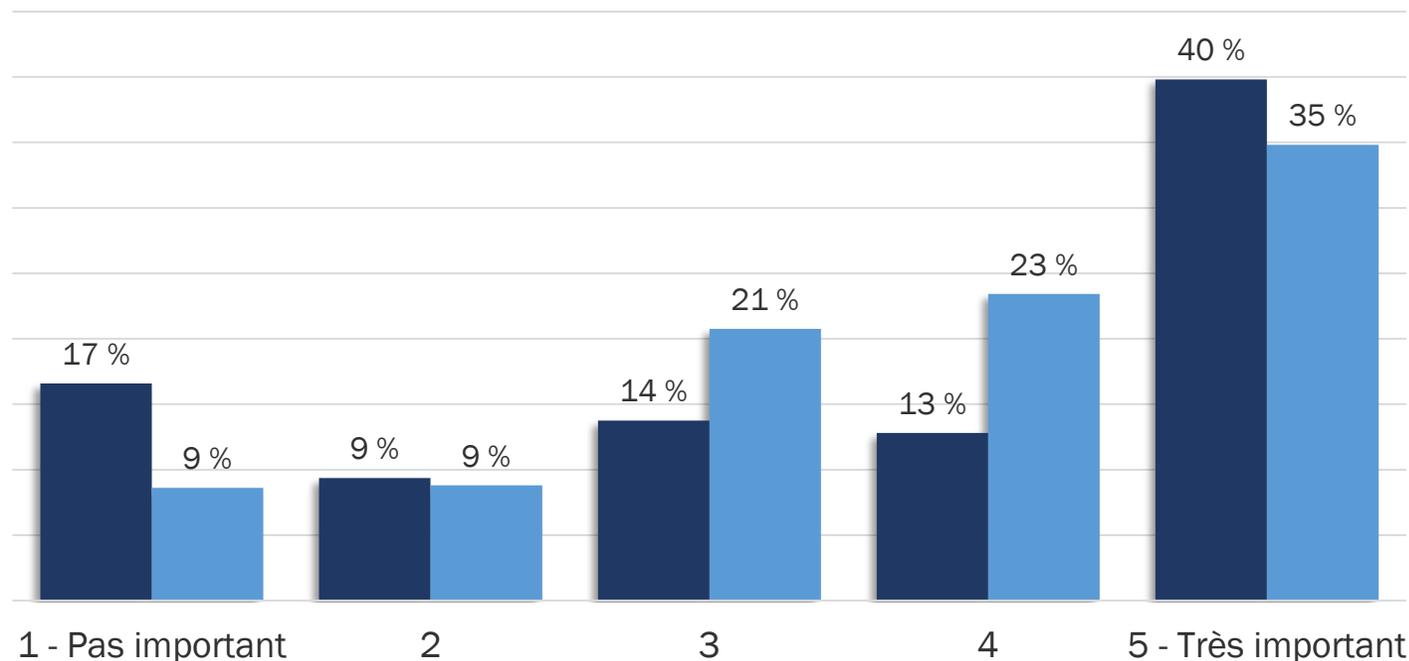
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Un nombre répété de demandes présentées par le patient?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider à faire en sorte que la demande soit à la fois cohérente et étudiée par le patient.



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les médecins étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

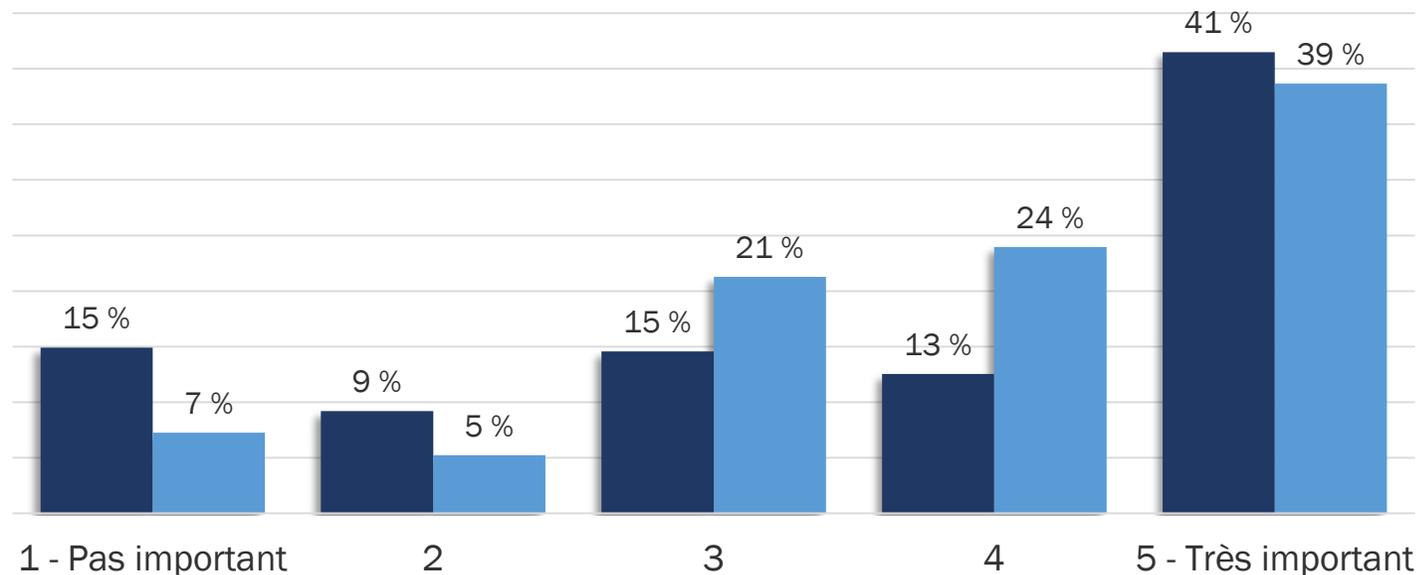
Dans l'échantillon, les répondants anglophones, les femmes et les Canadiens de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Un délai entre les demandes?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait également faire en sorte que la demande soit à la fois cohérente et étudiée par le patient, ce qui répond à l'exigence du tribunal de « souffrance persistante ».



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les médecins étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

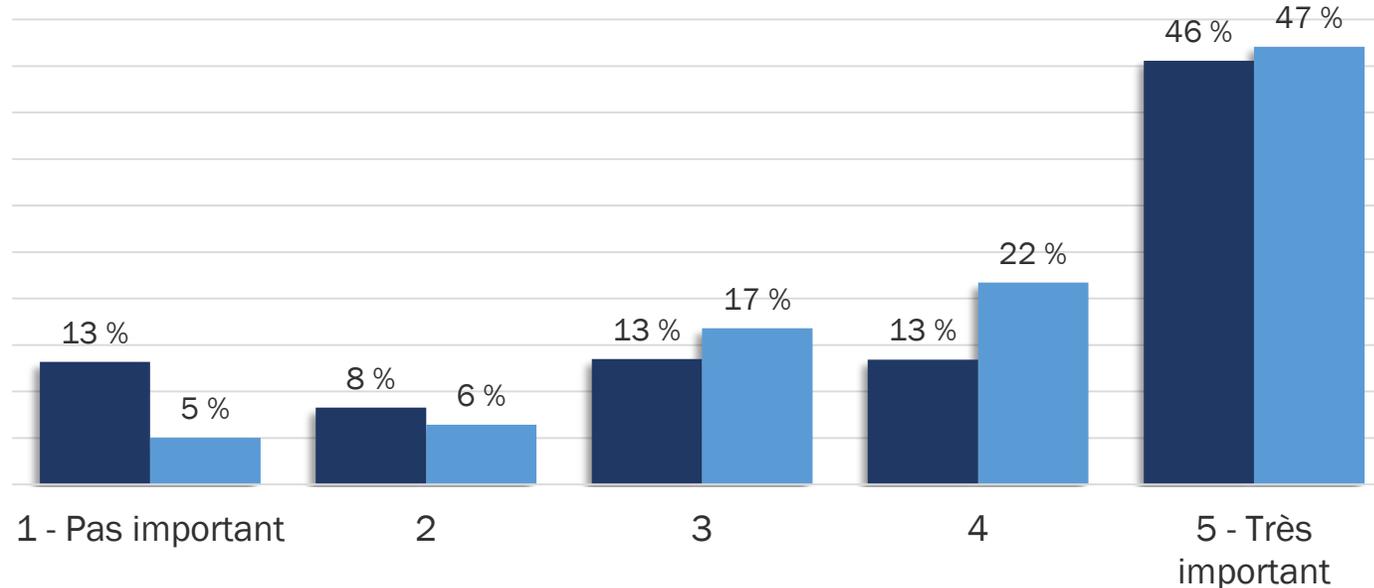
Dans l'échantillon, les répondants anglophones et les Canadiens de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Une consultation avec la famille du patient?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider un médecin à évaluer si la demande rend véritablement compte du désir et des valeurs du patient ou s'il subit ou non l'influence d'un membre de sa famille.



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 25 ans et de 75 à 84 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

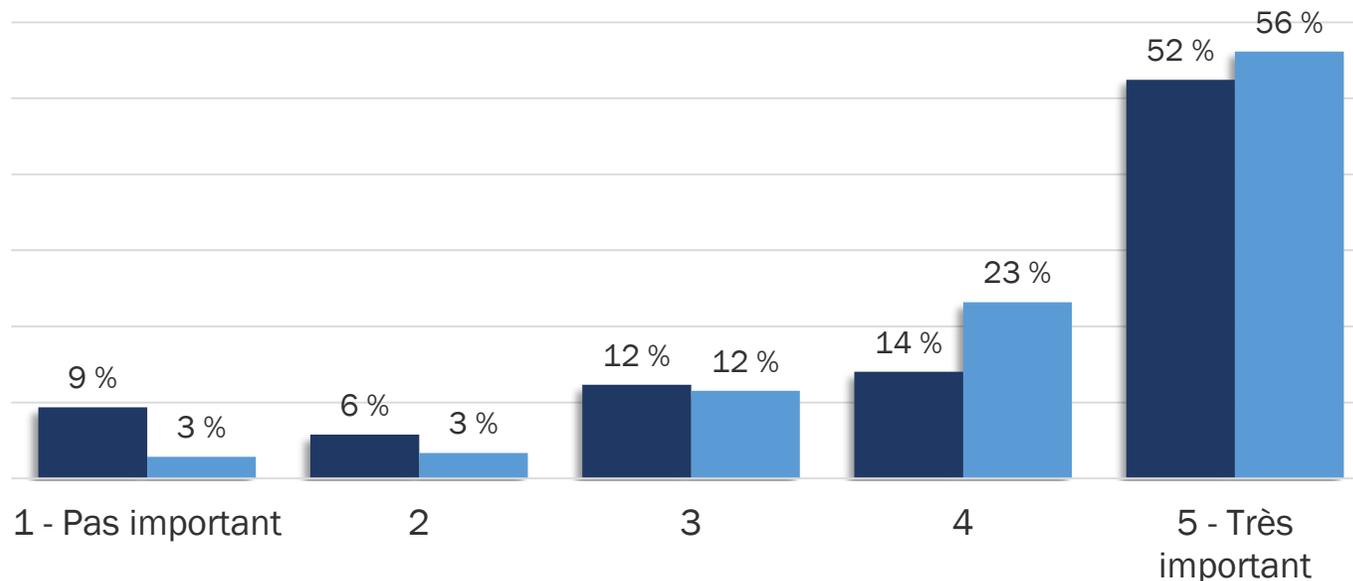
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 65 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Une consultation avec un professionnel de la santé mentale?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait contribuer à évaluer si la demande est influencée par une maladie mentale qui se traite et l'état d'esprit du patient quand il a présenté la demande.



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 45 ans, les résidents de l'Alberta et du Manitoba, ainsi que les dirigeants religieux, les travailleurs en soins ou de soutien et les infirmiers étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

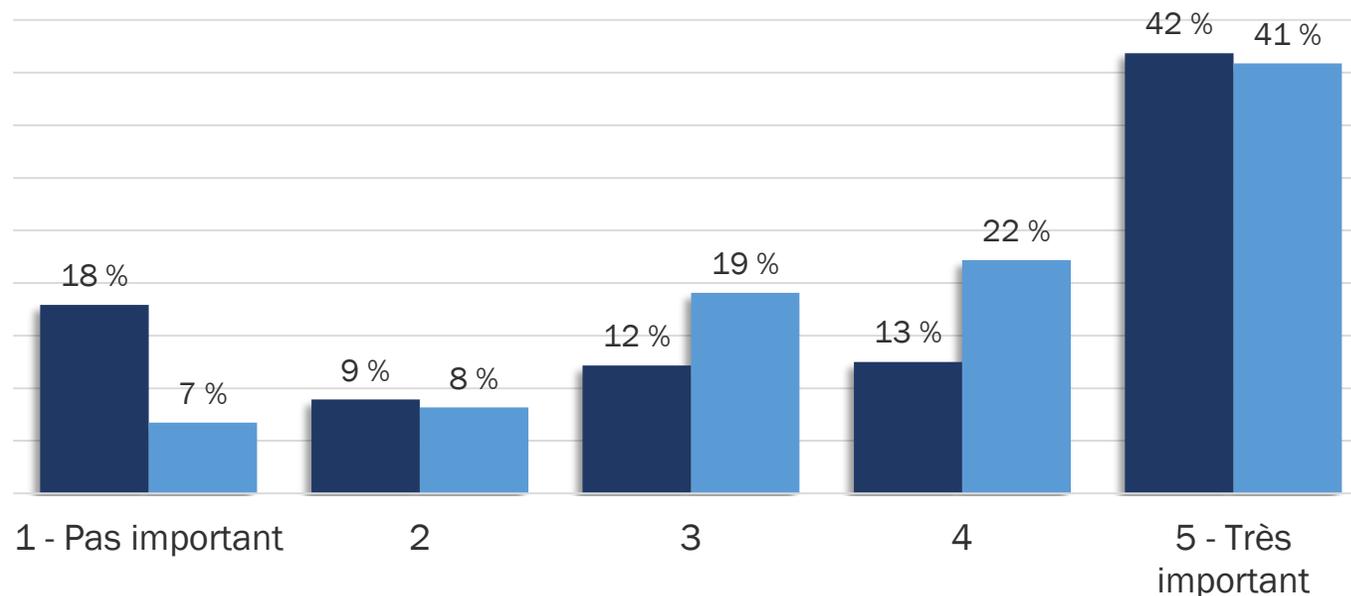
Dans l'échantillon, les femmes et les répondants anglophones étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

Les demandes sont évaluées par un groupe de professionnels variés
(p. ex. médecins, avocats, travailleurs sociaux)?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider à réduire le risque d'une partialité personnelle lors de la détermination du consentement et de la capacité et faire en sorte que diverses perspectives soient prises en compte dans l'intérêt du patient.



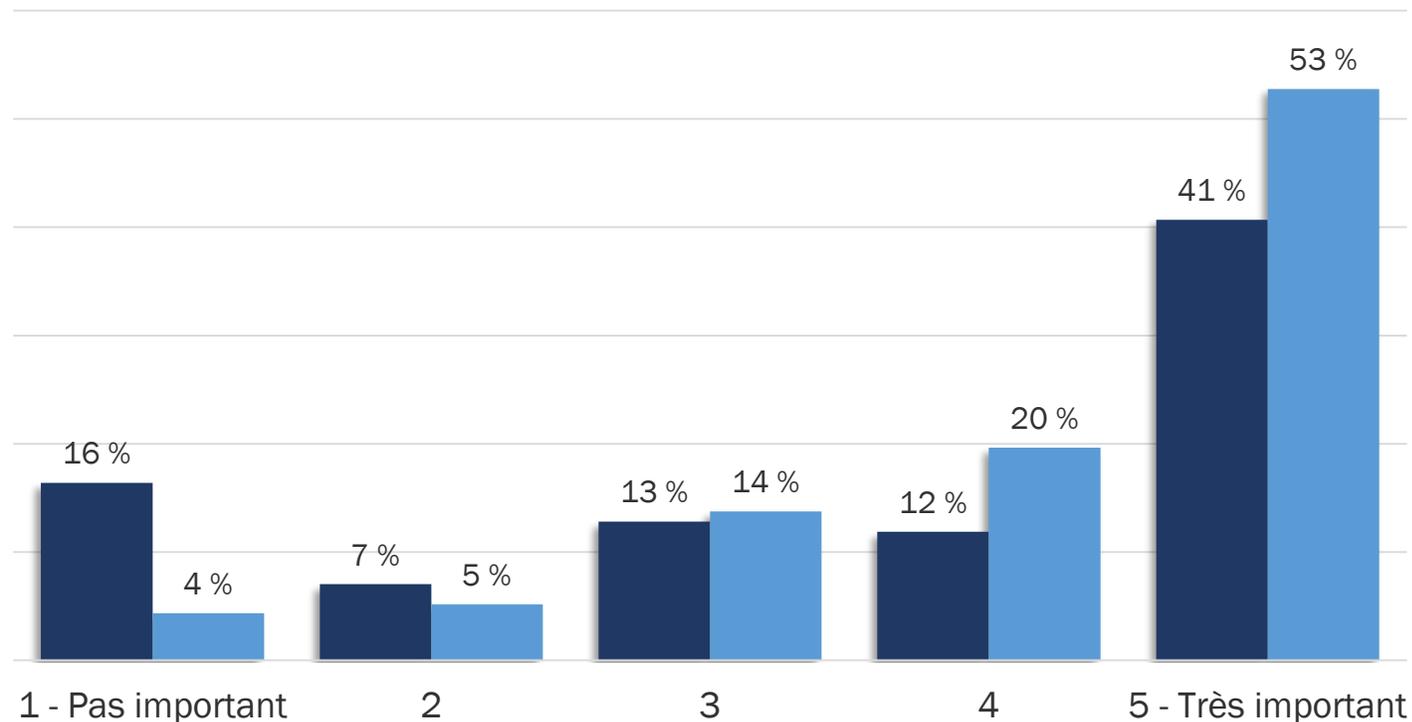
Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba, ainsi que la plupart des professionnels hormis les avocats étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 75 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

La présence d'un médecin pour observer le patient qui prend les médicaments létaux?



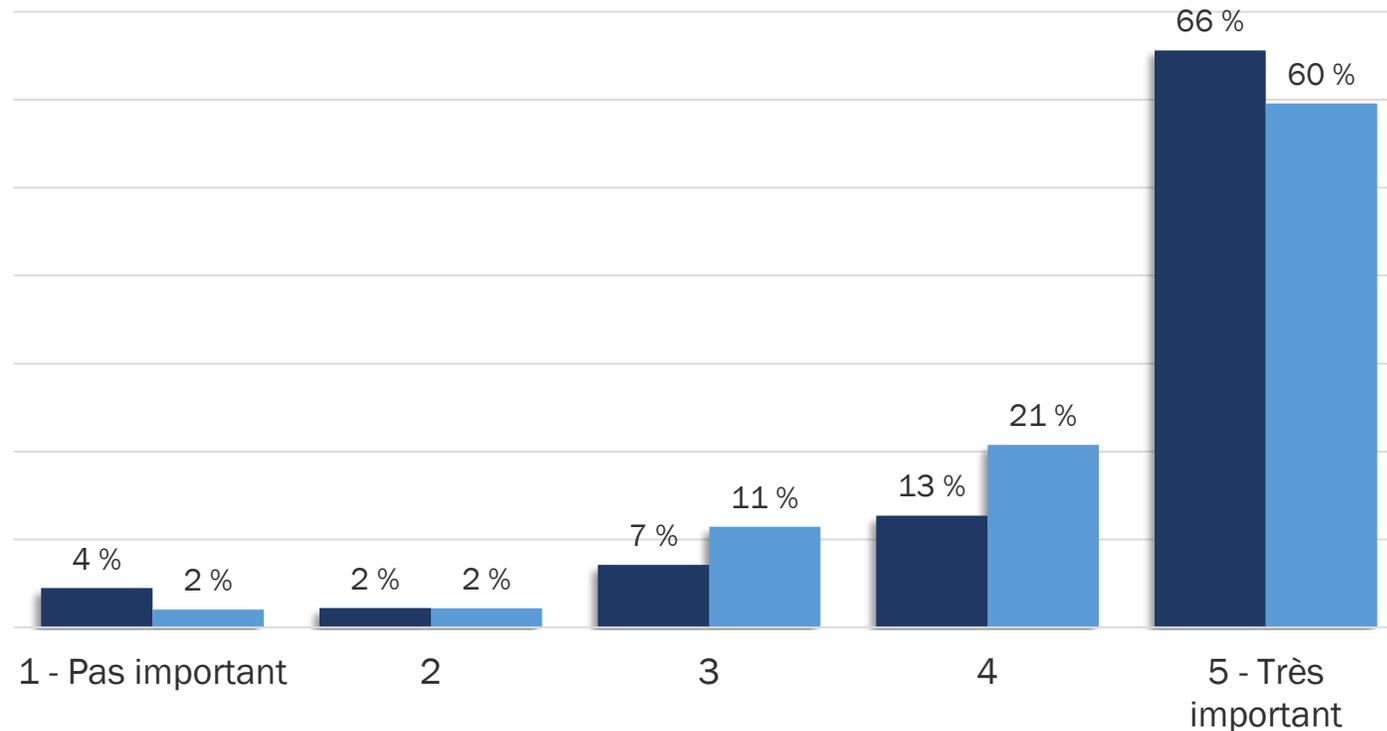
Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les Canadiens de moins de 35 et de plus de 75 ans, les résidents du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que les dirigeants religieux et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les réponses étaient relativement homogènes entre les différents groupes démographiques.

Les mesures de sauvegarde pour les patients

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient exigées par la loi avant qu'un patient puisse recevoir l'aide à mourir?

L'obligation pour les médecin de rendre compte des demandes d'aide à mourir acceptées ou refusées?



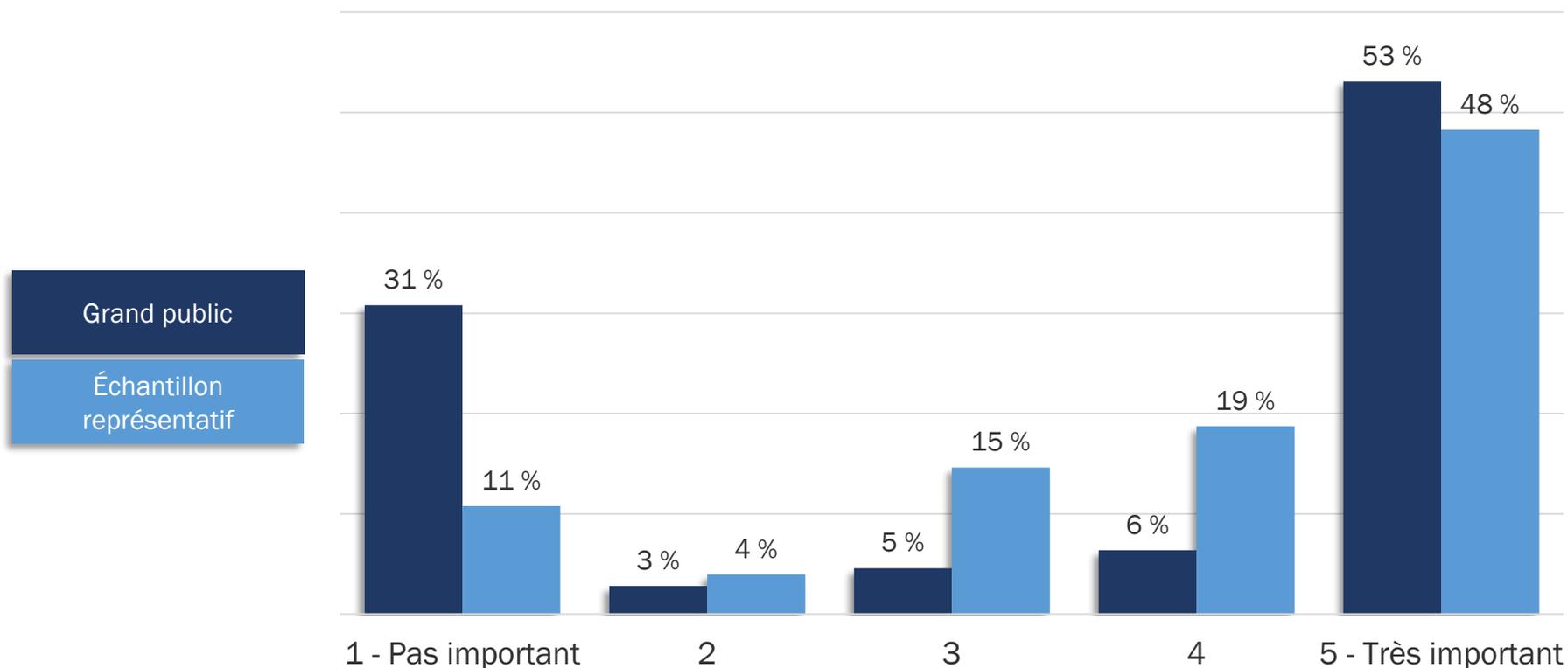
Dans le public, les femmes et les Canadiens de 25 à 34 ans étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 55 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les médecins

À quel point importe-t-il de créer un mécanisme ou processus externe pour vérifier que les exigences légales en matière d'aide à mourir sont respectées avant qu'une demande soit accordée?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider à mettre les médecins à l'abri d'une responsabilité criminelle ou civile et garantir que des professionnels possédant l'expertise appropriée prennent ces décisions.

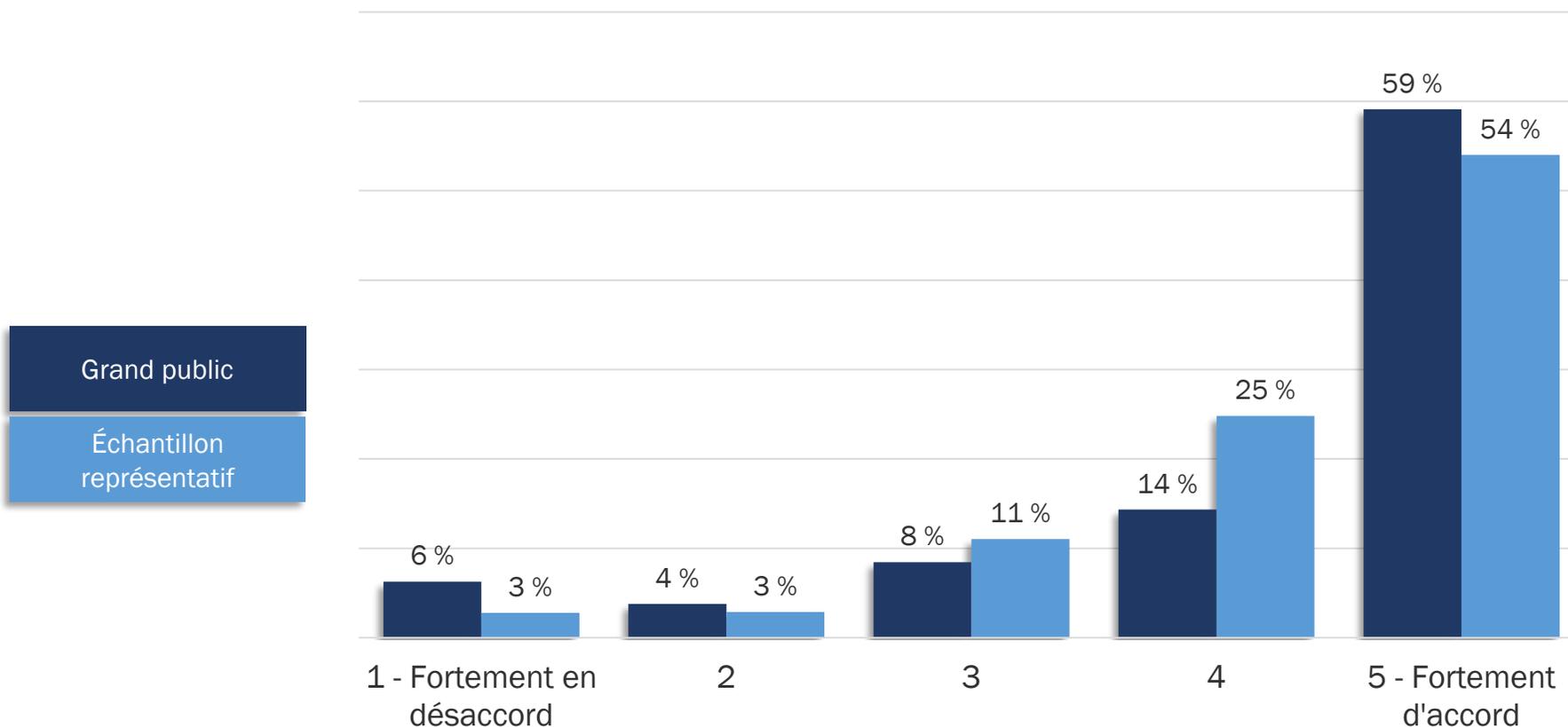


Dans le public, les répondants francophones, les femmes, les Canadiens de 55 à 74 ans, les résidents de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse, ainsi que les travailleurs sociaux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les répondants francophones, les Canadiens de 55 à 74 ans, et les résidents du Québec étaient plus susceptibles de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour les médecins

Êtes-vous en accord ou en désaccord pour que les médecins qui refusent de fournir l'aide à mourir soient tenus d'aiguiller le patient vers d'autres médecins qui sont disposés à fournir leur aide?



Dans le public, les femmes, les Canadiens de moins de 35 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que les dirigeants religieux, les médecins, les infirmiers et les travailleurs en soins ou de soutien étaient généralement les plus susceptibles d'être d'accord.

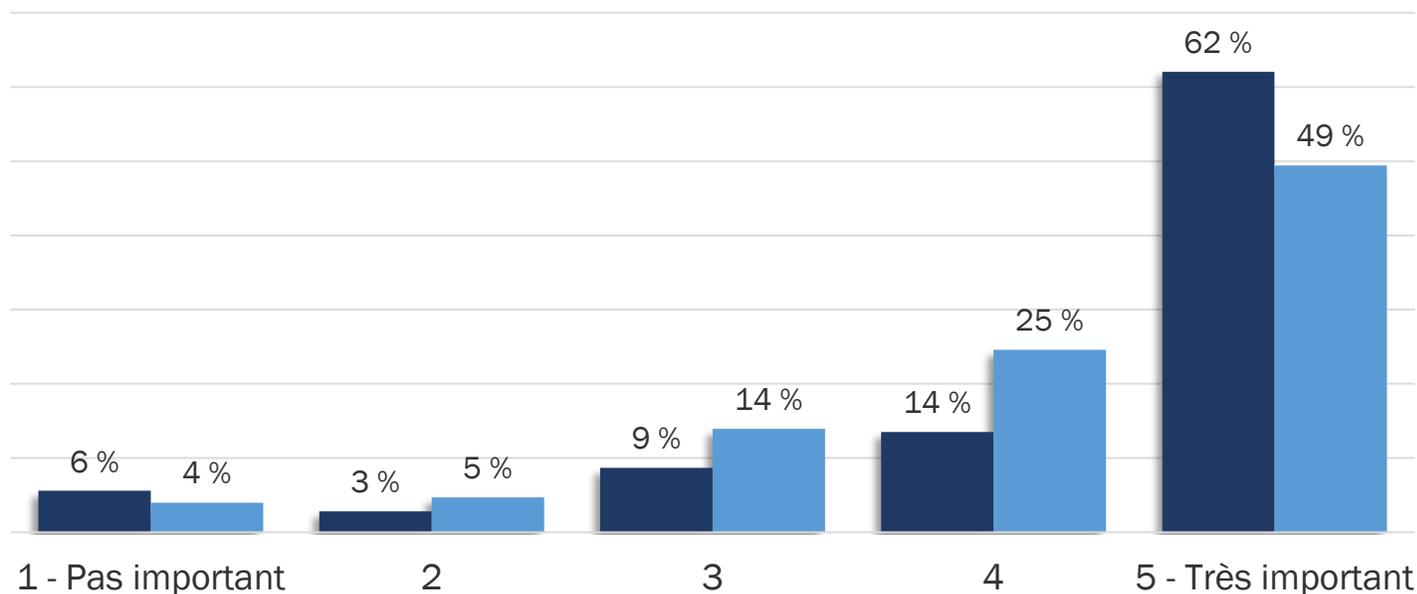
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 65 à 74 ans étaient plus susceptibles que les autres d'être d'accord.

Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

Une campagne de sensibilisation/d'éducation du public sur les options de fin de vie?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait mettre les gens au courant de leurs options de fin de vie, ainsi que des droits et responsabilités des patients et des fournisseurs de soins de santé.



Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les Canadiens de 55 à 84 ans, les résidents de l'Ontario, ainsi que les travailleurs sociaux et les infirmiers étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

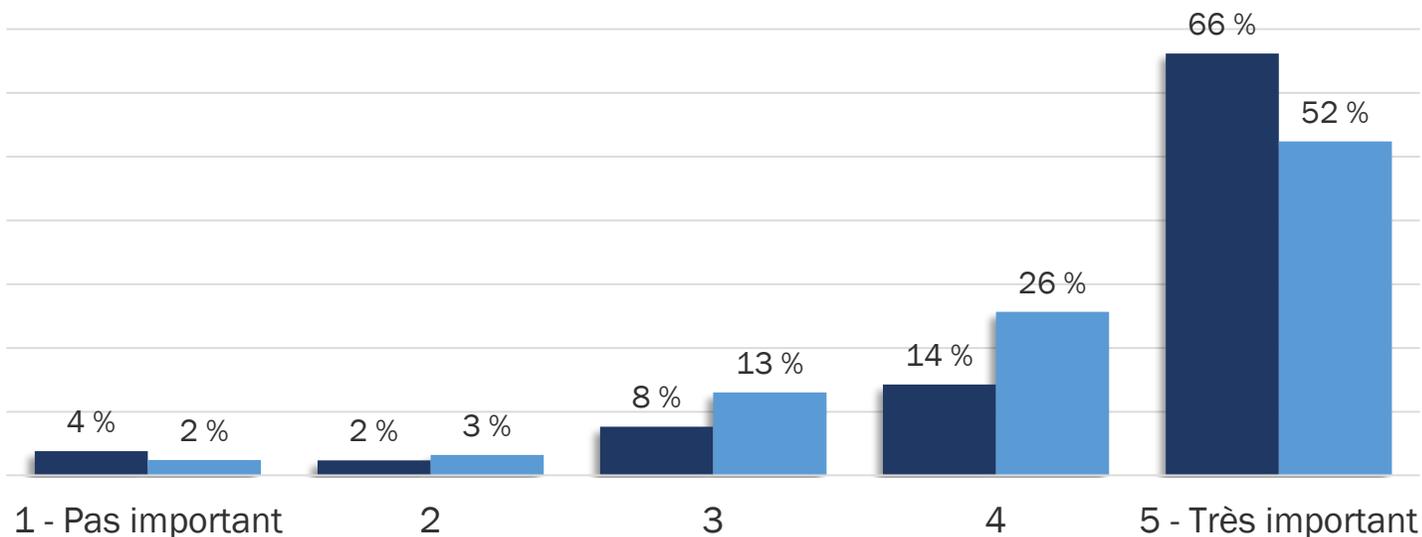
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 55 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

La collecte, l'analyse et l'évaluation obligatoires de toute l'information concernant l'aide médicale à mourir?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait contribuer à recueillir l'information importante, souligner les principaux problèmes et permettre l'analyse des tendances ou des habitudes sociales qui révéleraient d'éventuelles incidences sur les populations vulnérables ou la prestation de soins de santé.



Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les Canadiens de 25 à 34 ans, ainsi que les médecins, les infirmiers, les travailleurs en soins ou de soutien et les dirigeants religieux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les femmes, les répondants anglophones, et les Canadiens de 65 à 84 ans étaient plus susceptibles de trouver cela important.

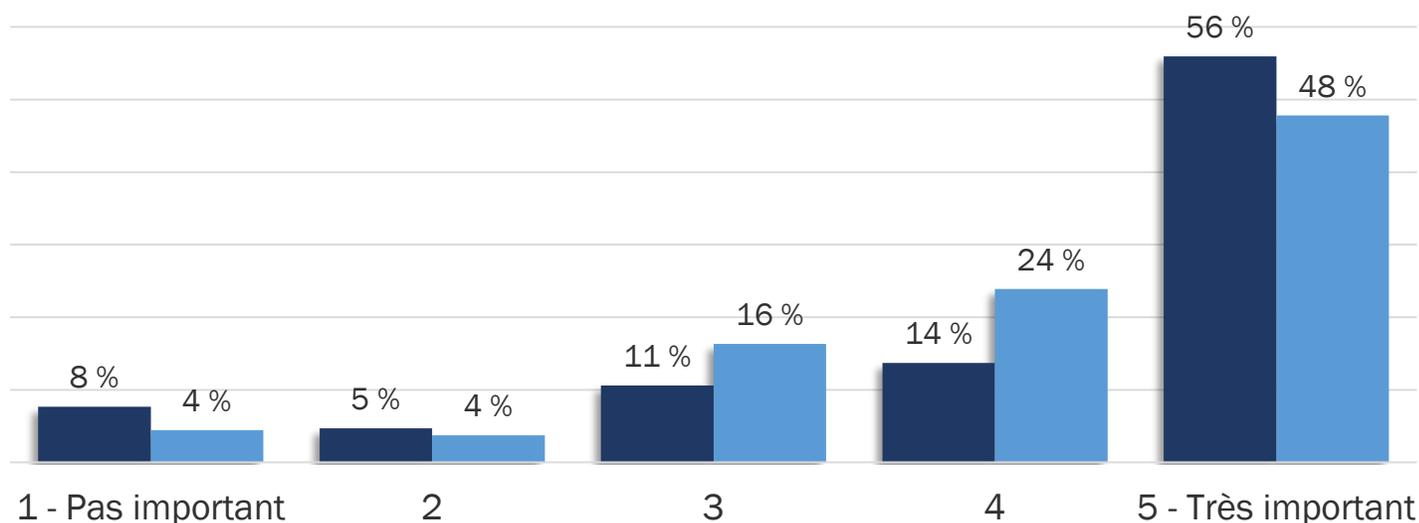
Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

Un organisme national de supervision de l'aide médicale à mourir?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider à déterminer si les politiques sont mises en œuvre conformément à la réglementation, à effectuer des recherches en vue de faire des rapports publics et apporter des éléments pour ajuster ou peaufiner les politiques et la réglementation.

Grand public
Échantillon
représentatif



Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les Canadiens de 25 à 34 ans, les résidents de l'Alberta, du Manitoba et de Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que les médecins, les infirmiers, les travailleurs en soins ou de soutien et les dirigeants religieux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

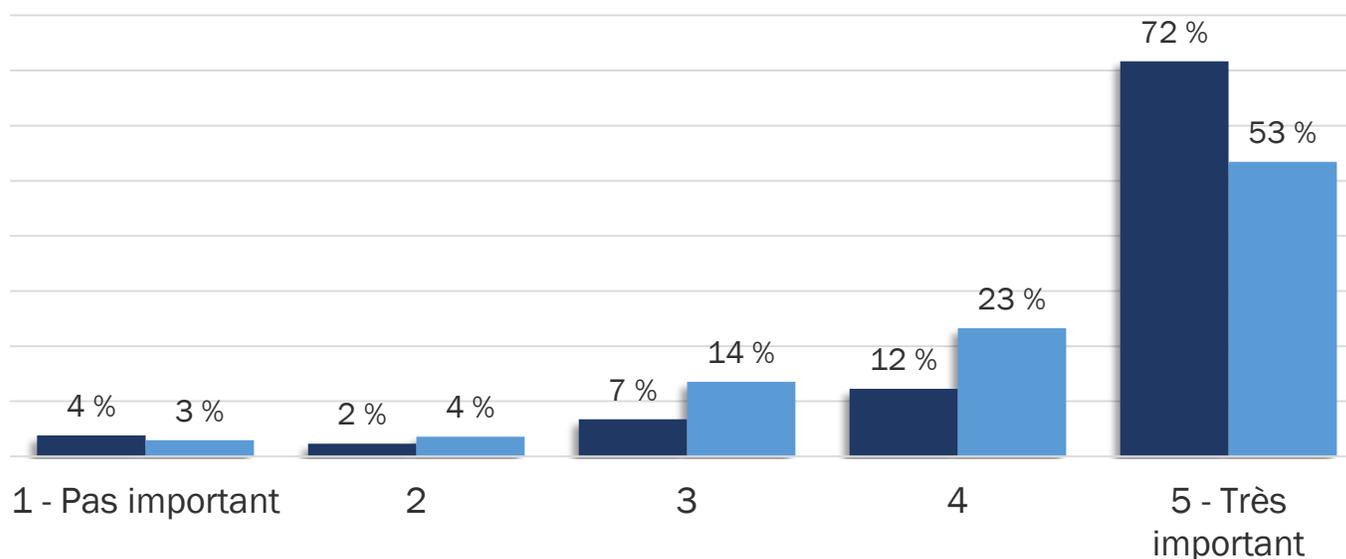
Dans l'échantillon, les femmes, les répondants anglophones, et les Canadiens de 65 à 84 ans étaient plus susceptibles de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

Une stratégie nationale sur les soins palliatifs et de fin de vie.

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci pourrait aider à régler certaines iniquités, notamment le manque d'accès et de disponibilité d'options de soins palliatifs pour des patients qui pourraient profiter de cette approche.



Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les Canadiens de 25 à 34 ans, les résidents du Manitoba et de l'Ontario, ainsi que les médecins, les infirmiers, les travailleurs sociaux, les travailleurs en soins ou de soutien et les dirigeants religieux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

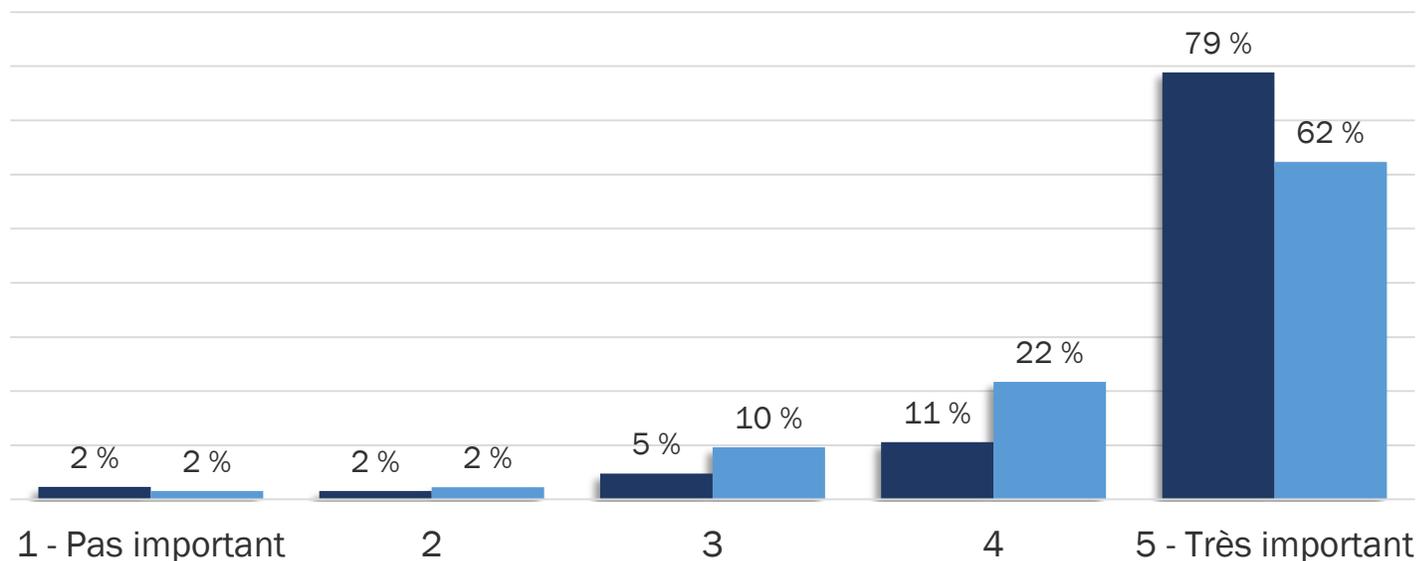
Dans l'échantillon, les femmes et les Canadiens de 55 à 84 ans étaient plus susceptibles que les autres de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

Une formation relative aux soins palliatifs pour tous les fournisseurs de soins de santé?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci garantirait que les fournisseurs de soins de santé soient adéquatement formés pour soulager la douleur et la souffrance des patients.



Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les résidents du Manitoba, ainsi que les infirmiers, les travailleurs sociaux, les travailleurs en soins ou de soutien et les dirigeants religieux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

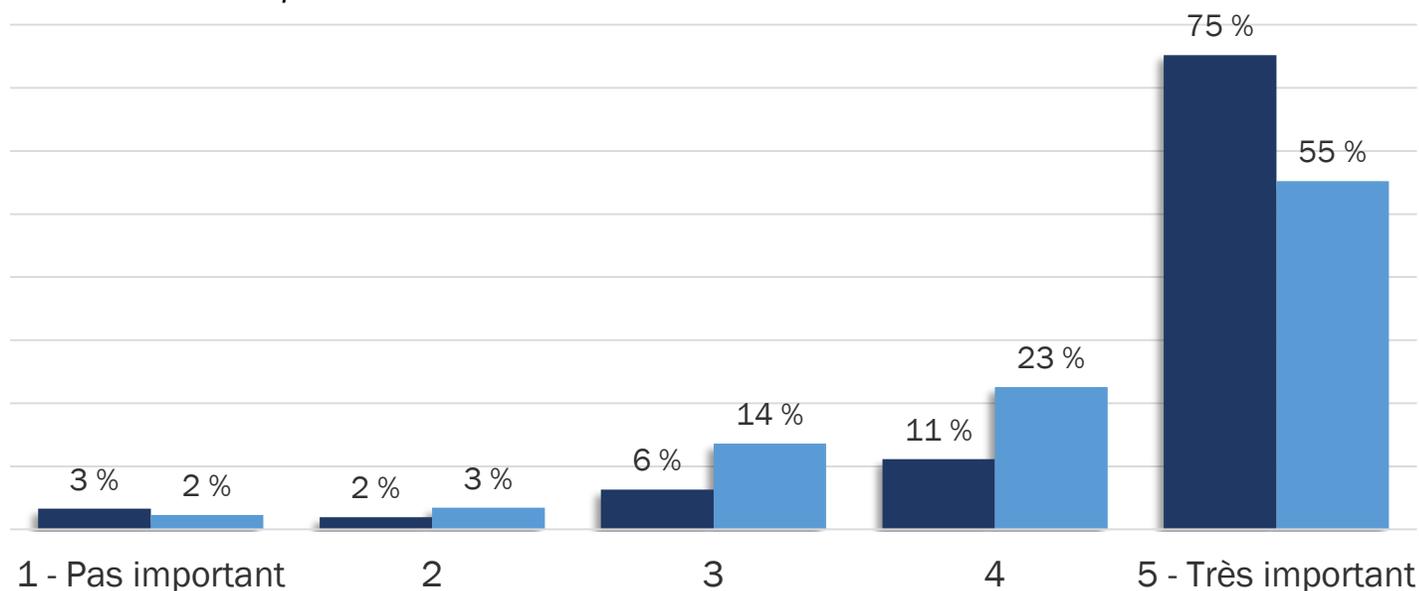
Dans l'échantillon, les femmes, les répondants anglophones et les Canadiens de 55 à 74 ans étaient plus susceptibles de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

Une stratégie nationale exhaustive de soins à domicile?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci contribuerait à ce que les personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique progressive reçoivent le soutien dont elles ont besoin pour vivre chez elles.



Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, les Canadiens de 55 à 74 ans, les résidents du Manitoba et de l'Ontario, ainsi que les infirmiers, les médecins, les travailleurs sociaux, les travailleurs en soins ou de soutien et les dirigeants religieux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

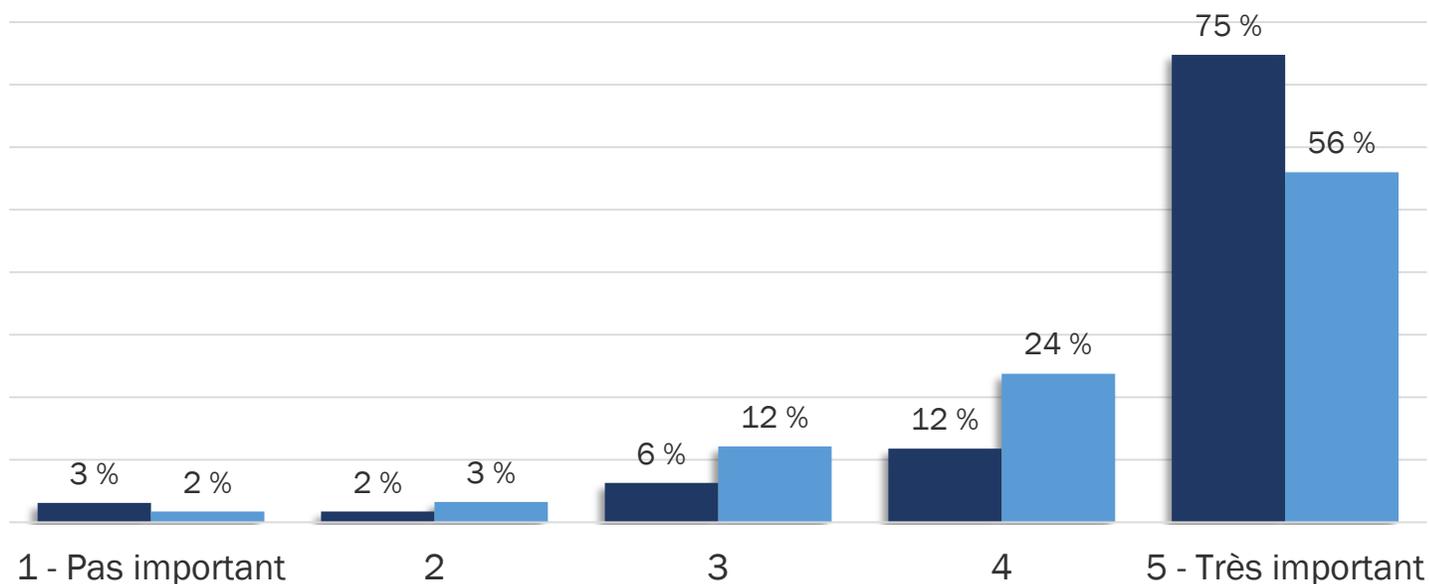
Dans l'échantillon, les femmes, les répondants anglophones et les Canadiens de 55 à 84 ans étaient plus susceptibles de trouver cela important.

Les mesures de sauvegarde pour la société

À quel point importe-t-il que les mesures de sauvegarde suivantes soient mises en place?

Une stratégie nationale sur le soutien aux personnes handicapées?

Boîte contextuelle « Considérez... » : Ceci garantirait que les ressources appropriées soient engagées pour répondre aux besoins des personnes handicapées, atteintes de problèmes de maladie mentale et de maladies chroniques.

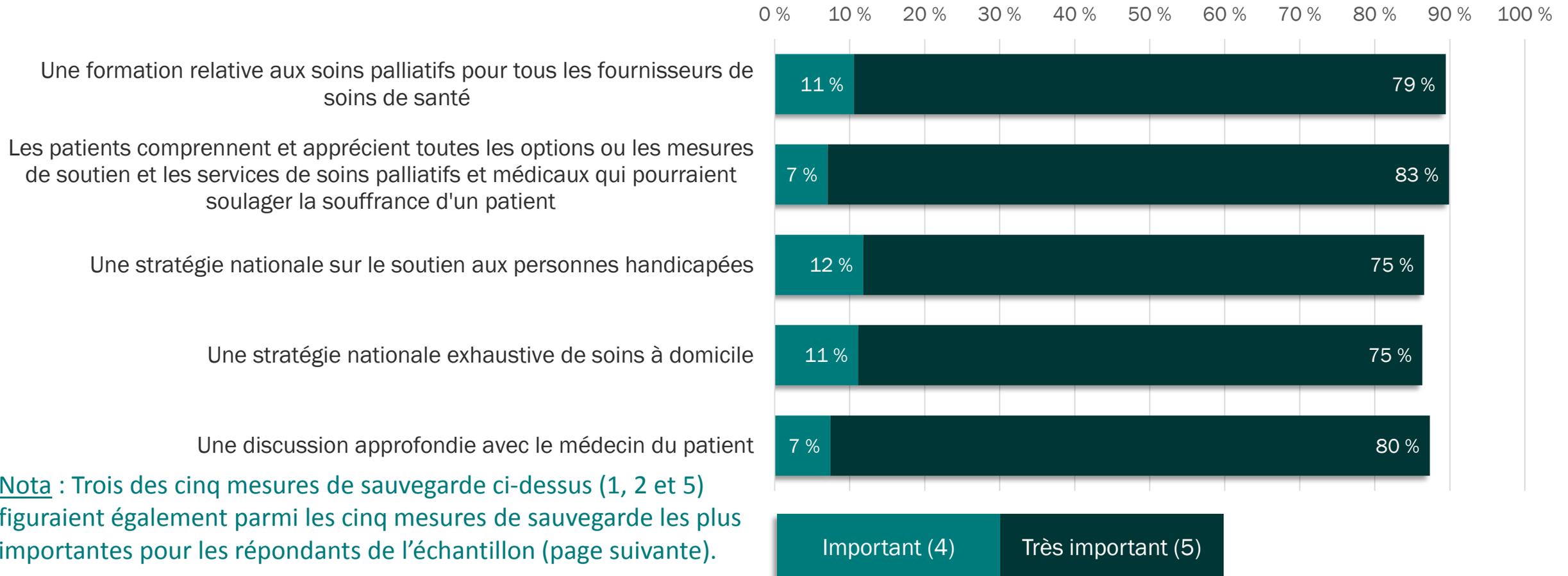


Dans le public, les répondants anglophones, les femmes, ainsi que les infirmiers, les travailleurs sociaux, les travailleurs en soins ou de soutien et les dirigeants religieux étaient généralement plus susceptibles de trouver cela très important.

Dans l'échantillon, les femmes, les répondants anglophones et les Canadiens de 55 à 84 ans étaient plus susceptibles de trouver cela important.

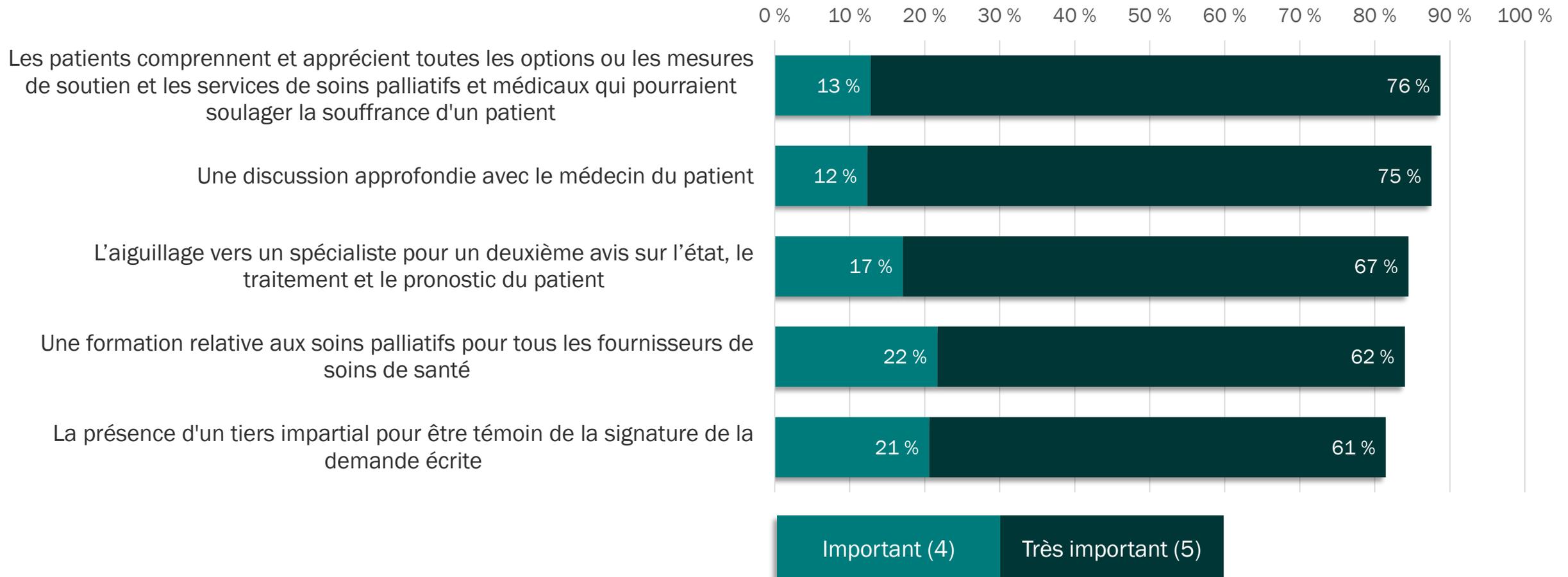
Les mesures de sauvegarde

Voici les cinq mesures de sauvegarde que les répondants du public ont jugées les plus importantes, en moyenne :



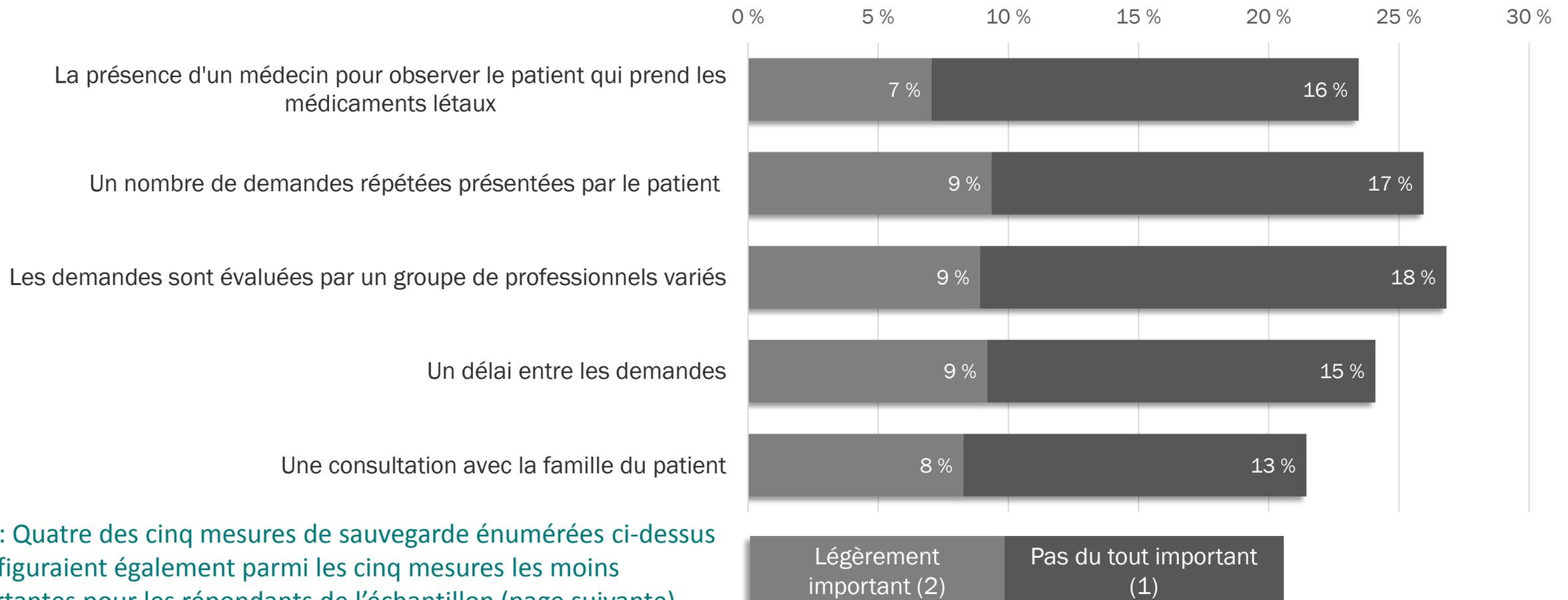
Les mesures de sauvegarde

Voici les cinq mesures de sauvegarde que les répondants de l'échantillon ont jugées les plus importantes, en moyenne :



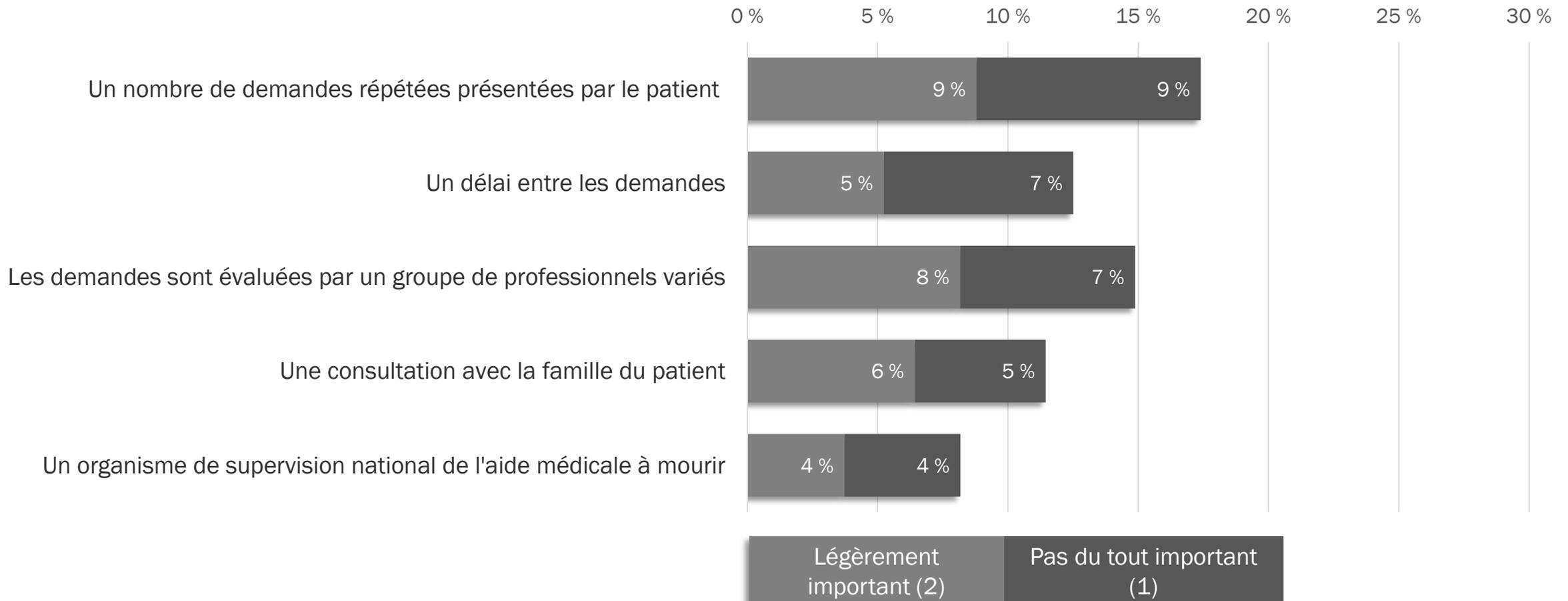
Les mesures de sauvegarde

Voici les cinq mesures de sauvegarde que les répondants du public ont jugées les moins importantes, en moyenne :



Les mesures de sauvegarde

Voici les cinq mesures de sauvegarde que les répondants de l'échantillon ont jugées les moins importantes, en moyenne :



Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Résumé des réponses et exemples de citations regroupées par thème pour la question :

- Y a-t-il des mesures de sauvegarde supplémentaires pour l'aide médicale à mourir qui n'ont pas été évoquées? Dans l'affirmative, veuillez les décrire ci-dessous.

Thème 1 : Une gamme de mesures de soutien et de possibilités

Résumé :

Un thème important qui s'est dégagé se rapportait à l'identification d'une gamme de mesures de soutien et de possibilités susceptibles de réduire la demande d'aide médicale à mourir ou d'en faire une option de dernier recours. Les répondants du grand public et de l'échantillon représentatif ont, les uns comme les autres, souligné qu'il n'y a aucune raison pour qu'une personne souffre physiquement ou mentalement alors qu'il existe des moyens efficaces, dignes, indolores et naturels permettant de faciliter les soins de vie ou de fin de vie. Les deux groupes de répondants considéraient les soins palliatifs comme une option claire à l'aide à mourir, leur but premier étant d'optimiser la qualité de vie et d'aider les personnes souffrant d'une maladie avancée, progressive et potentiellement mortelle à vivre le mieux possible jusqu'à leur mort. L'investissement dans une gamme de mesures sociales, comme la réduction de la pauvreté, était également vu par les répondants comme un excellent moyen de réduire le nombre de demandes d'aide à mourir.

De l'avis d'un grand nombre, le Canada doit se donner et/ou mettre en œuvre des stratégies nationales pour appuyer l'investissement dans la disponibilité / l'accessibilité de programmes, de services et de fournisseurs de soins de santé, et donner l'assurance de cette disponibilité et de cette accessibilité. Les domaines où il y aurait lieu d'investir sont : les soins de fin de vie, les soins palliatifs, en hospice ou à domicile, le contrôle de la douleur, le traitement et le rétablissement en santé mentale, les prestations d'invalidité, et les soins à long terme et pour les aînés. Ces solutions étaient présentées comme offrant une « approche holistique du système de soins de santé » dans laquelle il faudrait investir parallèlement de manière à offrir une gamme complète d'options et de choix. Il importe de noter que si certains répondants considéraient l'aide à mourir comme « un élément » de cette gamme d'options ou comme un « dernier recours », d'autres ont mentionné qu'il « ne faut ni présenter ni percevoir le suicide assisté et l'euthanasie comme des actes de soins de santé ou des interventions médicales, de sorte que les fournisseurs de ces solutions n'empiètent pas sur les services de soins de santé ».

Les répondants au cahier de questions ont cerné d'autres stratégies de gestion du stress, d'allègement de la douleur et des souffrances, notamment les solutions basées sur la foi, qui transfèrent « la conscience sociale vers l'acceptation de la mort comme inévitable plutôt que comme quelque chose à craindre », la collaboration avec des fournisseurs alliés de soins de santé, comme la thérapie par la musique, la médecine chinoise traditionnelle et l'Ayurvéda.

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 1 : Une gamme de mesures de soutien et de possibilités (suite)

Citations :

- « Nous pourrions diminuer considérablement le nombre de demandes si, comme nation, nous faisons beaucoup plus pour réduire l'inégalité des revenus, et améliorer les mesures de soutien pour les personnes handicapées et leurs aidants, les services de santé mentale, les soins de fin de vie et la sécurité alimentaire. Nous avons oublié une foule de choses qui donnent un sens à la vie et, comme nombre de mes connaissances, j'accepterais très volontiers de payer plus d'impôts pour avoir une société civile où chacun peut vivre dans la dignité. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Un examen continu indépendant de la disponibilité et du financement de programmes comme les soins à domicile, les soins palliatifs, le counselling [santé mentale], les soins de santé en général, et d'autres auxquels je n'ai pas pensé, dont l'absence ou la réduction pourrait tendre à accroître l'attrait de l'aide médicale au suicide. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Sensibiliser les personnes à la variété des options de soins et des solutions de rechange à l'aide médicale à mourir. Rendre les mesures de soutien faciles à trouver et accessibles. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Davantage d'accès gratuits aux services spécialisés : psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes. Malheureusement, en cette ère d'austérité et de manque de compassion envers autrui, je ne sens pas qu'on ouvre les portes au bien-être des patients, bien au contraire. » (Répondant du grand public)
- « La mise en œuvre de toutes les options doit viser au premier chef à donner à chacun l'aide, le soutien et l'information dont il a besoin pour ne pas être désespéré. Notre véritable objectif comme société devrait être de travailler vers une réalité où il n'y aurait personne qui voudrait l'aide à mourir, parce que chacun aurait une vie très bien remplie, se sentirait désiré et digne de sa vie telle qu'elle est, peu importe sa maladie ou son état. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 2 : Peu ou pas de mesures de sauvegarde

Résumé :

Certains répondants du grand public ont exprimé l'opinion que les mesures de sauvegarde ne sont pas nécessaires (p. ex. la Cour suprême a rendu sa décision et nous devons « passer à autre chose ») ou qu'elles devraient être réduites au minimum parce que leur multiplicité finira par bloquer l'accès, retarder le processus et ne pas respecter les désirs du patient. Les répondants de l'échantillon représentatif n'ont pas exprimé de points de vue explicites sur ce point.

Certains répondants ont exprimé un point de vue différent concernant l'identification des mesures de sauvegarde, affirmant qu'un grand nombre de celles énumérées ne sont pas vraiment des mesures de sauvegarde, mais devraient déjà être en place comme éléments nécessaires du système canadien des soins de santé et être indépendantes des règlements qui permettront l'aide médicale à mourir, notamment « avoir de bonnes politiques nationales sur les soins palliatifs et les mesures de soutien pour les personnes handicapées ne s'inscrit en réalité que dans une saine politique de soins de santé ».

Citations :

- « Un grand nombre des éléments des écrans qui précèdent ne font qu'ajouter un retard indu pour les personnes qui éprouvent des souffrances physiques et mentales incroyables. Une politique nationale sur n'importe quoi prend des décennies. Les références vers un autre médecin (praticiens ou spécialistes) prennent des mois! Partons du principe que les gens connaissent leur capacité physique et mentale d'endurer la douleur et la souffrance. Si une personne veut partir, qu'elle parte. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Je crois qu'il faut nous donner de solides mesures de sauvegarde, mais elles ne doivent pas être onéreuses ni prendre du temps au point de retarder les choses, ni mettre en place de nombreux obstacles bureaucratiques au point que le processus devienne trop difficile et dissuade le patient de poursuivre dans cette voie ou de chercher à s'informer. Il doit y avoir un JUSTE équilibre. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Si je comprends bien la décision de la Cour suprême, il faut donner aux citoyens le droit de choisir de mourir. À l'heure actuelle, les personnes et leurs familles se sont vues privées de ce droit par les mesures de sauvegarde mises en place par les personnes qui veulent se protéger professionnellement et légalement. Il est temps de sauvegarder le droit des citoyens canadiens d'exercer librement ce choix. » (Répondant du grand public en anglais)
- « En instituant des barrières juridiques, on augmentera les souffrances du patient. Moins il y aura d'avocats impliqués dans l'aide médicale à mourir, mieux ce sera. De même, les comités de supervision ajouteront un important niveau supplémentaire de bureaucratie et de retard à une décision qui devrait revenir au patient seul, en consultation avec un professionnel de la médecine. Le patient devrait conserver le pouvoir. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Non, tout est clairement mentionné et en fin de compte, c'est le patient qui doit avoir le droit de décider de la fin de sa vie si elle n'est que souffrances physiques et psychologiques et qu'il n'y a plus aucune qualité de vie acceptable. » (Répondant du grand public)

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 3 : Opposition à l'aide à mourir

Résumé :

L'opposition à l'aide à mourir était au nombre des réponses les plus marquées du grand public à l'identification d'autres mesures de sauvegarde. Les répondants du grand public et de l'échantillon représentatif étaient d'avis qu'il est impossible de mettre en place des mesures de sauvegarde pour rendre la pratique acceptable, si bien qu'elle devrait être interdite par le Code criminel, certains allant même jusqu'à la considérer comme un meurtre.

L'opposition à l'aide à mourir est enracinée dans les points de vue suivants :

- **Convictions et religion** : L'aide à mourir a été qualifiée de « pratique immorale » allant contre les convictions fondamentales (« tu ne tueras pas »), un grand nombre soulignant que Dieu seul a le droit de mettre fin à une vie humaine et que la mort est l'aboutissement d'un processus qui doit suivre son cours naturel.
 - « Toute la paperasse et toutes les lois du monde ne sauraient rendre plus sûre l'aide médicale à mourir. C'est Dieu qui donne et qui prend la vie. Il nous donne des souffrances pour nous faire avoir confiance en Jésus qui nous fait la grâce de vivre chaque jour sur cette terre. Dieu peut aussi accomplir des miracles et guérir les personnes par la puissance de la prière. Les seules lignes directrices qui sont applicables dans ce cas sont dans la Bible. » (Répondant du grand public en anglais)
 - « La meilleure mesure de sauvegarde, c'est de lire la Bible et de reconnaître que c'est à Dieu seul de décider. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- **Assouplissement des critères d'admissibilité** : Cela reposait sur la conviction que, avec le temps, la pratique se répandra et débouchera sur des changements non prévus dans notre système de soins de santé et dans la société en général pour ce qui est de notre vision des options de soins et de la valeur que nous attachons à la vie humaine – « une fois franchie la ligne, toutes les mesures de sauvegarde qui pourraient être mises en place seront sujettes à des changements et des contestations sans fin ».

Des répondants ont mis en garde contre la « pente glissante » qui aurait sévi ailleurs, comme aux Pays-Bas et en Belgique. En particulier, les répondants étaient préoccupés par les abus possibles qui surviennent malgré les mesures de sauvegarde – les décès par euthanasie qui ne sont pas déclarés, l'euthanasie pratiquée sans consentement, l'euthanasie de nouveaux-nés ayant un handicap, et l'obtention de l'euthanasie en l'absence de maladie chronique.

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 3 : Opposition à l'aide à mourir (suite)

- **Assouplissement des critères d'admissibilité (suite) :**
 - « Les mesures de sauvegarde ne sont pas plus efficaces que la mesure dans laquelle elles sont mises en œuvre et appliquées. Avec le temps, l'aide médicale au suicide deviendra la norme généralement acceptée et les mesures de sauvegarde deviendront une pente glissante. » (Répondant du grand public en anglais)
 - « La normalisation de l'aide au suicide comme solution aux problèmes de fin de vie amènera la société à y voir une option à envisager. Inévitablement, cela fera naître des pressions pour inciter les patients à envisager cette option, surtout quand eux-mêmes ou leur famille estimeront que les soins requis seront un fardeau. » (Répondant du grand public en anglais)
 - « Toute notre société va changer : l'attitude sera qu'on peut en finir si l'on est déprimé et en phase terminale et que ses souffrances ne sont pas contrôlées. L'entraide en cas de maladie mentale, de maladie terminale ou de souffrances pour résoudre ces dilemmes fera place à la recherche d'un médecin pour faciliter le suicide. Quelle triste façon d'envisager les problèmes de notre vie! Nous devons construire une collectivité!. » (Répondant du grand public en anglais)
- **Protection des personnes vulnérables :** En lien avec l'inquiétude visant l'assouplissement des critères d'admissibilité, il y a la conviction que les mesures de sauvegarde ne sont pas suffisantes pour protéger les plus vulnérables de notre société – les pauvres, les marginalisés, des handicapés et les aînés – et empêcher le mal à leur égard.
 - « Les mesures de sauvegarde ne veulent rien dire lorsque la loi autorise un groupe de personnes puissantes (c.-à-d. médecins, proches) à tuer des patients vulnérables. Les mesures de sauvegarde n'empêchent pas d'abuser des personnes vulnérables. Elles nous confortent en nous faisant croire que nous avons fait tout notre possible lorsque surviennent les abus. Il vaut mieux dire non à tous les abus que de laisser certains patients vulnérables être oubliés par le système et être tués. » (Répondant du grand public en anglais)
 - « L'objectif principal est de mettre les plus vulnérables à l'abri du mal. L'interdiction de l'euthanasie est la meilleure façon. Autrement, il faut resserrer les restrictions et avoir souvent des contrôles judiciaires pour s'assurer du respect de la loi dans l'aide à mourir. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 3 : Opposition à l'aide à mourir (suite)

- **Érosion de l'éthique médicale** : Enfin, les arguments contre l'aide à mourir étaient enracinés dans des questionnements à savoir s'il est possible de demander à des médecins, des infirmiers ou d'autres professionnels de la santé de se livrer à des activités qui constitueraient une violation de l'éthique médicale fondamentale et du serment d'Hippocrate les engageant à soigner leurs patients et les rendraient « indignes » de traiter d'autres personnes.
 - « Les mesures de sauvegarde ne sont pas plus efficaces que leur degré de mise en œuvre et d'application. Avec le temps, le suicide médicalement assisté deviendra la norme généralement acceptée et les mesures de sauvegarde dévaleront la pente glissante. » (Répondant du grand public en anglais)
 - « Les médecins ne sont pas des bourreaux. Leur mission est de promouvoir la santé et de guérir. Ils ne devraient jamais se trouver en position d'avoir à exécuter une personne ou à recommander un bourreau pour le faire. » (Répondant du grand public en anglais)
- **Une gamme de mesures de soutien et de possibilités** : Les deux groupes ont signalé l'importance d'offrir du confort et des traitements qui ne comportent pas l'aide à mettre fin à une vie.

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 4 : Participation et aiguillage non obligatoires

Résumé :

Selon de nombreux répondants du grand public, il est important de « protéger la liberté de conscience » de tous les professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens). Les répondants étaient d'avis qu'ils ne devraient pas être forcés de participer à des pratiques (soit l'aide à mourir) allant à l'encontre de leur éthique médicale ainsi que de leurs convictions morales ou religieuses. Ce point de vue était partagé par quelques répondants de l'échantillon représentatif.

Un grand nombre ont fait valoir que les médecins ne devraient pas être obligés d'aiguiller des patients vers un médecin disposé à dispenser l'aide médicale à mourir; ils ont plutôt proposé la mise en œuvre d'un système d'auto-orientation qui éviterait d'imposer aux médecins le « fardeau » de référer. Dans ce système, il était suggéré que les patients pourraient effectuer eux-mêmes une recherche en ligne ou visiter un centre donnant les noms des médecins offrant le service dans leur collectivité. Les médecins estimant ne pas pouvoir participer à l'aide au suicide doivent être appuyés dans leur décision sans être soumis à des répercussions juridiques (amendes ou peines) ou à la discrimination, en particulier en ce qui concerne leur sécurité d'emploi.

Une solution de rechange proposée à la participation et à l'aiguillage comprend la création d'une nouvelle catégorie de professionnels ayant pour rôle d'aider à mourir. Cette solution aiderait à « exclure du tableau les médecins qui sont contre l'aide au suicide »; ils devraient toutefois référer un patient vers un de ces professionnels sur demande. Ces nouveaux professionnels seraient formés pour la bonne application des exigences et des techniques, à l'instar des autres professionnels tels les ingénieurs, les avocats, les médecins...

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 4 : Participation et aiguillage non obligatoires (suite)

Citations :

- « Tous les médecins et les travailleurs de la santé devraient pouvoir suivre leur conscience. Nous avons besoin d'eux. Ils ne devraient PAS avoir à aiguiller des patients vers l'euthanasie si cela va à l'encontre de leur conscience ou de leur religion. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Protéger explicitement la liberté de conscience de tous les médecins et travailleurs de la santé pour les laisser libres de refuser de participer, d'aiguillage ou de conseiller la mort d'un patient. Aucun autre territoire autorisant l'euthanasie ou le suicide assisté n'impose aux médecins ayant une objection de conscience l'obligation de référer vers l'aide à mourir. » (Répondant du grand public en anglais)
- « La liberté absolue dans toutes les provinces et tous les territoires sans représailles pour les médecins qui, par objection de conscience, refuseront de référer ou de participer à l'euthanasie. Je vois trop de personnes dans notre pays être forcées de vivre ou de travailler en allant contre leurs croyances ou leur conscience. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Il y a un grand risque pour le bien-être des fournisseurs de soins de santé qui participent à la prestation de ce « service ». Cela ne peut pas être une action requise dans leur agrément, autrement peu de ceux qu'on voudrait attirer dans cette profession voudront y entrer. Peu de fournisseurs de soins de santé seraient à l'aise avec cela. C'est pourtant un service très approprié dans le système canadien de la santé qui est essentiel dans les circonstances appropriées. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « L'exigence imposée aux médecins est déraisonnable parce que leur serment les engage à préserver la vie. Cela réforme leur profession et on risque d'avoir moins de médecins. Nous prenons le risque de changer et de perdre de précieux médecins au profit d'une race de médecins œuvrant dans une culture de la mort. Personnellement, je perdrai foi en ces professionnels. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 5 : Choix du patient / droit de mourir

Résumé :

Les répondants du grand public ont exprimé de manière prédominante l'opinion que chacun devrait avoir la liberté de choix, y compris le droit de contrôler son corps et sa vie, et de ne pas prolonger ses souffrances, en étant à l'abri de toute influence extérieure. Après avoir bien pesé l'information et les enjeux qui les touchent eux et leurs proches, les patients devraient avoir le droit de choisir l'aide médicale à mourir. Les deux groupes de répondants ont exprimé l'opinion que ce choix devrait s'accompagner du choix de changer d'avis. D'autres ont soutenu qu'il faut protéger la volonté de mourir du patient, dans la mesure où il satisfait aux conditions imposées par la Cour suprême.

Citations :

- « Je crois que la seule personne qui devrait pouvoir prendre la décision finale devrait être celle dont la vie est en cause. Je crois qu'un médecin peut offrir des options de fin de vie, mais ne devrait jamais pouvoir prendre une décision finale pour le patient, quel que soit son état mental ou physique. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Bien que les décisions devraient être soigneusement pesées et être conformes à un processus bien défini, l'“accord” d'un comité diversifié pour chaque décision de fin de vie menace encore une fois de priver le patient de son autonomie et de sa dignité. Les patients prennent une décision très difficile, qui devrait pouvoir être prise avec l'aide de leur médecin et des professionnels de la santé mentale, et être respectée. Ils ne devraient jamais avoir à demander la “permission” à un organisme externe. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Chacun devrait avoir le contrôle et avoir voix au chapitre dans ses décisions de fin de vie. Ce genre d'autonomie ne peut être assuré que si l'on comprend que la plupart des personnes choisiraient la vie, mais que, dans les cas où elle est devenue insupportable, il y a des façons de mettre fin à ses jours sans avoir à quitter sa maison ou son pays ou à souffrir en refusant un traitement. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Chacun aura un seuil différent pour ce qu'il définit comme le “point tournant”. Je crois que cela doit être pris en considération et respecté. Les médecins doivent apprendre à respecter et à protéger les désirs des patients. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 5 : Choix du patient / droit de mourir (suite)

Citations (suite) :

- « Il doit y avoir un mécanisme facilement accessible, toujours disponible, non punitif et simple permettant au patient de changer d'avis au sujet de toute demande de mettre fin à sa vie, n'importe quand, jusqu'au dernier moment. Autrement dit, la personne devrait avoir le droit et la capacité de changer d'avis tant qu'il n'est pas trop tard pour le faire. » (Répondant de l'échantillon représentatif en anglais)
- « Le patient ne devrait subir AUCUNE pression de ses proches ou de ses aidants lorsqu'il décide de mettre fin à sa vie. Les MÉDECINS devraient référer leurs patients s'ils REFUSENT de participer; c'est à la demande du patient. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Une fois que le patient a pris sa décision et qu'elle est jugée raisonnable et appliquée en toute connaissance de cause, les proches ne devraient pas avoir le droit d'intervenir. Je crois savoir que, à l'heure actuelle, les proches peuvent passer outre au désir du patient de faire un don d'organe. C'est mal et cela ne devrait pas être permis dans les situations de fin de vie. » (Répondant du grand public en anglais)
- « Il faut instaurer des mesures de sauvegarde pour veiller à ne pas refuser l'accès à un adulte compétent qui souffre d'une manière qui est inacceptable pour LUI. Pas inacceptable pour un psychologue, un médecin, ses proches ou toute autre personne. On ne peut juger pour quelqu'un d'autre. » (Répondant du grand public en anglais)
- « La capacité de mourir devrait être le choix du patient, une fois qu'il est informé des options et choisit quand même de mourir. L'aide à mourir ne devrait JAMAIS être une décision à soumettre à l'approbation d'un comité de professionnels. » (Répondant du grand public en anglais)
- « La mesure de sauvegarde la plus importante que nous devons envisager est de créer un système qui protège le droit de mourir exprimé par le patient, pourvu qu'il réponde aux conditions imposées par la Cour suprême. Ce droit fondamental ne doit pas être contourné par des systèmes bureaucratiques inaccessibles créés pour apaiser les préoccupations de la profession médicale et des groupes religieux. » (Répondant du grand public en anglais)

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 6 : Examen et supervision

Résumé :

En partageant leurs points de vue sur la façon d'atténuer les risques et les préjudices présumés de l'aide médicale à mourir pour les plus vulnérables, les répondants ont mentionné des processus ou des entités qui exerceraient une fonction d'examen ou de supervision avant que l'aide médicale à mourir soit accordée, de même qu'après à des fins de contrôle et d'évaluation.

Les principaux processus d'examen et de supervision suggérés par les répondants du cahier de questions incluaient les exigences suivantes :

- **Counselling** : Que les médecins réfèrent en counselling les patients pouvant souffrir de troubles psychiatriques ou psychologiques ou de dépression. La mort ne peut être consentie tant que le conseiller n'a pas confirmé que le patient ne souffre pas psychologiquement ou n'est pas en dépression.
- **Consentement** : Il a été suggéré d'avoir au moins deux témoins du consentement (un des témoins ne devant pas être un proche ni une personne ayant droit à une partie de la succession), et que tout le processus soit enregistré sur vidéo depuis le début de la demande jusqu'à la constatation du décès, en passant par la discussion avec les médecins, les audiences du comité, l'injection létale et la déclaration de la mort. Ces vidéos devraient être revues périodiquement et de façon indépendante par un comité mixte de médecins, d'avocats et d'éthiciens, et être immédiatement et entièrement accessibles pour tout juge, fonctionnaire de la cour ou parlementaire sur demande.

Il a aussi été mentionné que le consentement doit être donné de vive voix et par écrit, à au moins 15 jours d'intervalle, et peut être retiré n'importe quand et de n'importe quelle manière, sans égard à l'état mental du patient. Il est important d'avoir un processus écrit formel pour documenter une demande d'aide médicale à mourir, mais il ne doit pas être conçu de manière à constituer une entrave pour toute personne voulant mettre fin à sa vie – par exemple, les personnes peu alphabétisées ou pour qui il y a des obstacles au langage ou celles qui ont souffert d'un grave accident vasculaire cérébral. Ainsi, il faut faire tous les efforts pour que le processus soit aussi inclusif que possible, et notamment fournir d'autres formes de documentation aux patients incapables de rédiger physiquement une demande (vidéo, langage des signes). À l'inverse, de nombreuses personnes capables de communiquer clairement leur désir de mourir peuvent être intimidées par la tâche de rédiger une demande en bonne et due forme et pourraient n'avoir jamais rédigé elles-mêmes un document officiel. Il a donc été proposé de fournir les ressources pour permettre à ces personnes de rédiger une demande sans avoir à compter sur l'aide d'amis ou de proches qui pourraient les influencer.

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 6 : Examen et supervision (suite)

Résumé (suite) :

- **Validation** : On a fait valoir que c'est à ceux qui participent à l'administration de l'aide médicale à mourir qu'il doit incomber de produire la preuve de tierces parties que la demande d'aide à mourir n'est pas obtenue par coercition, dans chaque cas. L'incapacité de fournir cette preuve devrait entraîner des sanctions et d'autres répercussions pouvant aller jusqu'à des accusations criminelles.

Comme mécanisme pour appuyer la surveillance continue, les répondants du grand public ont, en très grande majorité, fait état de la nécessité d'un contrôle judiciaire, tous les trois ans, de l'ensemble des décès par suicide assisté. S'il s'avérait que la loi n'était pas respectée, il a été suggéré d'imposer un moratoire immédiat sur toute l'aide à mourir, le temps de modifier la loi pour prévenir d'autres préjudices.

Nombreux sont ceux qui ont également proposé la création d'une agence (relevant du ministre de la Justice ou formée par les sociétés ou les associations médicales canadiennes) ayant mandat de surveiller l'aide médicale à mourir pour s'assurer du respect de la loi. On a proposé une approche de « centre d'excellence » pour exercer un meilleur contrôle à l'échelle nationale afin de veiller à l'application uniforme des protocoles établis et de faciliter la constitution d'une banque de données statistiques fiables pour fins d'évaluation.

Parmi les autres processus ou entités d'examen et de supervision, les répondants du cahier de questions ont suggéré :

- **Audits et rapports des données** : Il devrait y avoir des audits, assortis de peines sévères pour quiconque prend ou aide à prendre une vie humaine sans en faire rapport; il y aurait lieu également de maintenir des dossiers publics indiquant qui a reçu des services d'aide médicale à mourir et qui a participé à la pratique, directement ou indirectement.
- **Comités d'éthique** : Le rôle de l'éthique est primordial dans la formulation de la politique concernant les mesures de sauvegarde.

Rétroaction qualitative sur d'autres mesures de sauvegarde

Thème 6 : Examen et supervision (suite)

Parmi les autres processus ou entités proposés, les répondants du cahier de questions ont suggéré (suite) :

- **Comités d'examen** : Pour surveiller et discuter chaque demande soumise par le médecin; cela devrait être un comité de concertation composé possiblement de médecins, d'infirmiers, de membres du public, de pharmaciens, de membres du clergé, etc., chargé de recueillir une évaluation objective et une approbation promptement . Ce comité servirait de soutien aux médecins pour qu'ils n'aient pas à prendre eux-mêmes la décision primaire. Le comité devrait être bien informé des lois ainsi que des conséquences médicales et morales de la décision. Il devrait y avoir un processus d'appel pour le patient. Les patients dont l'espérance de vie est supérieure à trois à six mois devraient demander un processus distinct et plus formel, comportant notamment un groupe d'examen formé d'experts (avocats, médecins, éthiciens) ou une audience.
- **Examens de conformité** : cet examen décidé par une commission externe aurait pour objet de vérifier que toutes les lignes directrices sont respectées (il devrait avoir lieu avant le décès plutôt qu'après), mais cela ne devrait pas imposer un délai déraisonnable – c.à.d. l'examen ne devrait pas ajouter plus que quelques semaines au processus.
- **Vérifications au hasard** : pour vérifier que le patient et le médecin se conforment à toutes les politiques.
- **Examens par les pairs** : pour permettre aux médecins (pas aux administrateurs ni au personnel des RH) d'évaluer d'autres médecins, afin d'établir et d'attester officiellement la vigueur et la robustesse des raisons pour lesquelles les médecins présidents offrent leurs services d'aide à mourir.
- **Ombudsmans fédéral et provinciaux** : pour vérifier que la législation et les soutiens appropriés et nécessaires sont en place.
- **Considérer la culture et la diversité dans l'accès à l'aide médicale à mourir** : les enjeux devraient aussi être pris en compte par le processus et surveillés; il y a, par exemple, déjà un nombre disproportionné de suicides d'Autochtones et de membres de Premières Nations au Canada. Il serait important de vérifier que cela n'est pas un facteur (ni pour ni contre) dans l'accès à l'aide médicale à mourir et, par conséquent, un organisme de supervision devrait avoir le pouvoir de supervision dans cette perspective. Les consommateurs, les patients, les familles et les citoyens devraient participer à la conception et à la supervision continue du processus, dans une perspective purement neutre (c.-à-d. ni médicale, ni légale, ni économique).

Évaluation du questionnaire du cahier de questions par les répondants

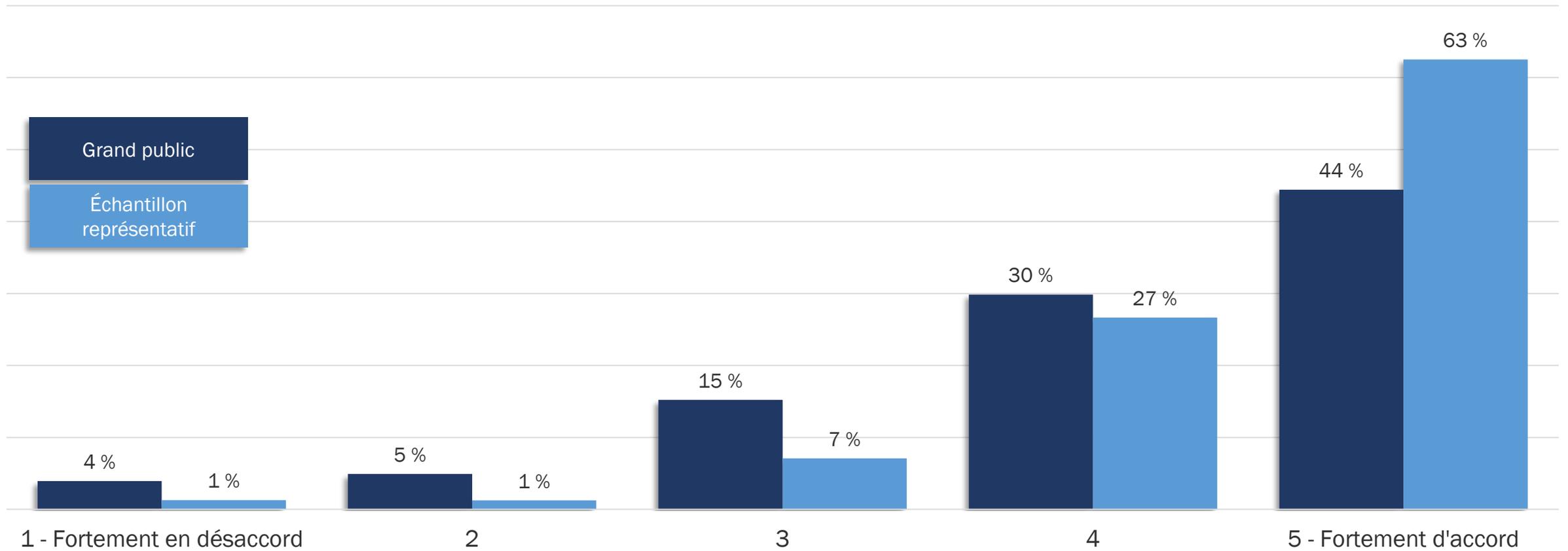
À la fin de chaque cahier de questions, les répondants étaient invités à évaluer leur expérience de la consultation et à commenter la manière dont l'information était présentée. Les pages qui suivent présentent les résultats des évaluations des répondants.

PRINCIPALES CONSTATATION

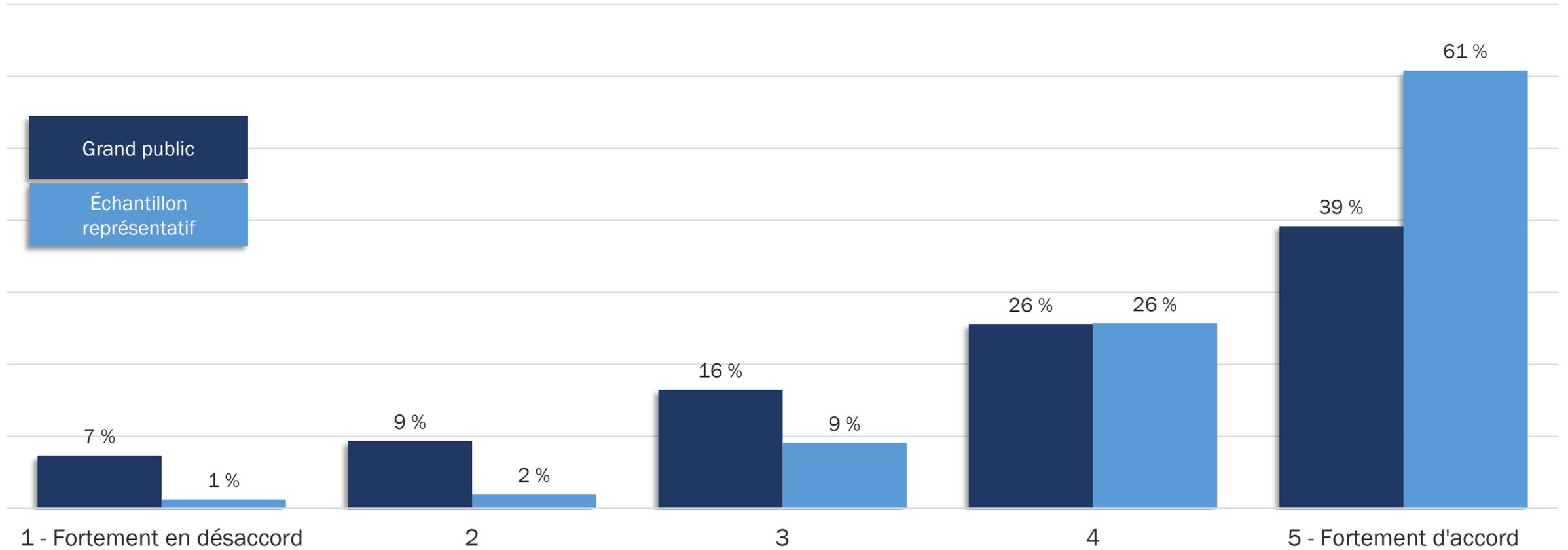
Les répondants, et surtout ceux de l'échantillon représentatif, se sont dits très satisfaits du processus de consultation :

- 90 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 74 pour cent des répondants du grand public ont indiqué que « L'information était présentée clairement » (2 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 9 pour cent des répondants du grand public étaient en désaccord);
- 87 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 65 pour cent des répondants du grand public ont jugé que « L'information était bien équilibrée entre les différents points de vue sur le sujet » (3 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 16 pour cent des répondants du grand public étaient en désaccord);
- 83 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 61 pour cent des répondants du grand public étaient d'avis que « La consultation en ligne vous a aidé(e) à en savoir plus sur les principaux enjeux et préoccupations » (3 pour cent des répondants de l'échantillon représentatif et 17 pour cent des répondants du grand public n'étaient pas d'accord).

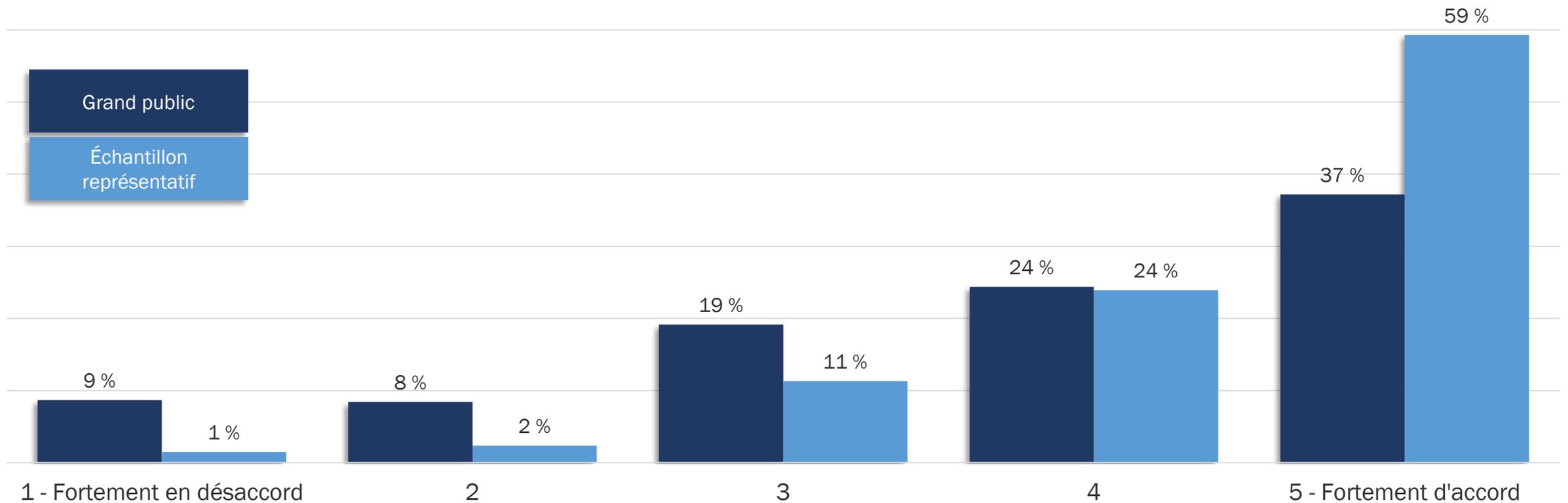
L'information était présentée clairement



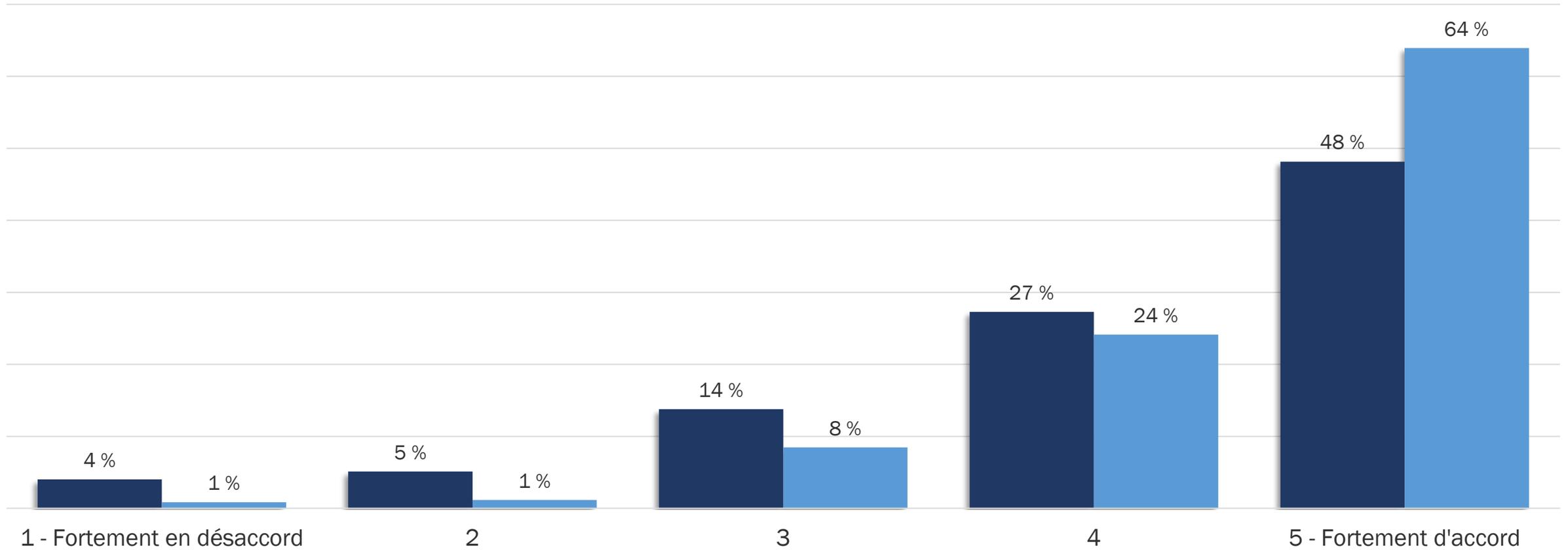
L'information dressait un portrait équilibré entre les différents points de vue sur le sujet



La consultation en ligne vous a aidé(e) à en savoir plus sur les principaux enjeux et préoccupations



La consultation en ligne vous a offert une bonne occasion d'exprimer vos points de vue sur ce sujet





Annexe B

Évaluation indépendante des résultats du Cahier de questions à l'intention du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*

Le 11 décembre 2015

Contrat n° 4500126656

Jenkins Research Inc., 126, av. Hinton Nord, Ottawa (Ontario) K1Y 1A1

rjenkins@jenkinsresearch.ca • 613-294-2988

Sommaire

La présente analyse conclut que le Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada (le Comité) peut et devrait utiliser les résultats de la consultation fondée sur la méthodologie du cahier de consultation ou du Livre des questions, car ces résultats décrivent bien les opinions des Canadiens sur la question. Par définition, la recherche exige de faire des choix et le résultat de ces choix influe sur la nature des constatations et des conclusions qui en découlent.

Il ne fait aucun doute que le Livre des questions a présenté l'enjeu aux répondants d'une façon unique qui diffère de l'approche habituelle du sondage. Il faut garder cet élément à l'esprit lorsqu'on évalue les questions et les réponses. De plus, les besoins et les intérêts du Comité définis dans son mandat ont orienté le processus de consultation. Les résultats ne sont pas ceux d'une enquête ouverte sur l'enjeu de l'aide médicale à mourir.

Comme c'est le cas pour toutes les recherches, la conception et l'analyse de la consultation comportent des points forts et des points faibles.

- Un des points forts du processus est sans l'ombre d'un doute l'ampleur de l'échantillon et le fait que même si tous les Canadiens étaient invités à participer à la consultation (et bon nombre d'entre eux l'ont fait) la participation libre a été compensée par un sondage fermé qui a été conçu pour représenter le plus fidèlement possible le caractère démographique du Canada (échantillon de la population générale). Le Comité peut situer les conseils qu'il a reçus des spécialistes et parties intéressées par le biais du Livre des questions et d'autres mémoires dans la perspective plus vaste du public canadien.
- Une des forces évidentes du processus est la capacité de faire des comparaisons claires sur la façon dont les gens perçoivent cet enjeu à partir d'une gamme de scénarios reposant sur des indices informationnels différents. Bien que les scénarios auraient pu être meilleurs, ils ont évidemment réussi à évaluer l'appui relatif puisque les versions du scénario créent un contexte de comparaison pour les répondants. Le rapport aurait pu décrire plus clairement le but du processus de scénarios et les déductions qui sont faites pour les lecteurs.
- Un des défauts est qu'un tout petit changement au scénario pourrait faire ressortir des éléments différents pour les répondants et modifier la répartition des opinions. Par conséquent, les réponses doivent toujours être évaluées à la lumière des scénarios. C'est important parce que rien ne nous permet de mesurer l'appui à l'aide médicale à mourir en tant qu'enjeu stratégique outre les scénarios qui ont mis en contexte l'information sur laquelle ils reposent.
- Le Livre des questions renferme pour les répondants une panoplie de renseignements et de contextes tant par le biais des scénarios qu'indépendamment de ceux-ci. Même si le présent examen n'a pas soumis le contenu à une analyse de biais, le Comité devrait comprendre que cette information (et l'absence d'autres renseignements) donne lieu à un contexte essentiel et probablement controversé dans lequel il faut interpréter les résultats.

À propos de l'auteur

Richard Jenkins, Ph. D., a plus de 15 ans d'expérience dans le domaine des études de marché et au cours de toutes ces années, il a participé à plus de 15 consultations utilisant des exercices qui ressemblent à celui du cahier de consultation. Il a directement contribué à plus de 250 sondages. L'annexe fournit plus de détails à propos de l'auteur.

Contexte et objectifs

Le Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada (le Comité) a retenu les services de Richard Jenkins de Jenkins Research Inc. pour effectuer un examen d'expert indépendant de la consultation en ligne fondée sur le Livre des questions que le Comité a menée. La consultation avait pour but de recueillir les opinions du public afin d'en tenir compte dans le processus de travail du Comité.

L'examen porte à la fois sur la méthodologie globale et la conception liée au questionnaire ou au cahier de consultation qui a servi à recueillir les opinions des Canadiens.

L'examen a comporté les étapes suivantes :

- revoir le questionnaire du Livre des questions qui a servi à recueillir la rétroaction, ainsi que la description de la méthodologie utilisée dans l'ensemble;
- revoir le rapport découlant des points de vue du public en s'attardant particulièrement à la façon dont l'information a été présentée, y compris toute qualification de la validité et de l'interprétation des données¹;
- consulter au besoin les principales parties intéressées sur la structure du cahier de consultation²;
- examiner les critiques externes exprimées par rapport à la méthodologie³;
- rédiger un rapport d'examen de la consultation en ligne qui aborde les points suivants :
 - les avantages et inconvénients de l'outil de recherche utilisé et de l'approche globale;
 - la valeur et la fiabilité des données recueillies et servant au rapport, selon l'auteur du présent examen.

L'approche adoptée dans le présent examen d'expert part du principe qu'il est essentiel de comprendre trois questions lorsqu'il faut examiner un programme de recherche, à savoir :

- L'étude a-t-elle été réalisée d'une manière conforme aux principes du plan de recherche? En d'autres termes, le processus du cahier de consultation correspondait-il à l'interne aux principes acceptés pour cette forme de recherche?
- Y a-t-il raison de croire que la recherche était conçue de façon à biaiser les réponses?
- L'analyse et les recommandations reposent-elles sur des preuves? Cela signifie qu'il faut déterminer non seulement si les recommandations découlent des véritables réponses, mais également si ce genre d'étude peut donner lieu à ces recommandations.

Il est à noter que même si Richard Jenkins est spécialisé dans les méthodologies et les consultations en matière d'études de marché, il n'a qu'une connaissance générale de l'enjeu de l'aide médicale à mourir.

¹ Examen de l'ébauche du rapport préliminaire de 2015 sur les résultats de la consultation sur l'aide médicale à mourir fondée sur le Livre des questions.

² En plus d'une séance d'information donnée par le personnel du panel, conversation avec l'entreprise de recherche retenue pour mener la consultation après la révision et l'évaluation complètes du matériel fourni.

³ Consultation au cours de l'examen d'un rapport rédigé par Geordie McRuer, Ph. D., intitulé « A Methodological Analysis of the Issues Book Survey on Doctor-Assisted Dying » (le 4 novembre 2015). Même si l'examen fait mention à quelques reprises du rapport McRuer, il ne s'agit en aucun cas d'une réponse au rapport.

Analyse de la méthodologie

La consultation en ligne fondée sur le Livre des questions qu'a menée le Comité exigeait l'élaboration d'un livre des questions ayant pour but de comprendre ce que pensent les Canadiens de cet enjeu de l'aide médicale à mourir.

La meilleure façon d'entamer toute discussion sur la méthodologie qui a servi à recueillir les opinions du public dans le présent cas est de comprendre que l'approche diffère grandement des sondages d'opinion publique traditionnels. Alors que les sondages comptent habituellement un ensemble de questions généralement neutres conçues pour saisir les points de vue du public sur certaines questions, l'approche du cahier de consultation vise précisément à ne pas être seulement une mesure de ce que pensent les répondants, mais de mieux comprendre le rôle que jouent sur leurs opinions l'information et la sensibilisation aux divers arguments.

La technique du cahier de consultation prend sa source dans les notions de démocratie délibérative et de scrutin délibératif selon lequel un échantillon représentatif de la population est constitué et les personnes qui en font partie reçoivent de l'information et ont l'occasion d'exprimer leurs points de vue⁴. Bien que le processus du Livre des questions n'a pas inclus de groupe de discussion pour les répondants, il a tenté de ne pas se limiter à poser de simples questions. Le Canada utilise depuis longtemps les techniques de consultation à l'aide d'un cahier de consultation.

Avantages d'un processus fondé sur un cahier de consultation

- Lorsqu'il s'agit de sujets auxquels les gens n'ont pas vraiment réfléchi, la divulgation d'information peut faire en sorte que les participants à la consultation partent tous du même contexte et que celui-ci les aide à évaluer les questions précises plus facilement qu'ils pourraient le faire sans cette information.
- Il veille à ce que les répondants s'expriment sur les choix stratégiques précis à l'étude et ne donnent pas simplement de vagues réponses en fonction de leurs valeurs.

Inconvénients et défauts d'un processus fondé sur un cahier de consultation

- Étant donné que les résultats découlent d'un processus où les répondants ont obtenu de l'information, ils peuvent ne pas correspondre à ceux provenant d'autres sondages auprès de la population.
- Par définition, l'information et la structure du cahier de consultation influent grandement sur les résultats. Si le cahier n'est pas conçu de façon à présenter l'information importante ou les options stratégiques de façon adéquate, les résultats seront par conséquent biaisés.

L'approche retenue diffère clairement des sondages traditionnels, mais il s'agit d'une méthode éprouvée pour obtenir des réflexions plus poussées en matière de politique publique.

⁴ Un grand défenseur des formes pratiques de démocratie délibérative est James Fishkin (1995) *The Voice of the People*. New Haven : Yale University Press.

Analyse de l'échantillon

Qui participe à la consultation est un facteur important dans une recherche, mais l'approche choisie par le Comité retirer ce qu'il y a de mieux d'une consultation ouverte et d'un exercice contrôlé de sondage d'opinion publique.

Deux groupes ou échantillons distincts de Canadiens ont répondu au même instrument et les données ont été analysées séparément. Un groupe *ouvert de consultation publique* comprend quiconque a pris connaissance de la tenue de la consultation par divers moyens et choisi de remplir le cahier de consultation. Un deuxième échantillon contrôlé de membres de la *population générale* a été constitué à même un comité en ligne et pondéré afin de représenter la population du Canada.

La raison de constituer deux échantillons distincts est que les membres de la population générale sont plus habitués aux consultations traditionnelles où quiconque qui est intéressé peut s'exprimer. Ce groupe s'intéresse davantage au sujet en question et sera plus vocal dans les débats publics. *Le Comité doit comprendre, comme il le ferait pour tous les mémoires reçus de parties intéressées, que la participation des particuliers et des groupes était motivée par un intérêt quelconque.*

L'échantillon de la population générale a pour but de saisir ce que le Canadien moyen pense sur le sujet. L'utilisation d'un panel en ligne, tâche qui a été confiée dans ce cas-ci à Léger Marketing, constitue une approche raisonnable. Les panels en ligne sont des outils standards d'étude de marché en vertu desquels les participants sont recrutés par une combinaison de méthodes pour répondre en ligne à des sondages, selon les besoins de l'entreprise. Bien que les membres de la plupart des panels de recherche proposent eux-mêmes d'y participer, leur choix n'est pas en fonction d'un quelconque enjeu stratégique public (personne ne savait qu'il fallait faire partie du panel de Léger pour pouvoir répondre au Livre des questions), de sorte que le panel ne devrait pas fondamentalement être biaisé. De plus, les données utilisées pour la population générale ont été pondérées afin de s'assurer que le profil des répondants reflétait la population canadienne.

Observations

- Défaut : L'utilisation d'un panel en ligne dont les membres ne sont pas recrutés de façon aléatoire ne permet pas d'avoir recours à une marge d'erreur ni à d'autres méthodes de calcul des probabilités statistiques⁵.
- Force : La recherche en ligne est une pratique généralement acceptée et largement répandue pour effectuer de façon rentable une étude de marché ou une recherche en matière de politiques.

L'approche à l'égard des deux échantillons est conforme aux pratiques exemplaires utilisées dans l'industrie et ne devrait pas présenter un grave risque en ce qui concerne l'interprétation des résultats. Alors que certains peuvent favoriser une méthode de recrutement aléatoire, le Comité ne devrait pas hésiter à évaluer les données des deux échantillons.

⁵ Le recrutement aléatoire est utilisé pour certains panels.

Le Livre des questions

Le Livre des questions se divise en quatre sections. Après la collecte de données démographiques et autres données liées au profil du répondant, un jeu de scénarios est présenté pour arriver à comprendre les conditions qui justifieraient l'appui à l'aide médicale à mourir. Le Livre des questions décrit ensuite séparément les risques, puis les mesures de protection. Du point de vue du concept, il est logique de constituer le cahier de consultation de la sorte, surtout compte tenu du mandat du Comité⁶.

Lorsqu'il est question d'évaluer le cahier de consultation ou tout autre questionnaire, il faut être conscient que le fait même de poser des questions orientera les réponses et les données fournies. Le choix des mots, le pointage et le libellé des questions influent évidemment sur les résultats. Il n'y a pas d'opinion véridique qu'il suffit de mesurer avec le bon outil. C'est pourquoi la façon juste d'évaluer le cahier de consultation n'est pas de critiquer les questions en fonction de leur constitution, à moins qu'elles ne biaisent délibérément les résultats, mais plutôt de comprendre comment les questions et la structure du cahier limitent ou restreignent l'analyse des résultats et leur fiabilité.

- **Scénarios** : Il y a quatre scénarios généraux qui englobent des situations allant d'une maladie grave qui menace la vie à un problème de santé mentale. Les scénarios mettent l'accent sur « qui devrait avoir accès à l'aide médicale à mourir » (page 8). Dans chaque scénario, des scénarios secondaires ajoutent des précisions au scénario général.
 - Il est important de noter que dans les scénarios il n'y a pas de description des raisons pour lesquelles la personne devrait ou ne devrait pas avoir accès à l'aide médicale à mourir. On s'attend à ce que les répondants conçoivent une explication en fonction de l'information reçue. Par exemple, dans le scénario portant sur un problème de santé mentale, rien n'explique pourquoi cette personne devrait pouvoir avoir accès ou ne pas avoir accès à l'aide médicale à mourir.
 - Cette approche comporte deux *points forts* : 1) les répondants peuvent évaluer une situation concrète et 2) il est possible d'observer l'impact qu'entraîne l'ajout d'un contexte dans les autres scénarios secondaires (par exemple, le pourcentage des membres de l'échantillon représentatif qui sont tout à fait d'accord dans le scénario 2 passe de 13 % à 6 % lorsqu'il est mentionné que l'événement est récent).
 - *Défauts* Un défaut de cette approche est que les scénarios peuvent porter flanc à des critiques sur la façon dont ils sont élaborés et l'information qui y est fournie (par exemple, McRuer 2015). Il y a des raisons de croire que les scénarios auraient pu être mieux élaborés et moins ambigus. Dans chacun des scénarios, le répondant doit formuler des hypothèses à propos de l'information non incluse (p. ex., à quel moment une personne pourra avoir accès à un médecin pour l'aider à mourir). Toutefois, il n'y a pas de façon parfaite d'élaborer des scénarios.
 - *Choix des scénarios et versions modifiées* L'élaboration de quatre scénarios généraux, auxquels s'ajoutent divers scénarios précis qui sont à la fois réalistes et portent sur une variété de situations véritables possibles qui justifieraient l'aide médicale à mourir, est évidemment

⁶ Inévitablement, les répondants ont vraiment eu accès à plus d'information et celle-ci était présentée de façon à répondre aux besoins et aux intérêts du Comité.

- difficile et peut entraîner la confusion et exposer le processus à des critiques. Alors que les scénarios semblent développer les notions soulevées dans l'arrêt de la Cour (en fonction de l'information fournie au répondant), il est utile de comprendre les éléments avec lesquels les Canadiens sont à l'aise ou ne le sont pas. Une meilleure explication de la raison pour laquelle les scénarios ont été utilisés et la nature des déductions faites en fonction des réponses aux scénarios généraux et aux scénarios secondaires contextuels ajouterait à la qualité du rapport.
- **Risques** : La section sur les risques évalue le risque en fonction du niveau de préoccupation par rapport à une gamme de plus de 30 risques différents pour les patients handicapés, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les soins palliatifs et la société dans son ensemble.
 - *Points forts* : La portée de la consultation était vaste et les éléments nous ont permis d'avoir une compréhension plus nuancée de l'opinion des Canadiens sur les répercussions de l'aide médicale à mourir. Étant donné que les éléments sont présentés de façon aussi importante les uns que les autres, les répondants les évalueront en tant que diverses préoccupations.
 - *Défauts* :
 1. Les préoccupations servent à saisir les réactions généralement négatives à l'autorisation de l'aide médicale à mourir, mais certains des éléments sont multidimensionnels et nous ne pouvons en aucune façon déterminer la mesure dans laquelle le public juge que chacun de ces risques constitue un problème.
 2. On présente ces éléments comme des risques, mais il serait plus adéquat de les voir comme des répercussions (p. ex., « la normalisation des points de vue de la société sur l'aide à mourir comme solution de rechange à d'autres moyens de s'attaquer à la souffrance » pourrait se faire, mais selon votre conception de l'enjeu vous pourriez juger cette question comme un point positif et non comme une préoccupation.
 - **Mesures de protection** : La dernière section de fond du Livre des questions porte sur l'importance que les Canadiens accordent à la présence de 22 mesures de protection, ce qui inclut des périodes d'attente et des campagnes publiques de sensibilisation.
 - *Points forts* : Même si les questions sont nombreuses, elles sont présentées de manière à ce que les répondants puissent vraiment déterminer les mesures de protection importantes ou non importantes, ce qui fait ressortir le genre de politiques qu'ils veulent, mais aussi les préoccupations qu'ils pourraient avoir à l'égard de l'aide médicale à mourir.
 - *Défauts* : Bien des questions comportent des explications qui ont pour but de fournir aux répondants un contexte supplémentaire pour leur évaluation. Il serait raisonnable de croire que ce contenu a façonné les réponses et il faudrait en faire mention dans le rapport, car ce serait induire le lecteur en erreur de n'inclure que le texte de la question. La plupart de ces explications ont pour but, selon l'auteur, d'exposer pourquoi les mesures de protection seraient nécessaires; il serait donc trompeur de déduire qu'il s'agit d'opinions arrêtées de la part des Canadiens sur les mesures de protection. Si on présentait les défauts de ces mesures de protection ou les raisons justifiant de ne pas les avoir, les résultats pourraient être différents.

Les questions comprises dans le cahier de consultation auraient certainement pu être mieux formulées pour pouvoir mieux saisir les opinions du public sur les enjeux, mais tout pris en considération je suis d'avis, en ma qualité d'expert, qu'elles n'empêchent pas de tirer des conclusions raisonnables sur ce que pensent les répondants compte tenu de l'information qui leur a été présentée. Le rapport qui met l'accent davantage sur l'importance relative de différents facteurs et/ou sur l'impact de l'information tend à faire des déductions et à tirer des conclusions à un haut niveau.

Il est à noter qu'il existe un risque que d'autres personnes interprètent les résultats sans tenir compte des limites de ce genre de questions. Ainsi, le rapport pourrait comprendre une réflexion sur l'utilisation idéale des données.

Conclusions

Il y a lieu de revenir sur les trois questions générales posées au début du présent rapport d'examen.

L'étude a-t-elle été réalisée d'une manière conforme aux principes du plan de recherche? En d'autres termes, le processus du cahier de consultation correspondait-il à l'interne aux principes acceptés pour cette forme de recherche?

Réponse : Oui. Même si tous ne sont pas d'accord qu'une approche consultative du genre peut être utile ou valable, l'instrument est disponible, les échantillons ont été créés, un rapport a été rédigé en fonction de normes raisonnables et celui-ci ne fait pas de déductions non justifiées par les données présentées.

Y a-t-il raison de croire que la recherche était conçue de façon à biaiser les réponses?

Réponse : Le plan global de recherche ne comporte aucun biais évident, si ce n'est celui créé par le fait que le Comité semble mettre l'accent sur son mandat. L'utilisation de l'arrêt de la Cour suprême pour mettre en contexte l'information contribue sans l'ombre d'un doute à structurer le Livre des questions d'une certaine façon, alors que cette structure pourrait être très différente avec un point de départ différent. La nature des questions sur les mesures de protection qui ont surtout pour but de fournir de l'information sur leur raison d'être, par exemple, reflète l'objet du mandat du Comité.

L'analyse et les recommandations reposent-elles sur des preuves? Cela signifie qu'il faut déterminer non seulement si les recommandations découlent des véritables réponses, mais également si ce genre d'étude peut donner lieu à ces recommandations.

Réponse : Oui. L'analyse globale telle que présentée dans le rapport est conforme aux données fournies. Il serait utile d'avoir une analyse plus poussée et une description plus explicite dans le rapport des limites et des objectifs des questions ainsi formulées.

Annexe : À propos de Richard Jenkins

En 2009, Richard Jenkins a créé Jenkins Research Inc., qui se spécialise dans les services en matière d'études de marché à l'intention d'organismes des secteurs public et privé. Jenkins Research peut offrir les mêmes services qu'une grande entreprise tout en assurant la collaboration étroite avec un partenaire de confiance. Au cours de sa carrière, il a collaboré à plus de 250 études.

Avant de créer sa propre entreprise, Richard a travaillé pendant plus de cinq ans à titre de vice-président à TNS Canadian Facts où il était responsable de toute la recherche pour le secteur public (y compris les sociétés de la Couronne) et pendant deux ans chez Les Associés de recherche EKOS. Il a été boursier de recherches postdoctorales et professeur adjoint à l'Université Queen's, pendant deux ans.

Richard détient un baccalauréat spécialisé et une maîtrise en sciences politiques de l'Université Queen's et un doctorat en sciences politiques de l'University of British Columbia. Il a publié des articles dans de nombreuses revues savantes à comité de lecture, notamment dans le Canadian Journal of Market Research et la Revue canadienne de science politique, et plusieurs livres sous la direction d'un éditeur.

Richard a beaucoup d'expérience en matière de projets de consultation publique et connaît bien le processus du cahier de publication puisqu'il a participé à plus de 15 projets du genre. Ses services ont également été retenus par des clients pour évaluer d'autres recherches sur d'autres sujets.

Poste actuel : Président de Jenkins Research Inc.

Études : Ph. D. en sciences politiques, University of British Columbia, 1999
Maîtrise en sciences politiques, Université Queen's, 1994
Baccalauréat spécialisé en sciences politiques, Université Queen's, 1992

Au cours des 7 dernières années, Jenkins Research Inc. a participé à plus de 90 projets pour une variété de clients et portant sur une gamme diversifiée de problèmes d'affaires.

Liste restreinte de clients

TD Canada Trust
Exposition nationale canadienne
Association des professionnels en ressources humaines
MiWay (Transport en commun de Mississauga)
Gouvernement du Canada
Postes Canada
Fondation SickKids
Transport en commun de Hamilton
Centre canadien pour l'éthique dans le sport
LCBO
Primus
ATB
Tourisme du nord-est de l'Ontario
Canadian Tire
CIBC
Banque de Montréal
CIRA
Association pulmonaire de l'Ontario

Antécédents professionnels :

Vice-président et directeur des services de recherche en opinion publique, TNS Canadian Facts (2003-2009)

Membre de l'équipe de la haute direction de TNS Canadian Facts et du comité sur le secteur mondial de TNS Global M. Jenkins assumait la responsabilité de l'orientation intellectuelle générale et de la gestion de projet pour tous les travaux concernant le secteur public (y compris les sociétés de la Couronne). Ces travaux comprenaient les sondages d'opinion publique traditionnels, les études de marché pour des sociétés de la Couronne et l'évaluation de programmes.

Expert-conseil principal, Les Associés de recherche EKOS, 2001-2003

Il devait notamment assurer la gestion de projet de trois produits de recherche multiclients entre 2001 et 2003 (*Rethinking Government*, *Rethinking Citizen Engagement* et *Public Security Monitor*) en plus de projets de recherche quantitative personnalisés pour certains clients. Ses tâches comprenaient le marketing, la liaison avec les clients, la conception des recherches, l'analyse (y compris les techniques avancées de segmentation), la production de rapports et la présentation des résultats aux hauts dirigeants.

Mandat restreint, Professeur adjoint et boursier de recherches postdoctorales du CRSH, 1999-2001, Université Queen's (Kingston, en Ontario)

Entre autres responsabilités en matière d'enseignement, il devait donner des cours au premier cycle et de niveau supérieur dans le domaine des méthodes statistiques et de recherche, des élections et de l'opinion publique et des politiques canadiennes. Ses recherches et ses publications ont surtout porté sur l'analyse statistique secondaire de données sur l'opinion publique relative aux politiques gouvernementales, ainsi qu'à l'attitude et aux valeurs des Canadiens.

Distinctions

Bourse de recherches postdoctorales du Conseil de recherches en sciences humaines (1999-2001)

Bourse de recherches doctorales du Conseil de recherches en sciences humaines (1997-1999)

Bourse doctorale de l'université (1996-1997)

Publications

Goodman, S., D. Hammond, F. Pillo-Blocka, T. Glanville et R.W. Jenkins. (2011) "Use of Nutritional Information in Canada: National Trends between 2004 and 2008." *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(5), pp. 356 à 365.

Rudin-Brown, C.M., Jenkins, R.W., Whitehead, T. et Burns, P.C. (2009). « Could ESC (Electronic Stability Control) change the way we drive? » dans *Traffic Injury Prevention*, 10(4), pp. 340 à 347. Jenkins, Richard. 2007. « Voters Lack Commitment: Canada » dans *Public Opinion Polling in a Globalized World*. Carballo et Hjelmar (dir. de publ.). Londres : Springer. Pp. 153 à 173.

- Jenkins, R.W.(2005) « A Lack of Commitment: The Key to Voter Turnout » dans *Canadian Journal of Market Research*. 22.1: 15-21.
- Jenkins, R.W. (2005) « Mass Media and Third Party Insurgency » dans *Capturing Campaign Effects*. Johnston et Henry Brady (dir. de publ.). University of Michigan Press.
- Jenkins, R.W. (2003) « More Bad News: The Uneasy Relationship between the Reform Party and the Media » dans *The Media and Neo-Populist Movements: Processes of Media Construction of Political Reality*, sous la direction de G. Mazzoleni, B. Horsfield et J. Stewart (Praeger).
- Graves, F. et Jenkins, R.W. (2002) « Canadian Attitudes Towards Productivity: Balancing Standard of Living and Quality of Life » dans *The Review of Economic Performance and Social Programs 2002* (Montréal : IRPP). Andrew Sharpe, France St-Hilaire et Keith Banting (dir. de publ.).
- Jenkins, R.W. (2002) « How Campaigns Matter: Priming and Learning as Explanations for Reform's 1993 Campaign Success ». *Revue canadienne de sciences politiques*, 35(2).
- Jenkins, R.W. et Cutler, F. (2001) « Where One Lives and What One Thinks: Implications of Rural-Urban Opinion Cleavages for Canadian Federalism ». *State of the Federation 2001*. (Institut des affaires intergouvernementales : Kingston)
- Jenkins, R.W. et Mendelsohn, M. (2001) « The Media and Referendum Campaigns » dans *Referendums and Democracy: The Impact of Referendums on Liberal-Democratic Politics*. M. Mendelsohn et A. Parkin (dir. de publ.). (Palgrave).
- Jenkins, R.W. (2001) Critique du livre *Seeing Spots: A Functional Analysis of Presidential Television Advertisements, 1952-1996* (Westport, au Connecticut : Praeger, 1999) dans *Revue canadienne de sciences politiques*, 34(1).
- Jenkins, R.W. (2001) « The Media, Voters, and Election Campaigns: the Reform Party and the 1993 Election » dans *Political Behaviour: Theory and Practice in a Canadian Context* (Toronto : Oxford). Joanna Everitt et Brenda O'Neil (dir. de publ.)
- Johnston, R., Fournier, P. et Jenkins, R.W. (2000) « Party Location and Party Support: Unpacking Competing Models » *Journal of Politics*. 62 (4) : pp. 1145 à 1160.
- Jenkins, R.W. (1999) « How Much is Too Much? Media Attention and Popular Support for an Insurgent Party ». *Political Communication* 16 (4) : pp. 429 à 445.
- Jenkins, R.W. (1998) « Untangling the Politics of Electoral Boundaries in Canada, 1993-1997 » dans *American Review of Canadian Studies*. 28 (4) : pp. 517 à 538.
- Jenkins, R.W. (1996) « Public Opinion, the Media and the Political Agenda » dans *Expanding Our Political Horizons: A Journal of Readings in Canadian Politics* (Toronto : Harcourt Brace). James Guy (dir. de publ.)



Annexe C

Liste des consultations avec les parties intéressées



Le 15 décembre 2015



Liste des consultations avec les parties intéressées

Intervenants dans la cause *Carter*, organismes de réglementation du secteur de la santé, et parties intéressées

Consultations auprès de 92 représentants, issus de 46 organisations qui représentent environ 749 415 membres**, et de deux requérants

Ottawa – 6 organisations; 15 représentants (représentant environ 397 044 membres) :

1. **Association canadienne de soins palliatifs** – *représente environ 3 000 membres*
 - Sharon Baxter, directrice générale
 - Tamir Virani, agent de communication
2. **Société canadienne de psychologie** – *représente environ 7 000 membres*
 - D^r Keith Wilson, psychologue clinicien, Centre de réadaptation de l'Hôpital d'Ottawa; professeur agrégé de médecine et psychologie à l'Université d'Ottawa
 - Meagan Hatch, gestionnaire, Affaires publiques et communications
3. **Association médicale canadienne** – *représente environ 80 000 membres*
 - D^{re} Cindy Forbes, présidente
 - Cécile Bensimon, directrice
 - Azin Moradhassel, conseillère principale, Relations gouvernementales
 - Louise Sweatman, conseillère juridique
4. **Association des infirmières et infirmiers du Canada** – *représente environ 151 404 membres*
 - Anne Sutherland Boal, directrice générale
 - Josette Roussel, infirmière-conseillère principale
5. **Association for Reformed Political Action Canada** – *représente environ 30 000 chrétiens réformés*
 - André Schutten, conseiller juridique
 - John Sikkema, avocat
6. **Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada** – *représente environ 125 000 membres*
 - Chantal Léonard, directrice générale
 - Elaine Borg, conseillère juridique
 - Mei St-Cyr, assistante judiciaire

**Ce nombre reflète le nombre total des membres affiliés à chacune des organisations. Le nombre ne reflète pas le nombre total d'individus représentés, certains pouvant être affiliés à plusieurs organisations. Ce nombre correspond à un nombre minimal, l'information au sujet des individus affiliés à plusieurs organisations n'étant pas disponible.



Montréal – 3 organisations; 14 représentants (représentant environ 1 225 membres) :

7. **Collectif des médecins contre l'euthanasie** – *représente environ 700 membres*
 - D^{re} Catherine Ferrier, présidente
 - Aubert Martin, directeur général de Vivre dans la Dignité (organisation partenaire)
 - Michel Racicot, vice-président de Vivre dans la Dignité (organisation partenaire)
 - D^{re} Caroline Girouard, oncologue, Hôpital du Sacré-Cœur; professeure associée de médecine, Université de Montréal
 - D^r Patrick Vinay, ancien doyen, Faculté de médecine, Université de Montréal; ancien président, Fonds de recherche en santé du Québec; ancien directeur des soins palliatifs, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
8. **MedPASS** – *composé de 5 membres*
 - Félix Couture, candidat M.D., C.M., promotion 2018, Université McGill
 - Koray Demir, candidat M.D., C.M., promotion 2018, Université McGill
 - Michael Lang, candidat B.C.L/L.LB., promotion 2018, Université McGill
 - Zachary Shefman, candidat B.C.L/L.LB., promotion 2018, Université McGill
 - Mark Woo, candidat M.D., C.M., promotion 2018, Université McGill
9. **Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité** – *représente environ 520 membres*
 - D^r Georges L'Espérance, président
 - Hélène Bolduc, fondatrice et ancienne présidente
 - D^{re} Nacia Faure, médecin palliativiste et endocrinologue retraitée
 - D^r Marcel Boisvert, médecin palliativiste retraité

Vancouver – 5 organisations; 14 représentants (représentant environ 4 302 membres); et deux requérants :

10. **Euthanasia Prevention Coalition – Colombie-Britannique** – *représente environ 225 membres et organisations membres*
 - D^r Williard Johnston, président
 - Susan House, directrice générale – Catholic Health Association of British Columbia et Denominational Health Association
11. **Protection of Conscience Project** – *composé de 7 employés et bénévoles*
 - Sean Murphy, administrateur
12. **Un réseau de médecins de la Colombie-Britannique** – *représente environ 70 membres*
 - D^r Ed Dubland, médecin palliativiste; coordonnateur médical, Burnaby Palliative Care Program; médecin de famille, Collingwood Medical Clinic
 - D^r Constant H. Leung, médecin de famille, Collingwood Medical Clinic



- D^{re} Jennifer Y. Tong, médecin de famille, Collingwood Medical Clinic
- D^{re} Sherry Chan, omniopraticienne en oncologie, BC Cancer Agency
- D^r Luke Chen, hématologue et directeur du programme de résidence, division d'hématologie, Hôpital général de Vancouver et Université de la Colombie-Britannique
- D^{re} Margaret Cottle, médecin palliativiste, programmes de soins palliatifs de la Vancouver Coastal Health Authority et de la Fraser Health Authority

13. British Columbia Civil Liberties Association – *représente environ 1 000 membres*

- Josh Paterson, directeur général
- Grace Pastine, directrice du contentieux
- Howard Shapray, partenaire, Shapray Cramer Fitterman Lamer LLP
- Elayne Shapray, militante pour l'aide médicale à mourir

Requérants dans la cause *Carter c. Canada* (ont rencontré le Comité en même temps que la British Columbia Civil Liberties Association)

- Lee Carter, militante pour l'aide médicale à mourir
- Hollis Johnson – militant pour l'aide médicale à mourir

14. Société de la médecine rurale du Canada – *représente environ 3 000 membres*

- D^r John Soles, président

Winnipeg – 2 organisations; 6 représentants (représentant environ 60 000 membres) :

15. Alliance catholique canadienne de la santé – *composée de 12 organisations présentes dans 110 hôpitaux catholiques, centres de santé communautaire, maisons de soins infirmiers et établissements de soins de longue durée, avec un effectif de plus de 60 000 employés*

- Michael Shea, président-directeur général
- Daniel Lussier, président du conseil d'administration, Alliance catholique canadienne de la santé; directeur général, Corporation catholique de la santé du Manitoba
- Gordon Self, vice-président, Mission, éthique et spiritualité, Covenant Health in Alberta

16. Conseil des Canadiens avec des déficiences – *composé de 17 organisations membres*

- James Hicks, coordonnateur national
- Rhonda Wiebe, co-présidente, Comité sur l'éthique en fin de vie du CCD
- Jim Derksen, membre, Comité sur l'éthique en fin de vie du CCD



Toronto – 30 organisations; 43 représentants (représentant environ 287 484 membres) :

17. **Association des médecins indigènes du Canada**
 - D^r Alike Lafontaine, vice-présidente
18. **Association canadienne pour l'intégration communautaire** – *représente environ 40 000 membres*
 - Michael Bach, vice-président exécutif
19. **Dying with Dignity Canada**
 - Wanda Morris, présidente-directrice générale
 - Shanaaz Gokool, directrice des opérations
20. **Coalition pour la prévention de l'euthanasie** – *représente environ 15 000 membres*
 - Alex Schadenberg, directeur général
 - Hugh Scher, conseiller juridique
21. **Association des pharmaciens du Canada** – *représente environ 39 000 membres*
 - Philip Emberley, directeur des affaires professionnelles
 - Joelle Walker, directrice des relations gouvernementales
22. **Le Collège des médecins de famille du Canada** – *représente environ 30 000 membres*
 - D^{re} Francine Lemire, directrice générale et chef de la direction
23. **Société canadienne des médecins en soins palliatifs** – *représente environ 350 membres*
 - D^{re} Susan MacDonald, présidente
24. **Alliance des chrétiens en droit** – *représente environ 600 membres*
 - Derek Ross, directeur exécutif
 - John Sikkema, conseiller juridique associé
 - Ruth Ross, membre
25. **Conseil unitarien du Canada** – *représente environ 5 150 membres*
 - Vyda Ng, directrice exécutive
26. **Réseau juridique canadien VIH/sida** – *représente environ 120 membres et organisations membres*
 - Richard Elliott, directeur général
27. **Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques** – *représente environ 500 membres*
 - D^r Thomas Bouchard, président
 - D^r Renata Leong
28. **Association canadienne de soins spirituels** – *représente environ 1 100 membres*
 - Marc Doucet, président
29. **Association des psychiatres du Canada** – *représente environ 4 700 membres*
 - D^r Sonu Gaind, président
 - Glenn Brimacombe, président-directeur général



30. **La Ligue catholique des droits de l'homme** – *représente environ 10 000 membres*
 - Christian Domenic Elia, directeur exécutif
 - Philip Horgan, président
31. **Association canadienne des libertés civiles** – *représente environ 6 500 membres*
 - Cara Faith Zwibel, directrice du programme des libertés fondamentales
32. **Alliance évangélique du Canada** – *composée de sociétés affiliées incluant 65 organisations d'ordre religieux, 38 institutions d'enseignement, 47 confessions et environ 7 000 congrégations locales, totalisant environ 2 000 000 personnes*
 - Bruce Clemenger, président
 - Julia Beazley, analyste des politiques
33. **Fédération des ordres de médecins du Canada** – *composée de 13 organismes de réglementation médicale provinciaux et territoriaux, pour un total combiné d'environ 89 630 membres*
 - D^r Douglas A. Grant, président
 - Fleur-Ange Lefebvre, directrice générale et chef de la direction
 - Louise Marcus, directrice des affaires professionnelles
34. **Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique** – *représente environ 11 361 membres*
 - Graeme Keirstead, conseiller juridique
35. **Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta** – *représente environ 10 345 membres*
 - Sarah Thomas, conseillère principale
36. **Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan** – *représente environ 2 264 membres*
 - Bryan Salte, registraire adjoint et conseiller juridique
37. **Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba** – *représente environ 2 682 membres*
 - Lynne M. Arnason, conseillère générale
38. **Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario** – *représente environ 33 386 membres*
 - D^r Rocco Gerace, registraire
39. **Collège des médecins du Québec** – *représente environ 22 608 membres*
 - D^r Yves Robert, secrétaire
40. **Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick** – *représente environ 1 761 membres*
 - D^r Ed Schollenberg, registraire
41. **Collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse** – *représente environ 2 477 membres*
 - D^r Douglas A. Grant, registraire
42. **Collège des médecins et chirurgiens de l'Î.-P.-É.** – *représente environ 338 membres*
 - D^r Cyril Moyse, registraire



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada*
Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



43. **Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve et Labrador** – *représente environ 1 289 membres*
 - D^{re} Linda Inkpen, registraire
44. **Yukon Medical Council** – *représente environ 253 membres*
 - D^r Michael Noseworthy, registraire
45. **Christian Medical and Dental Society of Canada** – *représente environ 1 700 membres*
 - Larry Worthen, directeur général
 - D^{re} Diane Haak, présidente
 - D^r Donato Guglietta, vice-président
46. **Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada** – *représente environ 44 000 membres*
 - D^r Kevin Imrie, Président



Annexe D

Liste des consultations auprès d'experts



Le 15 décembre 2015



Liste des consultations auprès d'experts

Les experts étaient des universitaires, des avocats, des conseillers en politiques, des défenseurs, des médecins, des représentants du gouvernement et d'autres professionnels de diverses disciplines incluant les droits de la personne, la santé, la condition des personnes handicapées, la bioéthique et la philosophie.

73 experts consultés au cours de 52 rencontres menées dans 5 pays

Canada – 26 experts; 18 rencontres :

1. **Professeure Susan Sherwin** – professeure-chercheure émérite, Département de philosophie et Département d'études sur le genre et études féminines, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
2. **Professeure Jocelyn Downie** – professeure de droit, vice-doyenne aux études supérieures, Schulich School of Law, Faculté de médecine, Université Dalhousie
3. **Anna MacQuarrie** – directrice, Initiatives mondiales, politique et droits de la personne, Inclusion International
4. **Professeure Dianne Pothier** – B.A. (avec distinction) (Dalhousie), M.A. Science politique (Carleton), LL.B. (Dalhousie)
5. **Steven Estey** – agent des droits de la personne, Organisation mondiale des personnes handicapées
6. **M^e Jean-Pierre Ménard** – Ménard, Martin, Avocats; **M^e Michelle Giroux** – Professeure titulaire, Faculté de droit, Université d'Ottawa
7. **Professeure Jocelyne St-Arnaud** – professeure associée aux Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et prévention, École de santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM)
8. **Brian L. Mishara** – directeur du CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie), professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
9. **D^r David J. Roy** – chercheur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal
10. **L'honorable Sharon Carstairs** – ancienne sénatrice et ministre responsable des soins palliatifs
11. **D^{re} Isabelle Marcoux** – professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
12. **Professeur Eike-Henner Kluge** – Département de philosophie, Université de Victoria
13. **Joshua T. Landry** – Centre de bioéthique Champlain; **D^r Thomas Foreman** – directeur, Centre de bioéthique Champlain; **Michael Kekewich** – consultant en éthique, Hôpital d'Ottawa
14. **D^{re} Mary Shariff** – professeure adjointe, Faculté de droit, Université du Manitoba
15. **D^{re} Carrie Bourassa** – professeure, Santé des Premières Nations, Université des Premières nations du Canada
16. **Yude M. Henteleff** – avocat en droits de la personne et défenseur des soins palliatifs



17. **David Baker** – avocat des droits des personnes handicapées, Bakerlaw; **Rebeka Lauks** – avocate des droits des personnes handicapées, Bakerlaw
18. Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir
 - **D^{re} Jennifer Gibson** (coprésidente) – directrice du Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto
 - **Maureen Taylor** (coprésidente) – adjointe au médecin dans le domaine des maladies infectieuses et journaliste médicale
 - **D^r Doug Cochrane** – administrateur de la sécurité des patients et de la qualité pour la Colombie-Britannique et président du Patient Safety and Quality Council de la Colombie-Britannique
 - **D^{re} Jocelyn Downie** – professeure à la faculté de droit et de médecine de l'Université Dalhousie
 - **D^{re} Nuala Kenny** – professeure émérite en bioéthique à l'Université Dalhousie et ancienne conseillère en éthique et en politiques sur la santé à l'Alliance catholique canadienne de la santé
 - **D^r Trevor Theman** – registraire du College of Physicians and Surgeons of Alberta

Oregon, États-Unis – 15 experts; 11 rencontres :

1. **Kelly Hagan** – membre du groupe de travail neutre qui a œuvré à l'élaboration de directives pour la *Death with Dignity Law* de l'Oregon
2. **Kathryn Tucker** – Disability Rights Legal Center
3. **Eli Stutsman** et **Peg Sandeen** – Death with Dignity National Center
4. **Barb Hansen** – Oregon Hospice Association
5. **D^r Kenneth R. Stevens Jr.** et **D^r Charles Bentz** – Physicians for Compassionate Care Education Fund
6. **Bob Joondeph** – Disability Rights Oregon
7. **Barbara Glidewell** – ancienne protectrice du citoyen et directrice des relations avec les patients de l'Oregon Health Sciences University Hospital
8. **Sue Porter, Kat West, Peter Reagan** – Compassion and Choices
9. **D^{re} Katrina Hedberg** – médecin, épidémiologiste de l'État
10. **D^{re} Linda Ganzini** – psychiatre/gériatre
11. **Marilyn Golden** – Disability Rights Education and Defense Fund

Pays-Bas – 13 experts; 7 rencontres :

1. Rencontre avec des représentants du gouvernement des Pays-Bas
Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports :
 - **D^{re} M.C.H. (Marianne) Donker**, directrice de la Santé publique et directrice générale adjointe de la Santé



- **R.J. (Jim) Terwiel**, LLM, coordonnateur des politiques et administrateur général, division de l'Éthique
- **E.F. (Lineke) Bloemberg**, M.Sc., agente de la politique de l'euthanasie, division de l'Éthique

Ministère de la Sécurité et de la Justice :

- **M. (Maartje) van der Linden**, LLM, conseillère principale en éthique médicale

Comités régionaux d'examen de l'euthanasie :

- **N.E.C. (Nicole) Visée**, LLM, secrétaire générale des Comités régionaux d'examen de l'euthanasie

2. **Professeur J.J.M. van Delden**, Université d'Utrecht
3. Association médicale royale des Pays-Bas
 - **D^r Eric van Wijlick** – conseiller principal des politiques
 - **D^r Aart Hendricks** – professeur en droit de la santé, conseiller juridique
4. **D^r Paul J. Lieveise** – Cancer Institute, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam
5. **Professeur Johan Legemaate** – Université d'Amsterdam
6. Commission parlementaire sur la Santé, le Bien-être et les Sports
 - **Renske Maria Leijten** – Parti socialiste
 - **Linda Voortman** – Parti Green Left
7. **Rob Jonquière** – directeur des communications, World Federation for Right to Die Societies (WFRtDS), KNMG

Belgique – 10 experts; 9 rencontres :

1. **Professeur Étienne Montero** – doyen, Faculté de droit, Université de Namur
2. **Benoit Mores** – conseiller au ministère fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique
3. **D^r Joris Vandenberghe** – professeur de psychiatrie à l'Université catholique de Louvain et membre du Comité consultatif belge sur la bioéthique
4. **Professeur Luc Deliens** – président du Groupe de recherche sur les soins de fin de vie à l'Université libre de Bruxelles (ULB) et à l'Université de Gand; **Professeur Kenneth Chambaere** – chercheur, Groupe de recherche sur les soins de fin de vie à l'Université libre de Bruxelles (ULB) et à l'Université de Gand
5. **Els Van Hoof** – députée fédérale du Parti Flemish Christian-democratic party (CD&V)
6. **Sénateur Jean-Jacques De Gucht** – membre du Sénat belge et du Parlement flamand (Open VLD – Flemish Liberals)
7. **Jaqueline Herremans** – présidente, Association pour le droit de mourir dans la dignité Belgique (ADMD)
8. **D^r Gert Huysmans** – médecin en soins palliatifs et président, Fédération des soins palliatifs en Flandre
9. **Professeur Herman Nys** – professeur en droit de la santé, à l'Université catholique de Louvain



Suisse – 8 experts; 7 rencontres :

1. **Silvan Luley** – directeur général, Dignitas
2. **Bernhard Sutter** – directeur général, Exit
3. **D^r Georg Bosshard** – responsable, Éthique clinique, Université de Zurich
4. **Jürg Vollenweider** – procureur en chef, région See/Oberland
5. Office fédéral de la justice :
 - **Bernardo Stadelmann** – directeur adjoint
 - **Corine Klöti**
6. **D^r Karim Boubaker** – Médecin cantonal du Canton de Vaud
7. **D^r Steffen Eychmuller** – responsable du Centre de soins palliatifs, Inselspital



Annexe E

Résumés des transcriptions des consultations auprès des parties intéressées et des experts



Le 15 décembre 2015



Annexe E – Résumés des transcriptions des consultations avec des parties intéressées et des experts

Introduction

Le Comité externe a rencontré 73 experts de partout au Canada ainsi que de l’Oregon, des Pays-Bas, de la Belgique et de la Suisse. Il a également mené des consultations auprès de 92 représentants de groupes parmi lesquels des intervenants dans la cause *Carter*, des organismes de réglementation du secteur de la santé et des organisations concernées. Les discussions ont principalement porté sur les critères d’admissibilité, la définition des principaux termes, les risques de l’aide médicale à mourir pour les individus et la société en général, les mesures de sauvegarde susceptibles de combattre les risques et enfin, les procédures d’évaluation des demandes d’aide médicale à mourir.

Les enjeux de première importance pour les parties intéressées et les experts incluaient comment rendre l’aide médicale à mourir aussi respectueuse que possible des droits de tous les Canadiens, faire en sorte que les soins palliatifs soient davantage disponibles dans l’ensemble du pays, protéger la liberté de conscience des médecins, du personnel infirmier et des autres travailleurs de la santé, l’aiguillage des médecins opposés à l’aide médicale à mourir, et comment surveiller et appliquer strictement les mesures de sauvegarde. Plusieurs des individus rencontrés se préoccupaient également de réduire les risques que pose l’aide médicale à mourir sur les membres les plus vulnérables de notre société, notamment les personnes souffrant d’un handicap mental ou physique.

Ce document présente un résumé et des informations complémentaires de chacune des transcriptions préparées pour ces rencontres. Des transcriptions ont été préparées pour l’ensemble des consultations avec les parties intéressées ainsi que pour 42 des 51 consultations menées auprès des experts, des services de transcription n’ayant pu être coordonnés pour toutes les consultations auprès des experts européens.

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
1	Johan Legemaate	Université d'Amsterdam	Amsterdam	9/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Johan Legemaate :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de santé et sociaux liés à l'autonomie et à la vulnérabilité; • Des critères d'admissibilité relatifs à l'âge, aux mineurs matures, à un problème de santé grave et irrémédiable, à la maladie mentale, aux souffrances persistantes, à la capacité à consentir à un traitement médical, aux directives anticipées, et au caractère volontaire; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la prise en compte de consultations supplémentaires (avec évaluations psychiatrique, en soins palliatifs et de la vulnérabilité), le rôle de la famille, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système exigeant des données accessibles, des examens périodiques et une application des règlements; et • Diverses considérations concernant l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, les droits en ce qui concerne l'objection de conscience, le devoir de référer ou d'informer, la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification, et la possibilité que se conformer de bonne foi offre une protection supplémentaire. 	Anglais
2	Paul J. Lieveise	Cancer Institute, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam	Rotterdam	9/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Paul J. Lieveise :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tour d'horizon de l'aide médicale à mourir et des soins palliatifs en Hollande; • L'aide médicale à mourir est pratiquée dans les hôpitaux et dans des cliniques indépendantes; certains patients – en particulier les plus jeunes – vont dans les cliniques s'ils ne peuvent pas avoir accès à l'hôpital; • Lorsqu'ils sont offerts sous un même toit, l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs sont source de conflits; • L'inégalité d'accès – les riches et ceux qui ont des relations ont un meilleur accès aux soins; et • Il est en faveur d'une distanciation entre l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
3	Renske Maria Leijten; Linda Voortman	Commission parlementaire sur la Santé, le Bien-être et les Sports	La Haye	9/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Commission parlementaire sur la Santé, le Bien-être et les Sports :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de santé et sociaux liés à la vulnérabilité; • Une comparaison entre l'euthanasie et le suicide assisté; • Des critères d'admissibilité relatifs à l'âge, aux mineurs matures, à un problème de santé grave et irrémédiable, à la maladie mentale, à la capacité de consentir à un traitement médical et aux directives anticipées; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées accessibles concernant le patient et des examens périodiques; et • Diverses considérations concernant les droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience et leur devoir de référer ou d'informer. 	Anglais
4	Rob Jonquière	World Federation for Right to Die Societies	Amsterdam	9/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Rob Jonquière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de santé et sociaux liés à l'autonomie et à l'inégalité d'accès aux soins de santé; • Une comparaison entre l'euthanasie et le suicide assisté; • Des critères d'admissibilité relatifs à l'âge, aux adultes mineurs, à un problème de santé grave et irrémédiable, à la maladie mentale, aux souffrances persistantes et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde exigeant l'avis de deux médecins ou plus, un consentement éclairé du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, la prise en compte de consultations psychiatriques supplémentaires, le rôle de la famille, des périodes d'attente proportionnées, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des examens périodiques; • Diverses considérations concernant l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, les droits en ce qui concerne l'objection de conscience, leur devoir de référer ou d'informer; la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification, la discussion concernant l'aide médicale à mourir entre le patient et le médecin, et la possibilité que se conformer de bonne foi offre une protection supplémentaire aux travailleurs de la santé; et • Les risques liés à la pente glissante et à des mesures de sauvegarde trop restrictives. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
5	Étienne Montero	Doyen, Faculté de droit, Université de Namur	Bruxelles	9/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Étienne Montero :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est quasi impossible de maintenir et de faire appliquer des conditions strictes relativement à l'aide médicale à mourir; • Le système de contrôle belge procède à un examen après la mort du patient. Il est impossible de confirmer si le patient a donné son consentement ou si les options de traitement lui ont été expliquées de manière adéquate. Dans ce sens, les exigences de la loi peuvent être strictes mais en l'absence de contrôles, leur efficacité n'est pas claire; • La Commission de contrôle approuve de plus en plus l'aide médicale à mourir pour des patients souffrant de dépression, de démence ou de troubles psychiatriques; et • Les incidences socioculturelles de la loi transforment ce qui était une exception en quelque chose d'anodin. 	Bilingue
6	Benoit Mores	Conseiller au ministère fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique	Bruxelles	9/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Benoit Mores :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évolution politique de l'aide médicale à mourir en Belgique; • Les adultes mineurs; • Les problèmes suscités par les demandes anticipées, limitées à cinq ans (exemple de la maladie d'Alzheimer); • Les conséquences pour les autres : la famille, les amis, les médecins, les travailleurs de la santé, la société; • Il ne voit pas la pente glissante; • Il n'y a pas de compilation en ce qui concerne la sédation palliative; • Un patient ne peut être transféré d'une installation où l'aide médicale à mourir n'est pas dispensée; et • Il conseille au Canada d'éviter de faire un débat autour des soins palliatifs par rapport à l'aide médicale à mourir. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

Annexe E

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
7	Joris Vandenberghe	Professeur de psychiatrie à l'Université catholique de Louvain et membre du Comité consultatif belge sur la bioéthique	Bruxelles	9/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Joris Vandenberghe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle des psychiatres dans l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir émanant de patients ne souffrant pas d'une maladie terminale; • En Belgique, il existe des processus distincts pour ceux qui ont et n'ont pas une maladie terminale; • Un processus complexe et multidimensionnel pour déterminer : a) la capacité à prendre des décisions, b) s'il convient ou non d'approuver l'aide médicale à mourir; • La loi assume que les patients sont compétents; il incombe de prouver l'incapacité. Il faut aussi déterminer si la souffrance du patient est intolérable et sans possibilité de soulagement; • La frontière entre normal et pathologique est floue et évolue continuellement; • Il est souvent difficile de faire la distinction entre la pathologie et une crainte normale; • Le rôle de la famille; • Trois étapes d'approbation : par les médecins, un psychiatre, et le Comité d'éthique; • Un critère important est l'impossibilité d'alléger médicalement la souffrance; et • En Hollande, une ligne directrice interdit l'accès à l'aide médicale à mourir si toutes les options de soulagement n'ont pas été essayées. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
8	Kenneth Chambaere; Luc Deliens	Luc Deliens : professeur en santé publique et soins palliatifs à l'Université libre de Bruxelles (ULB) et à l'Université de Gand; Kenneth Chambaere : sociologue, chercheur, Groupe de recherche sur les soins de fin de vie à l'Université libre de Bruxelles (ULB) et à l'Université de Gand	Bruxelles	9/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Kenneth Chambaere et Luc Deliens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie et à la nécessité de bons soins palliatifs; • Une comparaison entre l'euthanasie et le suicide assisté; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la prise en compte du consentement éclairé du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, le rôle de la famille et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées accessibles concernant le patient, la collecte de données tant auprès du patient que du médecin, la spécification dans les registres de décès, et des enjeux entourant le financement ciblé; et • Diverses considérations concernant les droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience, leur devoir de référer ou d'informer et la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une autorisation. 	Anglais
9	Els Van Hoof	Députée fédérale du Parti Flemish Christian-democratic party	Bruxelles	9/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Els Van Hoof :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de santé et sociaux liés à la nécessité de bons soins palliatifs; • Des critères d'admissibilité relatifs à la maladie mentale, à un problème de santé grave et irrémédiable, à des souffrances persistantes, à la capacité de consentir à un traitement médical et aux directives anticipées; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées accessibles à propos du patient, la collecte de données tant auprès du patient que du médecin, et des examens périodiques; et • Les risques liés à la pente glissante. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
10	Gert Huysmans	Médecin en soins palliatifs et président, Fédération des soins palliatifs en Flandre	Bruxelles	9/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Gert Hursmans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garder ensemble l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs; • Les consultations multidisciplinaires sont préférables ainsi que l'inclusion de la famille; • Un débat permanent à savoir jusqu'où la loi devrait aller; • Il s'inquiète que des soins palliatifs inadéquats augmentent la demande pour l'aide médicale à mourir; • Forum d'information sur la fin de vie : un mouvement visant à élargir l'aide médicale à mourir et à former des médecins sur la manière de donner des conseils en matière d'aide médicale à mourir; • Les droits du patient; • Les divisions au sein du pays; et • La Flandre désire libéraliser l'accès, les personnes plus âgées ont des sentiments différents concernant le vieillissement, les médecins et l'aide médicale à mourir. 	Anglais
11	Herman Nys	Professeur en droit de la santé, à l'Université catholique de Louvain	Bruxelles	9/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Herman Nys :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évolution de l'aide médicale à mourir et pourquoi il est incorrect de parler de pente glissante; • En vertu de la loi belge, les médecins ne sont pas tenus de pratiquer l'aide médicale à mourir; • En Belgique et en Hollande, il n'existe pas un droit à l'aide médicale à mourir, seulement le droit de demander l'aide médicale à mourir; • La Belgique a une Commission de contrôle et d'évaluation unique et aucun cas n'a jamais été renvoyé au procureur public (ce qui est requis si les deux tiers des membres de la Commission sont d'avis qu'il y a un problème); • En Belgique, l'aide médicale à mourir est juridiquement considérée comme une mort de cause naturelle (en ce qui concerne les assurances); • Aider une personne à se suicider ne constitue pas un crime en Belgique (ne pas aider une personne menacée par un danger grave est un crime); • Il interprète la décision de la CSC et le côté inusité de considérer l'aide médicale à mourir comme un enjeu de droit à la vie; il est en désaccord avec le raisonnement qui fait correspondre le retrait de traitements et l'aide au suicide; et • Ne faites pas un droit de l'aide médicale à mourir; en agissant ainsi, vous éliminez une mesure de sauvegarde. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
12	Jacqueline Herremans	Membre, Commission fédérale de contrôle de l'évaluation de l'euthanasie	Bruxelles	9/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Jacqueline Herremans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de santé et sociaux liés à l'autonomie, à l'inégalité d'accès aux soins de santé, et à la nécessité d'avoir de bons soins palliatifs; • Des critères d'admissibilité relatifs aux mineurs matures, à un problème de santé grave et irrémédiable, aux souffrances persistantes, aux directives anticipées, à la prise de décision par autrui et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires (avec des psychiatres et des spécialistes), l'assurance qu'il y a un consentement éclairé de la part du patient, les périodes d'attente proportionnées, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des examens périodiques; et • Diverses considérations liées aux droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience et leur devoir de référer ou d'informer. 	Anglais
13	Sénateur Jean-Jacques De Gucht	Membre du Sénat belge et du Parlement flamand (Flemish Liberals)	Bruxelles	9/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le sénateur Jean-Jacques De Gucht :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux de santé et sociaux liés à l'autonomie et à la nécessité de bons soins palliatifs; • Des critères d'admissibilité relatifs aux mineurs matures, à un problème de santé grave et irrémédiable, à la maladie mentale, aux souffrances persistantes et aux directives anticipées; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, la prise en compte de consultations psychiatriques supplémentaires, le rôle de la famille, et des périodes d'attente proportionnées; • Une surveillance du système grâce à des examens périodiques; et • Diverses considérations liées aux droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience et leur devoir de référer ou d'informer, la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification, et le risque de magasiner son médecin. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
14	Silvan Luley	Directeur général de Dignitas	Forch	9/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Silvan Luley :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière l'existence de Dignitas témoigne de l'échec des systèmes juridique et de santé de la Suisse à répondre aux désirs de ses citoyens; • Les inhibitions, les tabous et les malentendus sont la cause de nombreux problèmes liés à l'aide médicale à mourir; • Un tour d'horizon détaillé du système suisse; • De quelle manière la plupart des cas d'aide médicale à mourir sont pratiqués à domicile; • Le rôle de Dignitas et de quelle manière les étrangers restent typiquement quatre ou cinq jours et se livrent à deux visites médicales; et • Tous les cas sont examinés par des autorités judiciaires après le fait. 	Anglais
15	Bernehard Sutter	Directeur général de Exit	Zurich	9/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Bernehard Sutter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle d'Exit et de quelle manière l'organisation conseille 3 000 personnes par année, aide environ 600 suicides, prépare nombre de testaments de vie, et fournit une aide juridique pour aider à faire respecter les testaments de vie; • Il est impossible d'interdire la mort, on peut seulement la rendre plus ou moins humaine; et • Comment et pourquoi Exit fonctionne en Suisse. 	Anglais
16	Georg Bosshard	Responsable, Éthique clinique, Université de Zurich	Zurich	9/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Georg Bosshard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie, à l'inégalité d'accès aux soins de santé, et à la nécessité de bons soins palliatifs; • Des critères d'admissibilité relatifs aux mineurs matures, à un problème de santé grave et irrémédiable, à la maladie mentale, aux souffrances persistantes, aux directives anticipées, et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires (avec des médecins en soins palliatifs et des spécialistes), l'assurance qu'il y a consentement éclairé de la part du patient, le rôle de la famille, et des périodes d'attente proportionnées; • Une surveillance du système grâce à des examens périodiques et l'application des règlements; et • Diverses considérations relatives aux droits des médecins et des institutions en ce qui concerne l'objection de conscience, le devoir de référer ou d'informer et la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
17	Corine Klöti; Bernardo Stadelmann	Membres de l'Office fédéral de la Justice en Suisse	Berne	9/08/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Corine Klöti et Bernardo Stadelmann :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différentes catégories d'euthanasie : l'euthanasie directe active (le meurtre délibéré) est illégale, alors que l'euthanasie indirecte active (la sédation palliative) est généralement considérée permise; l'euthanasie passive, soit le retrait ou la discontinuation de mesures de prolongement de la vie, est également légale; et • L'examen approfondi de motivations potentiellement égoïstes de la part de ceux qui prêtent assistance aux suicides. 	Anglais
18	Karim Boubaker	Aministrateur en chef de la santé publique du canton	Berne	9/08/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Karim Boubaker :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le contexte historique de l'aide médicale à mourir en Suisse; • L'évolution de la médecine et les incidences sur la société; et • La différence d'opinions entre un canton et son voisin. 	Anglais
19	Steffen Eychmüller	Responsable du Centre de soins palliatifs, Inselspital	Berne	9/08/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Steffen Eychmüller :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les polémiques en Suisse à propos de l'aide médicale à mourir; • L'utilisation de directives anticipées; • Les liens entre le système de santé et l'économie; • De quelle manière l'aide médicale à mourir est découragée en Suisse; • Les échanges relatifs au suicide assisté ont mené à une stratégie nationale concernant les soins palliatifs; • Les coûts sont un gros enjeu; les compagnies d'assurance ne veulent pas payer; la formation en soins palliatifs est onéreuse; et • La commission suisse a tenté d'élaborer des critères fiables liés au suicide assisté, mais n'y est pas parvenue. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
20	Peter Korchnak; Peg Sandeen; Eli Stutsman	Death With Dignity National Center	Oregon	10/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Death with Dignity National Center :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussion juridique impliquant la répartition des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux au Canada, et la mise en oeuvre de l'aide médicale à mourir aux États-Unis; • Les enjeux sociaux et de santé liés à la vulnérabilité; • Des critères d'admissibilité relatifs à la résidence, aux souffrances persistantes et à la maladie terminale; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires (auprès d'un psychiatre et d'un médecin en soins palliatifs), l'assurance qu'il y a consentement éclairé du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées accessibles, la collecte de données tant auprès du patient que du médecin, un financement ciblé et la spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins, les droits en ce qui concerne l'objection de conscience, et la mise en place d'un organe indépendant pouvant aider les travailleurs de la santé relativement à l'aiguillage. 	Anglais
21	Kathryn Tucker	Disability Rights Legal Center	Oregon	10/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Disability Rights Legal Center :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une discussion juridique à propos de l'histoire de l'aide médicale à mourir aux États-Unis; • Une comparaison entre les divers types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à la maladie mentale, la maladie terminale, la capacité de consentir à un traitement médical, et l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant des consultations supplémentaires (auprès de psychiatres et de spécialistes), l'assurance qu'il y a consentement éclairé du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, et des périodes d'attente proportionnées; • Une surveillance du système avec application des règlements; et • Diverses considérations liées aux droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience et le devoir de référer ou d'informer. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
22	Kelly Hagan	Oregon Death With Dying Task Force	Oregon	10/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Kelly Hagan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à la résidence et à la maladie terminale; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations psychiatriques supplémentaires, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, des périodes d'attente proportionnées, et la mise en place d'un comité décisionnel; • Une surveillance du système avec spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, les droits en ce qui concerne l'objection de conscience, le devoir de référer ou d'informer, et la mise en place d'un organe indépendant pouvant aider les travailleurs de la santé relativement à l'aiguillage. 	Anglais
23	Barb Hansen	Oregon Hospice Association	Oregon	10/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Barb Hansen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie et la nécessité de meilleurs soins à domicile; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à la maladie mentale, à la maladie terminale et aux souffrances persistantes; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires (auprès d'un psychiatre et d'un médecin en soins palliatifs), l'assurance qu'il y a consentement éclairé du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, le rôle de la famille, et des périodes d'attente proportionnées; • La spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, les droits en ce qui concerne l'objection de conscience, le devoir de référer ou d'informer, et la mise en place d'un organe indépendant pouvant aider les travailleurs de la santé relativement à l'aiguillage. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
24	Charles Bentz; Kenneth Stevens Jr.	Physicians for Compassionate Care Education Foundation	Oregon	10/01/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Physicians for Compassionate Care Education Foundation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie et la vulnérabilité; • Des critères d'admissibilité relatifs à la maladie terminale, la maladie mentale, un problème de santé grave et irrémédiable, aux souffrances persistantes, et à la capacité de consentir à un traitement médical; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires (auprès d'un psychiatre et d'un médecin en soins palliatifs), et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données accessibles récoltées tant auprès du patient que du médecin, la spécification dans les registres de décès, un financement ciblé, et l'application des règlements; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, l'implication des médecins, leurs droits en ce qui concerne l'objection de conscience, le devoir de référer ou d'informer, et la question de savoir s'il devrait y avoir une certification; et • L'abus du recours à l'aide médicale à mourir en Oregon et les risques de la pente glissante. 	Anglais
25	Barbara Glidewell	Ancienne directrice des relations avec les patients de l'Oregon Health Sciences University Hospital	Oregon	10/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Barbara Glidewell :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie et la vulnérabilité; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à une maladie terminale et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires auprès de spécialistes, l'assurance qu'il y a consentement éclairé du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, le rôle de la famille, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données accessibles recueillies tant auprès du patient que du médecin, et la spécification dans les registres de décès, et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, aux droits en ce qui concerne l'objection de conscience, au devoir de référer ou d'informer, et à la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
26	Sue Porter; Peter Reagan; Kat West	Compassion & Choices	Oregon	10/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Compassion & Choices :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie, l'inégalité d'accès aux soins de santé, et la nécessité de bons soins palliatifs; • Des critères d'admissibilité relatifs à une maladie terminale, à un problème de santé grave et irrémédiable, aux souffrances persistantes; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, des consultations supplémentaires auprès de spécialistes, l'assurance qu'il y a consentement éclairé du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, et des périodes d'attente proportionnées; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées concernant le patient et des données récoltées tant auprès du patient que du médecin; et • Diverses considérations liées aux droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience et le devoir de référer ou d'informer, le risque de magasiner son médecin, et la mise en place d'un organe indépendant pouvant aider les travailleurs de la santé relativement à l'aiguillage. 	Anglais
27	Bob Joondeph	Disability Rights Oregon	Oregon	10/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Bob Joondeph :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie, la vulnérabilité et l'inégalité d'accès aux soins de santé; • Des critères d'admissibilité relatifs à la maladie terminale, la maladie mentale, la capacité de consentir au traitement médical, aux directives anticipées, à la prise de décision par autrui, et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la prise en compte de consultations supplémentaires auprès de psychiatres, des périodes d'attente proportionnées, et la mise en oeuvre d'un comité décisionnel; et • La nécessité d'une surveillance du système. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
28	Linda Ganzini	Directrice de la psychiatrie gériatrique, Portland Health Center System	Oregon	10/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Linda Ganzini :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à la vulnérabilité, à la prévention du suicide et à l'inégalité d'accès aux soins de santé; • Des critères d'admissibilité relatifs à la maladie terminale, la maladie mentale, la capacité de consentir à un traitement médical, et l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la prise en compte de consultations supplémentaires auprès de psychiatres, l'assurance qu'il y a consentement éclairé de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, des périodes d'attente proportionnées, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées concernant le patient, des données récoltées tant auprès du patient que du médecin, et un financement ciblé; et • Diverses considérations liées aux droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience. 	Anglais
29	Brian L. Mishara	Directeur du CRISE et professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal	Montréal	10/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Brian Mishara :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie, à la prévention du suicide et à la nécessité de soins palliatifs universels; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs aux directives anticipées et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la nécessité d'une demande formelle du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, et des périodes d'attente proportionnées; et • Une surveillance du système. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
30	David J. Roy	Chercheur titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal	Montréal	10/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec David J. Roy :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie et à la nécessité de soins palliatifs universels; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à la capacité de consentir à un traitement médical, la prise de décision par autrui et l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à la spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, aux droits en ce qui concerne l'objection de conscience, à la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification, et à la mise en place d'un organe indépendant pouvant aider les travailleurs de la santé relativement à l'aiguillage. 	Anglais
31	Michelle Giroux; Jean-Pierre Ménard	Ménard, Martin, Avocats; et Professeure titulaire à le Faculté de droit, Université d'Ottawa	Montréal	10/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Jean-Pierre Ménard et Michelle Giroux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une discussion juridique à propos de la décision Carter, du projet de loi 52 du Québec, et de la répartition des pouvoirs entre les gouvernements fédéral et provinciaux, • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie, à la vulnérabilité et la nécessité de soins palliatifs universels; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à l'âge, aux mineurs matures, à la résidence, à un problème de santé grave et irrémédiable, aux souffrances persistantes, à la capacité de consentir à un traitement médical, et aux directives anticipées; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant l'avis de deux médecins ou plus, l'assurance qu'il y a consentement éclairé de la part du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, la prise en compte de consultations supplémentaires (auprès d'un psychiatre et d'un médecin en soins palliatifs), et des périodes d'attente proportionnées; • Une surveillance du système grâce à des données récoltées tant auprès du patient que du médecin, l'application des règlements et la spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées aux droits des médecins en ce qui concerne l'objection de conscience et leur devoir de référer ou d'informer. 	Bilingue

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
32	Jocelyne St-Arnaud	Professeure associée aux Programme de bioéthique, Département de médecine sociale et prévention, École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)	Montréal	10/07/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Jocelyne St-Arnaud :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une discussion juridique à propos de la décision Carter et des lois internationales pertinentes; • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie, la vulnérabilité, la nécessité de meilleurs soins à domicile, et la nécessité de soins palliatifs universels; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs aux mineurs matures, aux souffrances persistantes, à la souffrance psychologique, à la capacité de consentir à un traitement médical, et aux directives anticipées; • Des mesures de sauvegarde procédurales exigeant l'assurance qu'il y a consentement éclairé de la part du patient; • Une surveillance du système grâce à des données récoltées tant auprès du patient que du médecin, l'application des règlements et la spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, aux droits en ce qui concerne l'objection de conscience, au devoir de référer ou d'informer, et à la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification. 	Bilingue
33	Sharon Baxter; Tamir Virani	Association canadienne des soins palliatifs	Ottawa	10/20/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association canadienne des soins palliatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nécessité d'un plus grand investissement dans les soins palliatifs et à domicile; • Les Canadiens ne sont pas bien informés de la différence entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. S'ils étaient davantage informés, l'option de l'aide médicale à mourir serait moins nécessaire; • Des soins palliatifs exhaustifs peuvent contribuer à résoudre de nombreux autres problèmes comme la dépression, la douleur et la gestion des symptômes; • Il faut aussi tenir compte des personnes souffrant d'un handicap mental; et • Il faut intervenir auprès des individus en crise. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
34	Cécile Bensimon; Cindy Forbes; Azin Moradhassel	Association médicale canadienne	Ottawa	10/20/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association médicale canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des critères d'admissibilité incluant l'aptitude, la capacité, la prise de décision éclairée et le caractère volontaire; • Des mesures de sauvegarde incluant l'exigence d'informer le patient de toutes les options de traitement disponibles, la prise en compte des consultations supplémentaires nécessaires (c.-à-d. en psychiatrie, en soins palliatifs, auprès de spécialistes, etc.), des périodes d'attente proportionnées, la répétition de la demande d'aide médicale à mourir; • L'objection de conscience des médecins; et • Des lignes directrices nationales détaillées pour s'assurer de l'uniformité dans l'ensemble du pays. 	Anglais
35	Meagan Hatch; Keith Wilson	Société canadienne de psychologie	Ottawa	10/20/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Société canadienne de psychologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux relatifs à l'évaluation de l'admissibilité du patient, comme la capacité cognitive et la douleur psychologique ou physique insoutenable; • L'évaluation de toutes les autres sources de souffrance potentiellement traitables avant la considération de l'aide médicale à mourir; • L'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • L'obligation de présenter deux demandes au cours d'une période de temps donnée afin d'évaluer la conviction du patient; et • Les troubles mentaux et physiques constituent des raisons équivalentes de vouloir recourir à l'aide médicale à mourir. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
36	Anne Sutherland Boal; Josette Roussel	Association des infirmières et infirmiers du Canada	Ottawa	10/21/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nécessité de la collaboration des infirmières sur ce sujet parce qu'elles sont une composante essentielle des équipes de santé et que leur relation directe avec les patients leur donne une perspective quant aux mesures de soutien de la politique nécessaires; • Une formation appropriée et un accès sans encombre aux renseignements concernant les règlements et aux ressources en vue de développer une expertise en gestion de la douleur et des symptômes; • Du soutien psychologique pour les fournisseurs; • La nécessité d'équipes interdisciplinaires faisant partie intégrante des soins : des travailleurs sociaux, des infirmières, des pharmaciens, des psychologues en plus des médecins; • Des processus et des infrastructures rigoureux et bien compris pouvant être évalués et analysés; • Une approche pancanadienne; et • La nécessité de savoir comment et où obtenir un soutien supplémentaire. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
37	Thomas Foreman; Michael Kekewich; Josh Landry	Hôpital d'Ottawa	Ottawa	10/21/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Thomas Foreman, Michael Kekewich et Josh Landry :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de termes de droits positifs et négatifs pour traiter des pratiques impliquant le consentement éclairé (un droit négatif); • Un poids considérable est attribué à l'autonomie individuelle dans l'aide médicale à mourir; • Comment traiter les références et les niveaux de culpabilité morale; • Comment évaluer les obstacles à l'accès des patients; ex. des patients âgés auxquels on indiquerait seulement un site Web ne consulteront pas l'information; • Les défis de détermination du droit à l'aide médicale à mourir dans les centres de soins palliatifs; • La définition de préjudice grave et irrémédiable doit être claire et objective, pas seulement subjective; • La question des directives anticipées représente un défi pour les éthiciens; la directive est-elle toujours valide quand il s'agit de l'aide médicale à mourir?; • Des soins palliatifs faciles d'accès; s'ils ne sont pas disponibles, l'autodétermination du patient pour l'aide médicale à mourir est entravée parce qu'ils n'en ont pas eu l'option; • Les patients doivent avoir et savoir qu'ils ont l'option de l'aide médicale à mourir qu'ils y aient recours ou non; et • Tenir compte de la souffrance existentielle de la même façon que de la souffrance physique et émotionnelle dans le contexte d'une maladie. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
38	Katrina Hedberg	Oregon Public Health Division	Ottawa	10/21/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Katrina Hedberg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un système de déclaration doit être en place; que faut-il indiquer sur le certificat de décès; il revient au médecin de décider quoi écrire, et c'est habituellement la cause sous-jacente du décès; • Recours aux normes de bonne foi; c.-à-d. le médecin s'est-il conformé à la loi; les médecins n'ont jamais été sanctionnés en Oregon en rapport à des situations d'aide médicale à mourir; • Une obligation de faire rapport pour les pharmaciens; • En vertu de la Death with Dignity Act, aucun fonds n'est attribué à l'analyse de l'information; • Il faut s'assurer que les personnes ont accès à des soins palliatifs; • Il faut récolter les données concernant les personnes qui participent à l'aide médicale à mourir de manière à couvrir tous les enjeux relatifs à la fin de vie; • Il faut fournir des renseignements plus approfondis aux patients : de quelle forme de soutien ont-ils besoin à partir du moment du diagnostic; et • Il faut offrir davantage d'options aux patients. 	Anglais
39	Andre Schutten; John Sikkema	Association for Reformed Political Action Canada	Ottawa	10/22/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association for Reformed Political Action Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Comité devrait examiner la possibilité d'utiliser la clause nonobstant pour gagner du temps; • L'importance pour le Parlement d'énoncer l'objectif de la prohibition du suicide assisté; • Les restrictions à mettre en application dans la nouvelle loi : laisser l'aide médicale à mourir dans le Code criminel; ne pas définir l'aide médicale à mourir comme un soin médical, procéder à un examen judiciaire aux trois ans; créer un comité d'experts; • Tous les termes doivent être définis soigneusement et précisément; • Les risques doivent être réduits par un système soigneusement conçu imposant des limites strictes scrupuleusement surveillées et mises en application; • La nécessité que des psychiatres, et non des généralistes, évaluent la capacité des patients à consentir; et • Limiter le suicide assisté à la maladie terminale définie. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
40	Elaine Borg; Chantal Léonard; Mei St-Cyr	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada	Ottawa	10/22/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle multiple des infirmières, et non seulement des médecins, dans l'aide médicale à mourir; • La réalité des équipes : le besoin de collaboration et de coordination des équipes de soins; • Que les infirmiers praticiens jouent un plus grand rôle en tant que professionnel le plus responsable et premier point de contact des patients; • Un changement d'appellation en raison de l'essor du rôle des infirmières praticiennes; plutôt qu'aide médicale à mourir, la Société propose l'expression « practitioner-assisted death », que l'on pourrait traduire par « aide d'un praticien à mourir »; • Les risques potentiels de poursuite criminelle pour les infirmières; et • La nécessité d'une protection en vertu du Code criminel pour couvrir toutes les situations qui pourraient survenir lors des interactions avec les patients. 	Anglais
41	Isabelle Marcoux	Université de Ottawa	Ottawa	10/22/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Isabelle Marcoux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enjeux sociaux et de santé liés à l'autonomie et l'inégalité d'accès aux soins de santé; • Une comparaison entre les types d'aide médicale à mourir; • Des critères d'admissibilité relatifs à l'âge, à un problème de santé grave et irrémédiable, aux souffrances persistantes, à la souffrance psychologique, à la capacité de consentir à un traitement médical, aux directives anticipées, et à l'assurance du caractère volontaire de la demande du patient; • Des mesures de sauvegarde procédurales incluant la prise en compte de consultations psychiatriques supplémentaires, l'assurance qu'il y a consentement éclairé du patient, la nécessité d'une demande formelle de la part du patient, la présence d'un témoin au moment de la mort, le rôle de la famille, des périodes d'attente proportionnées, la mise en place d'une équipe décisionnelle multidisciplinaire, et la nécessité de faire rapport; • Une surveillance du système grâce à des données anonymisées récoltées tant auprès du patient que du médecin, et la spécification dans les registres de décès; et • Diverses considérations liées à l'implication d'autres fournisseurs de soins de santé, les droits en ce qui concerne l'objection de conscience, et la question de savoir s'il devrait y avoir de la formation ou une certification. 	Bilingue

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
42	Marcel Boisvert; Hélène Bolduc; Nacia Faure; Georges L'Espérance	Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité	Montréal	10/23/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence de conflit entre les soins palliatifs/la sédation et l'aide médicale à mourir; • La demande doit émaner des patients eux-mêmes, jamais des médecins; • Le risque zéro n'existant pas, une mesure de sauvegarde majeure serait que le Code criminel s'applique à toute personne autre qu'un médecin; • Le devoir primaire du médecin n'est plus de sauver des vies à tout prix, mais de respecter la liberté de choix du patient; et • Les droits des patients ne cessent pas d'exister simplement parce qu'ils perdent leurs facultés cognitives; il est important de respecter les directives anticipées. 	Bilingue
43	Catherine Ferrier; Caroline Girouard; Aubert Martin; Michel Racicot; Patrick Vinay	Collectif des médecins contre l'euthanasie et Mourir dans la dignité	Montréal	10/23/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la dignité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est préférable pour les patients que l'aide médicale à mourir demeure une offense criminelle; • Les critères d'admissibilité doivent être définis de manière très claire et très stricte; • Que les médecins puissent choisir de participer plutôt que de ne pas participer de sorte que seuls ceux qui choisissent librement de participer soient impliqués dans l'aide médicale à mourir; • Les consultations en soins palliatifs devraient être à la portée de tous les patients; • Seuls les médecins spécialistes ayant reçu une formation spécifique et détenant une certification particulière devraient pouvoir pratiquer l'aide médicale à mourir; • Nous devrions chercher des manières de nous occuper des membres les plus faibles de notre société plutôt que de les voir comme un fardeau; et • Utiliser la clause nonobstant pour gagner du temps afin de mieux réfléchir au sujet. 	Bilingue

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
44	Félix Couture; Koray Demir; Michael Lang; Zachary Shefman; Mark Woo	MedPASS	Montréal	10/23/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec MedPASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La définition de ce qu'est la souffrance est ambiguë dans Carter; la définition est étroite et vague, et elle pourrait causer problème aux médecins; • Les paramètres de l'éthique à la suite de la décision Carter : il est nécessaire d'avoir un débat sur l'éthique; les médecins ont un rôle important à jouer; l'autonomie est une valeur éthique centrale; l'accent devrait être mis sur le patient; • Il n'existe pas de définition généralement acceptée de la souffrance dans le contexte de l'aide médicale à mourir; • Le patient a un grand besoin de counselling; • Des pressions sur les patients qui violent le principe du consentement éclairé; • Les médecins doivent jouer un rôle central dans la conception du processus de prise de décision; • Faire des comparaisons internationales sur l'enjeu de la souffrance pour établir les lacunes et les déficiences des lois de sorte que le Canada ne commette pas les mêmes erreurs; • S'assurer d'offrir des soins palliatifs accessibles, complets et universels; et • Comment juger adéquatement de l'autonomie et du droit de consentir. 	Anglais
45	Susan House; Will Johnston	Coalition pour la prévention de l'euthanasie - Colombie-Britannique	Vancouver	10/26/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Coalition pour la prévention de l'euthanasie - Colombie-Britannique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une sélection et un accès transparent - aucune coopération forcée des travailleurs ou étudiants du domaine de la santé, rien de fait en secret; • La nécessité de définir clairement la liberté de conscience; • On s'attend de la loi qu'elle permette une exception à une prohibition criminelle, et non un droit d'accès général à un service nouvellement créé; • La loi doit respecter le maintien d'un vaste espace sûr dans le système de santé; • Mettre un terme à une vie humaine va à l'encontre de la dignité de la personne; et • La loi devrait mettre l'accent sur la crainte raisonnable d'une personne quant à ce qui constitue une situation médicale extrême. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
46	Marilyn Golden	Disability Rights Education and Defence Fund	Vancouver	10/26/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Marilyn Golden :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mesures de sauvegarde aux États-Unis sont faibles et il y a un énorme problème d'abus à l'égard des aînés; • Le magasinage de son médecin constitue un problème aux États-Unis; il permet de contourner les mesures de sauvegarde; • Les progrès réalisés en soins palliatifs permettent de soulager les symptômes de la plupart des patients; • Les pièges de la loi de l'Oregon concernant le suicide assisté; • Comment inclure des mesures de sauvegarde qui fonctionnent : tenir compte des pressions financières et émotionnelles; ne pas se fonder sur la bonne foi - qui ne peut pas être démentie; • Un système doit être mis en place pour examiner les cas d'abus - p. ex. une ligne téléphonique; • Une évaluation psychiatrique des patients est importante pour évaluer leur aptitude; • Il y a consensus au sein de la communauté handicapée aux États-Unis en opposition à l'aide médicale à mourir; et • Le système de l'Oregon ne révèle aucun problème ou abus parce qu'il n'est pas conçu pour les trouver. 	Anglais
47	Sherry Chan; Luke Chen; Margaret Cottle; Ed Dubland; Constant Leung; Jennifer Tong	Un réseau de médecins de la Colombie-Britannique	Vancouver	10/26/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec un réseau de médecins de la Colombie-Britannique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mort accélérée par un médecin pose de grands risques pour les patients vulnérables et pour la société en général; les risques devraient être réduits; • Les réseaux est en faveur d'un système soigneusement conçu qui impose des limites strictes, est scrupuleusement surveillé et mis en application; • Il est important qu'une loi protège la liberté de conscience et que le jugement professionnel des médecins constitue un élément central d'un système significatif de mesures de sauvegarde; • Il est possible que les patients ne recourent pas aux ressources en soins palliatifs parce qu'ils établissent un lien avec l'aide médicale à mourir; • Il faut garder l'aide médicale à mourir distincte des services de santé réguliers; et • L'accès à un organe central d'information, de counselling et d'aiguillage. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
48	Sean Murphy	Protection of Conscience Project	Vancouver	10/26/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Protection of Conscience Project :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est essentiel de préserver la liberté de conscience des travailleurs de la santé; • Il faut pouvoir faire face à « l'obligation de tuer » si l'euthanasie ou le suicide assisté ne fonctionne pas comme prévu; • Admissibilité : inclure des conditions non spécifiées outre l'affection, la maladie et le handicap, par exemple la fragilité; • L'aiguillage forcé présente des risques inacceptables pour les libertés fondamentales de la personne; • Mesures de sauvegarde : une seule norme, purement volontaire dans l'ensemble du pays; • Le problème de l'aiguillage si les médecins ont une objection de conscience - c'est une violation de la dignité humaine de proposer un devoir moral de faire ce qu'une personne considère mal; et • Personne ne devrait être puni pour avoir refusé de participer à l'aide médicale à mourir. 	Anglais
49	Eike-Henner Kluge	Département de philosophie, Université de Victoria	Vancouver	10/27/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Eike-Henner Kluge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut s'intéresser aux patients qui n'ont jamais été aptes : les inclure dans la loi; • Il est nécessaire d'offrir des soins de santé appropriés aux patients ayant demandé l'aide médicale à mourir; • La position des mandataires doit être clarifiée; • La nécessité de freins et contrepoids : il y a une inquiétude que les personnes n'ayant pas les capacités fassent l'objet de discriminations ou soient laissées pour compte; • Que les médecins ne soient pas tenus de participer à l'aide médicale à mourir si cela entre en conflit avec leurs valeurs; • Les implications éthiques des directives anticipées; • Le jugement par rapport à la souffrance doit être guidé par les valeurs de la société par l'intermédiaire de juges; et • Le système doit être responsable et il doit y avoir une surveillance judiciaire. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
50	John Soles	Société de la médecine rurale du Canada	Vancouver	10/27/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Société de la médecine rurale du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La nécessité d'un mécanisme d'aiguillage si un médecin s'objecte à l'aide médicale à mourir; qui est admissible? jusqu'où aller?; • Les mesures de sauvegarde doivent inclure un dépistage des patients pour dépression etc. de sorte qu'ils prennent une décision rationnelle et aient le temps de réfléchir à leur décision, que plus d'une personne décide; • Les conséquences émotionnelles liées à ce qu'il convient de faire si un médecin s'objecte mais que le patient veut recevoir son aide dans une situation d'aide médicale à mourir; • La demande d'aide médicale à mourir est moins grande dans les régions rurales parce que la population y est plus âgée, moins fortunée, moins scolarisée et moins susceptible d'occuper un emploi; • C'est une responsabilité professionnelle de fournir de l'information et des soins peu importe ses croyances; et • Les médecins ont besoin d'une formation appropriée pour faire face à l'aide médicale à mourir. 	Anglais
51	Lee Carter; Hollis Johnson; Grace Pastine; Josh Paterson; Elayne Shapray; Howard Shapray	BC Civil Liberties Association	Vancouver	10/28/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la BC Civil Liberties Association :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Canadiens éprouvant une souffrance intolérable à la fin de leur vie devraient avoir le droit de choisir une mort digne et dans la paix; • L'histoire de Kay Carter - à propos de choses moins tangibles que la gestion de la douleur; • Les tribunaux ont fait le travail du gouvernement - il faut s'en remettre aux organes législatifs provinciaux en santé; • Les personnes vulnérables ne sont pas davantage à risque en matière d'aide médicale à mourir; • La pente glissante est une illusion - rien ne prouve qu'elle existe; • La décision devrait se faire entre le médecin et le patient; • Aucun médecin n'a l'obligation de fournir ce service (depuis 1972); et • Un système public de soins de santé ne devrait pas être autorisé à sous-traiter des services à des organisations religieuses qui s'opposent à l'aide médicale à mourir. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
52	Carrie Bourassa	Université des Premières Nations	Vancouver	10/28/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Carrie Bourassa :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aide médicale à mourir ne fait pas consensus dans les communautés autochtones; le sujet sème autant la division que partout ailleurs au Canada; • On parle très rarement de la fin de la vie dans les familles autochtones; • L'aide médicale à mourir ne fait pas partie des préoccupations en raison des autres enjeux complexes qui touchent les communautés; • Il est important de bien communiquer l'idée de l'aide médicale à mourir parce que les gens veulent mourir de bonne façon, avec autant de dignité que possible; • Ils ont difficilement accès au système de santé canadien en raison du racisme, ils n'y recourent donc pas à moins de nécessité; et • Il est difficile de comprendre comment faciliter l'accès aux types de soins qu'ils veulent parce que le système de santé autochtone est fragmenté et porte à confusion. 	Anglais
53	Daniel Lussier; Gordon Self; Michael Shea	Alliance catholique canadienne de la santé	Winnipeg	10/29/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Alliance catholique canadienne de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enlever délibérément la vie va à l'encontre de la dignité de la personne et ne correspond pas aux principes des soins de santé catholiques; • Les soins palliatifs n'incluent pas l'aide médicale à mourir; • Il faut des restrictions afin de réduire les dommages causés par l'aide médicale à mourir; on pourrait accorder une licence aux médecins qui offrent le service; • Les personnes vulnérables, les fournisseurs de soins de santé et les organisations ne doivent jamais se sentir forcés ou menacés de prendre/participer à cette décision; • On n'empêchera pas les patients d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, il faut donc établir un système distinct d'auto-aiguillage; • Il faut laisser davantage de temps aux patients pour leur permettre de réfléchir à leur décision; il faut leur fournir du soutien pendant ce temps; et • Il est important de restreindre le sens de « grave et irrémédiable ». 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
54	Jim Derksen; James Hicks; Rhonda Wiebe	Conseil des Canadiens avec des déficiences	Winnipeg	10/29/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Conseil des Canadiens avec des déficiences :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut préserver l'autonomie et la dignité des personnes ayant des déficiences dans toutes les circonstances; • La légalisation ne devrait viser que l'aide médicale à mourir, pas l'euthanasie; • Il faut mettre en place un comité d'examen indépendant qui déterminera si un patient rencontre les critères de l'aide médicale à mourir; • L'aide médicale à mourir ne doit être disponible qu'une fois qu'un plan de soins palliatifs a été présenté au patient; • Les parties intéressées qui pensent qu'il existe une possibilité de coercition doivent pouvoir intervenir; • Il faut mettre en place un système obligatoire de suivi des demandes à travers le pays; et • Certaines personnes ayant des déficiences accordent une grande valeur à leur autonomie et à leur droit de prendre de telles décisions. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
55	Melanie MacKinnon	Université du Manitoba	Winnipeg	10/29/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Melanie McKinnon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut donner aux communautés autochtones davantage de pouvoirs et d'autonomie concernant les soins de santé; • Il faut essayer de convaincre les responsables de la formulation de politiques d'investir dans les soins palliatifs pour permettre aux communautés autochtones de retrouver une façon de mourir dans la dignité; • Exprimer un choix libre est délicat parce qu'ils sont autorisés depuis si peu de temps à pratiquer leur coutumes et croyances traditionnelles; • Il faut un changement de paradigme : les gouvernements dépensent trop en solutions-sparadraps pour les communautés autochtones; les responsables de la santé dans les communautés veulent que l'accent soit mis sur la santé spirituelle et comportementale pour rétablir les liens et guérir; ils doivent avoir l'autorité de décider quels soins de santé sont nécessaires; • Le choix de mots - les étiquettes et les définitions - est primordial pour inclure la communauté autochtone; il faut parler d'aide médicale à mourir, pas de suicide, parce que le suicide a infligé de profondes blessures; • Peu de politiques auxiliaires bénéficient du soutien des gouvernements fédéral et provinciaux; plusieurs services ne sont pas assurés; certains médicaments et les soins palliatifs ne sont pas couverts parce que ce ne sont pas des services essentiels; il faut que ça change; et • Les infirmières ne fournissent pas de soutien en soirée ou à domicile si un patient autochtone souffre d'une maladie terminale; les règles n'offrent pas de choix aux patients; les distances sont souvent grandes entre le domicile et l'hôpital; il faut réunir des fonds pour permettre aux membres de la famille de se rendre à l'hôpital. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
56	Yude Henteleff	Université de Winnipeg	Winnipeg	10/29/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Yude Henteleff :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut faire en sorte que les patients souffrant d'une maladie limitant leur espérance de vie aient réellement accès à des soins palliatifs intégrés; • Il faut une séparation totale entre les soins de fin de vie et les soins de santé; • Il faut un système uniforme à travers le pays; • Il faut des accommodements raisonnables, autrement nous sommes diminués en tant que société; • Les mesures de sauvegarde doivent être raisonnables, c'est-à-dire qu'elles doivent dépendre de chaque cas; les médecins doivent déterminer l'étendue de la souffrance du patient; • Si les soins palliatifs ne sont pas disponibles, comment un patient peut-il être totalement informé et avoir par conséquent le droit de faire un choix; et • Rencontrer les droits à l'égalité d'une personne peut exiger la prise en compte d'autres éléments, comme la comparaison avec des groupes comparables. 	Anglais
57	Michael Bach	Association canadienne pour l'intégration communautaire	Toronto	11/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association canadienne pour l'intégration communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre d'évaluation de la vulnérabilité : comment peut-on identifier et protéger les personnes vulnérables pour éviter qu'elles réclament l'aide médicale à mourir dans un moment de faiblesse? Comment les protéger des abus? Des erreurs?; • Le cadre fonctionne par étapes : le patient présente une demande; la demande est évaluée par un médecin formé, un travailleur social, un psychologue; 2e étape : examen des options, des besoins non rencontrés, etc; • Contexte actuel de vulnérabilité : de plus en plus de personnes, 3,6 millions actuellement, sont atteintes de troubles neurologiques liés à un handicap; • Les mesures de sauvegarde établies dans la loi permettraient d'établir un équilibre entre les personnes à risque et celles qui sont en quête d'une aide médicale à mourir; et • Le processus doit tenir compte des nuances, comme le sentiment d'être un fardeau. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
58	James Downar; Shanaz Gokool; Wanda Morris	Dying with Dignity Canada	Toronto	11/02/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Dying with Dignity Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Canadiens admissibles doivent pouvoir avoir accès à l'aide médicale à mourir peu importe où ils vivent; • Il faut un système solide pour les médecins ayant une objection de conscience; • Un aiguillage efficace doit donner aux patients accès au traitement; • Le système doit protéger les plus faibles et les plus vulnérables; • Attention à l'utilisation du terme soins palliatifs - ce n'est pas un synonyme de soins de fin de vie; • Mesures de sauvegarde : des normes de contrôle plus élevées pour ceux qui ne souffrent pas d'une maladie terminale; • Comment mettre en place une ligne d'appel pour les patients en quête d'informations; et • Il faut connaître le nombre de Canadiens qui ont accès aux soins palliatifs. 	Anglais
59	Philip Emberley; Joelle Walker	Association des pharmaciens du Canada	Toronto	11/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association des pharmaciens du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critères d'admissibilité : les pharmaciens devraient avoir accès au diagnostic et au plan de soins du patient avant de remplir une ordonnance; ils doivent être protégés et ils doivent connaître la portée de leur responsabilité si le patient ne répond pas aux critères; • Une mesure de sauvegarde permettant de réduire les risques et les procédures serait d'utiliser les formulaires en trois exemplaires; • Obligation de référer si le pharmacien a une objection morale ou religieuse; • La plupart des pharmaciens sont d'avis qu'ils ne sont pas obligés de participer; • Ils considèrent qu'une partie de leur rôle consiste à conseiller au patient de quelle manière prendre correctement le médicament; • Seulement certains médicaments font l'objet d'un contrôle; il n'existe pas de système de contrôle pour l'ensemble des médicaments; et • Un système interprovincial de contrôle des médicaments commence à être mis en place par Santé Canada. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
60	Monica Branigan; Susan MacDonald	Société canadienne des médecins de soins palliatifs	Toronto	11/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Société canadienne des médecins de soins palliatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soins palliatifs sont une priorité et ils devraient être offerts à tous les patients, qu'ils désirent l'aide médicale à mourir ou non; • Il est important de réduire les risques d'un décès prématuré, en parlant avec les patients et les amenant à changer d'idée; les médecins en soins palliatifs possède cette compétence; • La plupart des membres ne pensent pas que l'aide médicale à mourir devrait être fournie par les médecins en soins palliatifs; • La liberté de conscience de tous les médecins doit être protégée; • Il faut faire la distinction entre les pratiques qui accélèrent la mort et les pratiques qui ne cherchent ni à accélérer la mort ni à prolonger la vie; et • La Société suggère un processus d'examen distinct permettant aux patient de pouvoir être aiguillés; de tels modèles existent, p. ex. l'agence de don d'organes Trillium. 	Anglais
61	Francine Lemire	Le Collège des médecins de famille du Canada	Toronto	11/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec Le Collège des médecins de famille du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins de famille ont la responsabilité de s'assurer que les patients possèdent toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées : risques potentiels; • Le Collège s'oppose aux actions qui abandonneraient les patients et les laisseraient sans options ou directions; • Il faut trouver un moyen permettant de ne pas abandonner les patients si un médecin a une objection de conscience à l'aide médicale à mourir; • Il faut pouvoir consulter un deuxième médecin; • Possibilité de formation et d'évaluation des compétences en vue de l'aide médicale à mourir pour tenter de déterminer les compétences supplémentaires requises pour fournir l'aide médicale à mourir : une approche globale, complète et compatissante. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
62	David Baker; Rebecca Lauks	Avocats spécialisés dans la défense des droits des personnes handicapées	Toronto	11/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec David Baker et Rebecca Lauks :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus d'examen par un comité avant de prendre une décision relativement à l'aide médicale à mourir; cela résistera à un examen juridique et constitutionnel et créera des responsabilités provinciales et fédérales; • Cela fournira des mesures de sauvegarde contre les abus tout en maximisant les droits de la personne en assurant la disponibilité de mesures de soutien; • L'aide devra ensuite venir des médecins; • La définition de la souffrance doit être à la fois subjective et objective; • Un deuxième médecin doit être impliqué; sa spécialisation doit correspondre à la source de la souffrance du patient sur laquelle repose la demande d'aide médicale à mourir; • Des mesures de sauvegarde appropriées sont nécessaires pour tenir compte de la vulnérabilité; • L'aide médicale à mourir ne doit pas être vue comme un traitement médical nécessaire ou comme quelque chose de thérapeutique; et • Ils s'inquiètent que l'augmentation des décès par aide médicale à mourir en Europe soit due au manque de clarté des critères. 	Anglais
63	Alex Schadenberg; Hugh Scher	Coalition pour la prévention de l'euthanasie	Toronto	11/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Coalition pour la prévention de l'euthanasie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'aide à mourir ne devrait pas être autorisée; • Il faut examiner le fonctionnement de la loi dans d'autres administrations afin d'apprendre de leurs erreurs; p. ex. s'assurer que les médecins demandent une seconde opinion, que le patient formule la demande; • Une supervision judiciaire efficace par un tiers pour s'assurer que les exigences énoncées dans la loi sont rencontrées; • L'aide à mourir ne devrait pas être pratiquée par les médecins, mais par un professionnel agréé et certifié; • Il faut un lieu sûr où les gens savent que l'aide médicale à mourir ne sera pas pratiquée; • Il faut un accès universel aux soins palliatifs; et • Il faut un système adéquat pour questionner les individus et savoir pourquoi ils demandent l'aide médicale à mourir. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
64	Alika Lafontaine	Association des médecins indigènes du Canada	Toronto	11/03/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association des médecins indigènes du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les implications de la loi sur les personnes autochtones ne sont pas les mêmes que sur la population en général : leur accès aux installations et à l'expertise est plus limité et elles se méfient des gouvernements; • La loi doit s'appliquer dans l'ensemble du pays : les réserves relèvent de compétences différentes et tombent dans des zones grises; ni la province ni le gouvernement fédéral n'assume l'entière responsabilité en ce qui concerne les soins de santé sur les réserves; • Elle croit qu'il serait trop difficile de convaincre les médecins locaux d'acquérir une expertise dans le domaine ou de convaincre les autorités de santé que cette population doit avoir accès à l'aide médicale à mourir; et • L'autonomie collective : la famille doit faire partie du processus d'aide médicale à mourir si cela se concrétise. 	Anglais
65	Thomas Bouchard; Renata Leong	Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques	Toronto	11/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les termes doivent être clairs : il faut parler d'euthanasie et de suicide assisté de sorte que chacun comprenne clairement de quoi il est question; • Évaluation par une équipe : comment s'assurer que la décision du patient est autonome; • Il faut des lieux sûrs qui sont distincts des hôpitaux; • Évaluer la capacité et le caractère volontaire pose des défis; • Elle ne retiendra pas l'information mais n'en facilitera pas l'accès; • Il faut protéger la liberté de conscience des médecins; • Une plus grande disponibilité des soins à domicile est importante pour les fournisseurs de soins; • Mesures de sauvegarde : les polices d'assurance-vie ne devraient pas être affectées; • Il faut des normes et une surveillance nationales transparentes et responsables; et • Les médecins pourraient déménager pour éviter de devoir gérer tout cela. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
66	Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/sida	Toronto	11/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Réseau juridique canadien VIH/sida :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La question de l'autonomie du patient est importante : il faut un consentement libre, volontaire et pleinement éclairé; • La loi ne devrait refléter aucune doctrine religieuse; • Admissibilité : ajouter les mineurs matures si les autres conditions établies dans la décision Carter sont satisfaites; la loi devrait établir des normes nationales en matière d'admissibilité; • Risques et mesures de sauvegarde : deux professionnels des soins de santé, dont un possédant de l'expérience en évaluation de la compétence; une brève période de temps pour examiner la demande de sorte que le patient ne souffre pas inutilement; • Des mesures de sauvegarde pour s'assurer que les patients ne subissent pas de pressions; • Les patients doivent avoir accès à de bons soins palliatifs et à une assurance-médicaments universelle; et • Un second examen pour s'assurer que tous les protocoles sont respectés. 	Anglais
67	Vyda Ng	Conseil unitarien du Canada	Toronto	11/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Conseil unitarien du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas retarder l'entrée en vigueur de la loi; • L'accès devrait être facile pour les patients qui demandent l'aide médicale à mourir; • Il faut veiller à ce que la loi garantisse un accès égal à tous dans l'ensemble du pays; • Les mesures de sauvegarde visant à protéger les personnes vulnérables doivent être complètes et équilibrées; deux médecins pour procéder à l'évaluation de ces cas; • La décision finale doit revenir au patient s'il est apte à décider; et • Les Canadiens ont le droit de choisir la manière et le moment de leur mort. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
68	Derek Ross; John Sikkema	Alliance des chrétiens en droit	Toronto	11/04/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Alliance des chrétiens en droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut davantage de temps pour procéder à une consultation et un examen plus larges à la suite de la décision Carter; • La meilleure solution : l'interdiction complète; • Les mesures de sauvegarde doivent être scrupuleusement surveillées, mais elles ne permettent pas d'éliminer tous les risques; • Le plus grand risque est qu'on enlève la vie à des patients sans leur consentement explicite; • Il faut maintenir une culture qui décourage le suicide comme un moyen de mettre fin à la souffrance; • L'aide médicale à mourir ne doit pas être facile d'accès : de bons soins palliatifs devraient avoir été offerts de sorte que le patient puisse faire un vrai choix et un choix volontaire; • Ne pas autoriser les troubles psychiatriques parmi les raisons donnant accès à l'aide médicale à mourir; et • Il faut séparer l'aide médicale à mourir des services de soins de santé, l'offrir dans un endroit distinct. 	Anglais
69	Marc Doucet	Association canadienne de soins spirituels	Toronto	11/05/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association canadienne de soins spirituels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des processus et des lignes directrices clairs et solides, comportant des limites strictes scrupuleusement contrôlées et appliquées; • S'assurer de la mise en place de délais, étapes et procédures d'évaluation adéquats pour les populations vulnérables légalement compétentes, mais pas pour celles dont les capacités vacillent; • S'assurer de la mise en place d'un processus d'examen indépendant pour faire rapport et examiner les décisions; • Encourager le développement des soins palliatifs dans l'ensemble du pays pour que l'aide médicale à mourir ne soit pas demandée par défaut; et • Procéder à un examen indépendant par deux ou trois personnes quand le patient prend une décision. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
70	Cara Faith Zwibel	Association canadienne des libertés civiles	Toronto	11/05/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association canadienne des libertés civiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un organe devrait surveiller les meilleures pratiques et informer le public de la façon dont fonctionne le système; • Une égalité d'accès à travers le pays; • Les mesures de sauvegarde doivent laisser plus de temps, mais pas trop pour avoir un effet dissuasif sur l'accès; • Il est essentiel de réconcilier les droits du patient et du médecin, mais le médecin devrait assurer un aiguillage efficace dans le cas où il n'y a pas de tiers disponible; et • Dans le cas des patients vivant dans des collectivités éloignées, leurs droits l'emportent sur le droit d'objection du médecin. 	Anglais
71	Glenn Brimacombe; Sonu Gaiind	Association des psychiatres du Canada	Toronto	11/05/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Association des psychiatres du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut mettre l'accent sur les critères d'admissibilité : si un patient demandant l'aide médicale à mourir souffre d'une maladie mentale en plus d'un problème de santé, le rôle du psychiatre est de s'assurer qu'elle ne diminue pas sa capacité à prendre une décision éclairée; • Il faut séparer le biomédical des incidences psychosociales; le psychosocial est rarement irrémédiable; • Risques au moment de la détermination de la capacité : si le patient est fragilisé par une maladie mentale, il peut être jugé non apte à prendre une décision relative à l'aide médicale à mourir; il y a aussi un risque d'incertitude clinique dans l'évaluation de la capacité; et • Mesures de sauvegarde : étendre l'évaluation aux aspects physiques et mentaux; attendre six semaines entre les évaluations, et demander des évaluations à plusieurs spécialistes distincts. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

Annexe E

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
72	Christian Domenic Elia; Philip Horgan	La Ligue catholique des droits de l'homme	Toronto	11/05/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Ligue catholique des droits de l'homme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut de meilleurs soins palliatifs et qu'ils soient plus accessibles; • Il faut une compréhension de la liberté de conscience de tous les travailleurs de la santé; • Le meilleur moyen de respecter la dignité de la personne est d'affirmer le droit à la vie; • Il faudrait sérieusement songer à utiliser la clause nonobstant; • Les mesures de sauvegarde sont illusoire dans d'autres administrations en raison d'erreurs et d'inattention, la Ligne ne croit donc pas à leur efficacité; • Peu importe ce qui se passe, il y aura mort d'innocents; et • Les fournisseurs de soins de santé qui refusent d'aider un patient à se suicider seront menacés. 	Anglais
73	Julia Beazley; Bruce Clemenger	Alliance évangélique du Canada	Toronto	11/05/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec l'Alliance évangélique du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les risques de l'aide médicale à mourir peuvent être identifiés et réduits grâce à des systèmes soigneusement conçus qui imposent des limites strictes scrupuleusement contrôlées et mises en application grâce à un ensemble de mesures de sauvegarde; • Elle s'inquiète relativement au seuil de risques plus bas établi dans la décision Carter en opposition à la peine capitale; • La prohibition du meurtre intentionnel est nécessaire et doit rester en place; • Aucune mesure de sauvegarde ne peut éliminer le risque d'abus; • La pratique du suicide assisté devrait nécessiter un permis du fédéral afin de réduire les risques; • Les médecins doivent avoir le droit de refuser de participer à l'aide médicale à mourir s'ils ont une objection de conscience; et • Elle est en faveur d'une stratégie nationale pour des soins palliatifs de grande qualité. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
74	Donato Gugliotta; Diane Haak; Larry Worthen	Christian Medical and Dental Society of Canada	Toronto	11/06/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Christian Medical and Dental Society of Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'inquiétude que les patients vulnérables passent à travers les mailles du filet et perdent leur autonomie; le critère permettant de déterminer qui est vulnérable devrait être très large; • Les médecins devront respecter tous les protocoles une fois qu'ils auront été établis à défaut de quoi, il faudra révoquer leur permis ou imposer des accusations criminelles; • Elle s'inquiète que le droit à la vie garanti par la Charte soit violé; • La loi devrait clairement indiquer la volonté de l'État de protéger la vie de chacun peu importe les circonstances; et • Il faut des lieux sûrs où les patients ne sont pas exposés au risque d'une mort injustifiée. 	Anglais
75	Lynne M. Arnason; Rocco Gerace; Douglas A. (Gus) Grant; Linda Inkpen; Graeme Keirstead; Fleur-Ange Lefebvre; Louise Marcus; Cyril Moyses; Michael Noseworthy; Yves Robert; Dr. Schollenberg; Bryan Salte; Sarah Thomas	Fédération des ordres de médecins du Canada	Toronto	11/06/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec la Fédération des ordres de médecins du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est essentiel de disposer d'une stratégie nationale et d'une égalité d'accès pour tous; • L'accent devrait être mis sur les droits des patients et non sur les droits des médecins; • Les patients doivent pouvoir avoir accès à une ressource d'aiguillage pertinente; • Il faut protéger la bonne foi des médecins; • Comment gérer l'objection de conscience sans violer le code d'éthique; • Il faut régler la difficulté de l'aiguillage efficace; • Elle a examiné la possibilité de former les médecins relativement à l'aide médicale à mourir sans les accréditer; • Le problème lié à la détermination et à la définition de la capacité et de l'incapacité; • Les modifications au Code criminel devraient inclure les autres professionnels de la santé; et • La nécessité d'un organe de surveillance qui procéderait à un examen et un suivi rétrospectif. 	Anglais

Résumés des transcriptions des consultations

Annexe E

No	Nom(s)	Organisation(s) / Titre	Ville	Date (M/J/A)	Résumé de la transcription	Langue
76	Kevin Imrie	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	Toronto	11/06/15	<p>Parmi les principaux points abordés lors de la rencontre avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des normes nationales sont nécessaires pour clarifier les rôles et les devoirs des médecins; • Il doit y avoir des partenariats entre les organismes nationaux de réglementation du secteur de la santé; • Il faut identifier les compétences clés des médecins relativement à l'aide médicale à mourir : il faut des communicateurs, des collaborateurs, des défenseurs des intérêts des patients; • Le Collège s'engage à concevoir du matériel éducatif concernant l'aide médicale à mourir pour les résidents et les médecins; • Il considère l'aide médicale à mourir dans le contexte d'une stratégie plus exhaustive pour les soins palliatifs; et • Il a élaboré un cadre relatif à l'aide médicale à mourir qui touche toutes les spécialités. 	Anglais



Annexe F

Synthèse des mémoires reçus



Le 15 décembre 2015



Synthèse

Des milliers de Canadiens ont répondu à l'invitation du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* (le Comité) et ont exprimé leur point de vue. Il était possible de contribuer de trois façons : en répondant au questionnaire en ligne du Comité, le cahier de questions; en rédigeant un mémoire; et en participant aux consultations directes sur invitation. Ce document résume plus de 300 mémoires reçus du 2 août au 19 octobre 2015.

Les mémoires variaient sous tous les angles possibles : par leur longueur, leur contenu, leur ton et leur style. Certains prenaient la forme d'ouvrages complets et de thèses savantes, d'autres exprimaient des points de vue informels et sincères en à peine quelques lignes. Plusieurs décrivaient l'expérience de fin de vie d'un parent ou d'un ami. D'autres faisaient référence à des textes religieux, des philosophes ou des érudits. Concernant plusieurs éléments majeurs, comme la question de savoir si le Canada devrait légaliser l'aide médicale à mourir, des points de vue diamétralement opposés ont été exprimés. Plusieurs personnes voient les enjeux pertinents selon une vision absolutiste : comme un reflet des principes moraux et éthiques du Canada.

Même si les points de vue exprimés semblent inconciliables, les mémoires indiquent une préoccupation claire quant à plusieurs thèmes, enjeux et questions clés inspirés par la décision de la Cour suprême. Ce rapport met l'accent sur ceux-ci, dans une tentative de résumer l'afflux remarquable et précieux d'opinions et de réflexions des Canadiens.

Partie 1 : Les principaux enjeux

Le principal enjeu soulevé et considéré dans les mémoires, et celui qui sème le plus la division, est à savoir si le Canada devrait modifier la loi fédérale et légaliser l'aide médicale à mourir. La plupart des mémoires expriment un point de vue absolutiste : l'aide médicale à mourir doit être autorisée ou ne devrait jamais être autorisée. Et nombre de mémoires soutiennent ces positions à l'aide d'arguments articulés, poussés et bien documentés.

De nombreux mémoires demandent au gouvernement du Canada de déroger de la décision de la Cour suprême en invoquant l'article 33 de la *Charte* – appelé « la clause nonobstant ». Certains des mémoires recommandant cette solution ne prennent pas position sur l'aide médicale à mourir, mais font plutôt valoir que la date limite imposée par la Cour suprême ne laisse pas suffisamment de temps pour identifier, élaborer et mettre en œuvre une solution législative efficace. Nombre de mémoires reprochent que la Cour suprême du Canada n'ait pas défini les termes clés, comme « adulte capable » et « problèmes de santé graves et irrémédiables »; certains proposent leurs propres définitions ou suggèrent des termes totalement différents.

Même si la plupart des mémoires demandent au Parlement de prendre des mesures concrètes, les vues concernant la structure d'un régime de réglementation de l'aide médicale à mourir varient considérablement. Plusieurs mémoires insistent pour que le régime relève des compétences du fédéral et comporte des normes précises, des critères d'admissibilité ainsi que



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada* Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



des exigences de surveillance et de rapport s'appliquant à travers le pays. D'autres mémoires demandent plutôt des régimes provinciaux alignés sur les considérations régionales. Il y a aussi une diversité d'opinions significative quant aux rôles que devraient jouer les professionnels des domaines juridique et de la santé dans un régime permettant l'aide médicale à mourir. Certains mémoires indiquent que l'aide médicale à mourir devrait nécessiter l'autorisation d'un comité spécial incluant un juge par exemple. D'autres mentionnent que l'autorisation de l'aide à mourir ne devrait reposer que sur le consentement de deux médecins indépendants.

Parmi les mémoires reçus, le troisième enjeu semant le plus la division implique la liberté de conscience des travailleurs et des institutions de la santé. Nombre de mémoires affirment qu'une protection juridique explicite est nécessaire pour s'assurer que les travailleurs de la santé qui refusent de participer à l'aide médicale à mourir ne subissent aucune conséquence. Un élément clé est de savoir si les médecins qui rejettent l'aide à mourir devraient être légalement tenus de référer les patients pour qu'ils obtiennent le service; une fois de plus, il n'existe pas de consensus sur ce point. De même, les opinions sont divisées à savoir si les institutions de soins de santé, comme les hôpitaux, devraient être tenues d'accéder aux demandes d'aide à mourir. Certains mémoires suggèrent de n'offrir l'aide à mourir que dans des installations distinctes des institutions de soins de santé traditionnelles.

Le dernier enjeu fréquemment soulevé touche la relation entre l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs. En fait, le point de vue le plus souvent exprimé est peut-être celui que les Canadiens doivent avoir un meilleur accès à des soins palliatifs de grande qualité. Plusieurs mémoires suggèrent que l'accès limité à de tels soins est un des principaux facteurs contribuant à demander l'aide à mourir. D'autres préoccupations sont également fréquemment exprimées, à savoir que l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs devraient être séparés et distincts; que l'aide médicale à mourir ne devrait jamais être pratiquée dans une installation de soins palliatifs; et que les professionnels impliqués ne devraient jamais être tenus ou contraints de participer à l'aide médicale à mourir.

Partie 2 : Les risques

Les mémoires énoncent clairement que le principal risque est celui d'une mort injustifiée. La cause la plus souvent invoquée lorsqu'il est question de mort injustifiée est celle de l'erreur de processus : que le processus ne tienne pas compte des personnes qui changeraient d'idée après avoir consenti à l'aide à mourir par exemple, ou qu'un fondé de pouvoir quant aux soins médicaux d'une personne n'agisse pas dans le meilleur intérêt de celle-ci. Plusieurs mémoires signalent le conflit d'intérêt possible lorsque le fondé de pouvoir se trouvera également à bénéficier (p. ex. par héritage) du décès de quelqu'un.

Nombre de mémoires soutiennent que légaliser l'aide médicale à mourir entraînera une augmentation du mauvais traitement des groupes vulnérables, comme les personnes âgées et celles souffrant d'un handicap physique ou mental. Certains voient un risque significatif particulier dans la nature épisodique de nombreuses maladies mentales; une personne vivant



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada* Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



un épisode aigu mais temporaire de maladie mentale pourrait demander et obtenir l'aide médicale à mourir.

Quelques mémoires signalent un risque difficile à mesurer : une perte de respect pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les autres personnes vulnérables. Une idée maintes fois exprimée est que lorsque la mort est considérée comme une façon d'éviter d'éventuelles souffrances possibles et leurs conséquences – tant pour les individus que pour leurs proches et leurs amis – les groupes vulnérables courent un plus grand risque de préjudice.

Un autre risque identifié dans nombre de mémoires est que l'aide médicale à mourir pourrait avoir des effets négatifs sur le système de santé : elle pourrait augmenter la détresse morale et l'épuisement professionnel chez les travailleurs de la santé qui croient à la primauté de la vie et au principe de « avant tout, ne pas nuire ». Au moins un mémoire identifie un risque potentiellement accru de responsabilité juridique pour les infirmières qui aident ou conseillent des patients en fin de vie.

De nombreux mémoires explorent les liens entre l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs. Certains suggèrent que légaliser l'aide à mourir aura des effets inévitables et préjudiciables sur la qualité et la disponibilité des soins palliatifs. Quelques mémoires prédisent qu'une crainte de l'aide à mourir pourrait donner lieu à un report des références en soins palliatifs et à une réduction de l'accès à ces soins. Une idée maintes fois exprimée est qu'accroître la qualité et la disponibilité des soins palliatifs éliminerait (ou réduirait considérablement) les demandes d'aide à mourir.

Plusieurs des risques perçus sont directement liés aux processus de l'aide médicale à mourir, lesquels n'ont pas encore été développés. Il est ainsi mentionné qu'une formation inadéquate des personnes impliquées dans l'aide médicale à mourir pourrait entraîner des conséquences négatives, et que des autorités davantage permissives pourraient ne pas respecter scrupuleusement les exigences juridiques. Certaines mémoires assument que le processus de l'aide à mourir exigera un consentement donné au moment même, ce qui ne pourra être possible dans certains cas en raison de la détérioration de l'état de santé d'une personne.

Le concept de la prétendue pente glissante – voulant que légaliser l'aide médicale à mourir dans des circonstances très limitées donnera éventuellement lieu à une admissibilité considérablement accrue – revient dans nombre de mémoires. Certains affirment que les données provenant de territoires où l'aide médicale à mourir est autorisée (Pays-Bas, Belgique, Suisse et Oregon) prouvent la théorie de la pente glissante; d'autres prétendent que ces données réfutent plutôt la théorie.

Au moins un mémoire suggère que l'autorisation de mise sur le marché de Santé Canada n'autorise actuellement pas l'utilisation de médicaments aux doses requises par l'aide médicale à mourir. À défaut d'une précision dans la loi, les travailleurs de la santé pourraient être exposés à une responsabilité juridique accrue.



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada* Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



Quelques mémoires font ressortir les risques associés à l'élaboration – ou à la non élaboration – d'un régime de réglementation. Des règlements trop stricts pourraient mettre en péril l'autonomie du patient par exemple, tandis que des politiques priorisant l'autonomie du patient pourraient accroître les préjudices pour les patients, leur famille et la société. Enfin, certains mémoires soutiennent que ne pas mettre au point une législation pourrait créer un vide juridique et mener à des pratiques et des politiques incohérentes.

Partie 3 : Les mesures de sauvegarde

La nécessité d'inclure des mesures de sauvegarde explicites dans la loi et les règlements connexes revenait souvent dans les mémoires. Plusieurs insistaient sur l'importance d'une définition précise des principaux termes, comme maladie terminale ou consentement du patient, et des procédures et processus prescrits. Certains mémoires suggéraient que la loi exprime clairement que l'aide médicale à mourir n'est pas un acte médical mais une exception aux lois contre l'homicide.

Tel que noté précédemment, les perceptions diffèrent quant à l'autorité qui devrait chapeauter l'aide médicale à mourir et sa sûreté. Certains croient qu'il serait préférable que l'aide médicale à mourir soit un acte criminel relevant de la compétence fédérale, alors que d'autres croient que l'aide médicale à mourir serait plus sûre si elle était du ressort des gouvernements provinciaux.

Une idée commune à plusieurs mémoires est le besoin d'avoir une (ou plusieurs) agence indépendante chargée de la supervision. Certains demandent que cette entité ait un rôle préliminaire – afin de trier les demandes d'aide à mourir – et d'autres demandent plutôt de lui attribuer un rôle subséquent – pour examiner les cas antérieurs, identifier les tendances et les enjeux, et recommander des améliorations à apporter aux politiques et aux procédures. Quelques mémoires demandent une révision judiciaire triennale de l'aide médicale à mourir.

Il n'y a pas non plus de consensus quant à la composition de ces agences; certains demandent l'implication d'au moins un juge de la Cour fédérale, et d'autres les limiteraient aux médecins. Plusieurs mémoires citent la Commission du consentement et de la capacité de l'Ontario comme un exemple de comité d'examen.

L'idée le plus souvent identifiée comme mesure de sauvegarde renvoie au processus de l'aide médicale à mourir : les étapes qu'un individu devrait franchir pour avoir accès au service. La variété de mesures de sauvegarde suggérées est vaste. Plusieurs mémoires réclament que deux évaluations du patient soient réalisées par des médecins indépendants. D'autres demandent que des évaluations soient effectuées par une équipe multidisciplinaire, soit une équipe interprofessionnelle composée d'au moins un médecin, un psychiatre et un autre spécialiste comme un travailleur social.

Les mesures de sauvegarde liées au consentement varient également considérablement. Certains mémoires indiquent que le consentement devrait être requis tant à l'avance qu'immédiatement avant la mort. D'autres mémoires notent toutefois que le consentement



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada* Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



immédiatement avant la mort (aussi appelé le consentement donné au moment même) s'avérera impossible dans certains cas où l'état de la personne se sera détérioré au-delà d'un certain point.

Une inquiétude connexe mentionnée dans nombre de mémoires est celle de la capacité : la capacité d'une personne à faire un choix éclairé. Les mémoires de plusieurs spécialistes en santé mentale soulignent l'absence de normes scientifiques permettant d'évaluer la capacité de manière précise et constante.

Une mesure de sauvegarde qui revient dans plusieurs mémoires a trait à la documentation et à l'établissement de rapports : que ceux qui sont impliqués dans les procédures d'aide médicale à mourir consignent des renseignements spécifiques à propos des demandes d'aide à mourir, des efforts de counseling, des procédures de consentement et d'autres interactions pertinentes. Plusieurs soulignent que les médecins et les travailleurs de la santé devraient être tenus de faire rapport de toutes les demandes d'aide médicale à mourir.

Certains mémoires suggèrent qu'une mesure de sauvegarde efficace consisterait à clarifier les rôles et les responsabilités de tous les intervenants impliqués dans l'aide médicale à mourir – des médecins et autres professionnels de la santé aux travailleurs sociaux et conseillers. Quelques mémoires suggèrent la création d'un nouveau professionnel autorisé – un euthanasiste ou euthanologue – qui aurait la responsabilité principale de la procédure. Certains suggèrent même que les médecins ne soient pas autorisés à dispenser l'aide à mourir.

Un élément important présent dans de nombreux mémoires provenant de professionnels de la santé est le besoin de protéger la liberté de conscience des travailleurs de la santé. Quelques mémoires indiquent que les travailleurs de la santé devraient pouvoir s'exclure complètement de l'aide médicale à mourir – sans préjudice – et ne pas être tenus de participer ou même de référer un patient à l'aide médicale à mourir. Certains de ces mémoires décrivent un système d'autoréférence plutôt qu'un système obligeant les médecins non-consentants à référer les patients à d'autres médecins. D'autres mémoires adoptent le point de vue opposé; certains avancent que la liberté de conscience aura un effet négatif sur l'accès à l'aide médicale à mourir. Quelques mémoires indiquent que les travailleurs de la santé ne devraient pas pouvoir s'exclure et que les institutions financées par des fonds publics (les hôpitaux par exemple) devraient être tenues de fournir ce service.

Une demande visant à accroître la sensibilisation et l'éducation concernant les enjeux de fin de vie revient également dans de nombreux mémoires. En plus de sensibiliser le public, on réclame aussi une formation ciblée pour les médecins et les professionnels de la santé.

Partie 4 : Les critères d'admissibilité

La plupart des mémoires abordent des éléments se rapportant aux critères d'admissibilité : les qualifications qu'une personne devrait rencontrer pour avoir accès à l'aide médicale à mourir. Le critère qui revient le plus dans les mémoires est l'approbation de deux médecins indépendants.



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada* Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



Il est aussi souvent question de restrictions en fonction de l'âge ou de la nature de la maladie : certains indiquent que l'aide à mourir ne devrait être accessible qu'aux personnes souffrant de maladies terminales spécifiques, et d'autres utilisent plutôt des descripteurs comme extrêmes, débilitantes et sans espoir. Autant les mémoires en faveur qu'opposés à l'aide médicale à mourir mentionnent l'absence de mesures empiriques permettant d'évaluer la souffrance ou la douleur pour appuyer leur point de vue.

Plusieurs des critères avancés dans les mémoires sont beaucoup plus nuancés; on insiste par exemple pour que l'aide à mourir soit disponible seulement après une série de soins palliatifs, ou seulement après qu'un patient refuse de consentir à un plan de soins palliatifs de grande qualité. Il y a également plusieurs nuances dans les mémoires concernant les critères utilisés pour évaluer la capacité et la santé mentale. Certains mémoires se prononcent pour que l'aide à mourir puisse être accessible aux personnes souffrant d'une maladie mentale, alors que d'autres disent exactement le contraire. Certains mémoires demandent l'évaluation d'un psychiatre, et d'autres demandent une telle évaluation seulement s'il y a lieu de croire que la personne souffre d'une maladie mentale. Au moins un mémoire suggère que l'évaluation tienne compte non seulement de la santé physique et mentale, mais aussi de la situation des amis proches et des membres de la famille.

Un autre élément abordé dans plusieurs mémoires est la nécessité de déterminer s'il convient de reconnaître les demandes d'aide médicale à mourir formulées dans des directives préalables – une déclaration signée par une personne spécifiant que tel traitement médical lui soit administré advenant que son état décline jusqu'à un certain niveau. Ici encore, des points de vue diamétralement opposés sont exprimés.

Dans de nombreux cas, les mémoires essentiellement critiques par rapport à la légalisation de l'aide médicale à mourir appuient leur point de vue en décrivant la difficulté (l'impossibilité selon certains) de développer des critères qui réduiraient les risques potentiels. Un mémoire par exemple signale qu'un régime autorisant l'aide à mourir se doit nécessairement de définir les caractéristiques d'une vie valant la peine d'être vécue et que la décision de garder en vie des personnes malades sera prise par des administrateurs susceptibles d'être influencés par d'autres facteurs tels que le coût des soins.



Annexe G

Résumé des mémoires reçus



Le 15 décembre 2015



Annexe G – Résumé des mémoires reçus

Introduction

Le document qui suit présente un résumé et des informations supplémentaire pour chacun des mémoires reçus dans le cadre des consultations externes du Comité.

Dans le cas des mémoires reçus de particuliers, les détails pouvant permettre l'identification des auteurs, comme les noms de famille, ont été éliminés de façon à préserver leur anonymat. Les détails pouvant permettre l'identification n'ont été conservés que lorsqu'une permission spécifique a été accordée par un individu ou lorsqu'un document provient d'un individu rencontré par le Comité dans le cadre de ses consultations directes. Les détails pouvant permettre l'identification n'ont pas été éliminés dans le cas des mémoires soumis au nom d'organisations.

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
001	Raphael	Mémoire soumis à titre personnel	Guidelines for Physician-Assisted Suicide	Traité philosophique sur des concepts comme l'autonomie et le respect des autres réclamant un processus d'aide à mourir selon lequel le patient contrôle la consommation de la substance létale. Le mémoire inclut une liste proposant 19 mesures de sauvegarde.	07/08/2015	Anglais
002	Esther	Mémoire soumis à titre personnel	Euthenasia is never the "better" way	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/08/2015	Anglais
003	Clarence	Mémoire soumis à titre personnel	Joe	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/08/2015	Anglais
004	John	Mémoire soumis à titre personnel	impeachment	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/08/2015	Anglais
005	Peter	Mémoire soumis à titre personnel	No to assisted suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/08/2015	Anglais
006	Ruth	Mémoire soumis à titre personnel	ProtectiveMeasures/ Safeguards	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/08/2015	Anglais
007	Nancy	Mémoire soumis à titre personnel	Invoke the Notwithstanding clause	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/08/2015	Anglais
008	Anita	Mémoire soumis à titre personnel	Intolerable pain	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/08/2015	Anglais
009	Richard	Mémoire soumis à titre personnel	The Death of the Right to Life in Canada	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/08/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
010	Jessica Simon	Division de la médecine palliative de l'Université de Calgary	Perspectives on SCC decision from Division of Palliative Medicine University of Calgary, April 2015	Mémoire demandant une distinction nette entre les soins palliatifs et l'aide à mourir pour éviter des conséquences préjudiciables et non souhaitées sur la relation entre le patient et le médecin. Le mémoire réclame aussi un meilleur accès aux soins palliatifs.	09/08/2015	Anglais
011	Dean	Mémoire soumis à titre personnel	We need to love	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/08/2015	Anglais
012	Julia	Mémoire soumis à titre personnel	Submission to Panel Regarding Physician Assisted Dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/08/2015	Anglais
013	Al	Mémoire soumis à titre personnel	Assisted death is not health care	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	11/08/2015	Anglais
014	Suzanne	Mémoire soumis à titre personnel	Respect de vie	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	11/08/2015	Français
015	Derek	Mémoire soumis à titre personnel	Please be as stringent as possible	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	11/08/2015	Anglais
016	Carlos	Mémoire soumis à titre personnel	Life is life.. what a beautiful free gift	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	11/08/2015	Anglais
017	Richard	Mémoire soumis à titre personnel	Opposé à l'euthanasie	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/08/2015	Français
018	Marie-Christine	Mémoire soumis à titre personnel	Je veux vivre dans un pays civilisé	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/08/2015	Français

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
019	Janina	Mémoire soumis à titre personnel	No to euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/08/2015	Anglais
020	Liliane	Mémoire soumis à titre personnel	favoriser la vie, non pas la mort	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/08/2015	Français
021	Meghan Schrader	Autistic Self Advocacy Network/ American Disabled for Attendant Programs Today	Please Remember Systemic Injustice and Invoke the Notwithstanding Clause to STOP Euthanasia	Mémoire considérant l'aide à mourir du point de vue de personnes handicapées et réclamant l'interdiction de l'aide à mourir.	12/08/2015	Anglais
022	Tim	Mémoire soumis à titre personnel	Subversive Strategies to Sell Assisted Suicide.	Soumission d'un document rédigé par un autre auteur à propos des efforts de lobbyisme consentis par des groupes en faveur de l'aide à mourir.	13/08/2015	Anglais
023	Caitlin	Mémoire soumis à titre personnel	Physician assisted euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/08/2015	Anglais
024	René	Mémoire soumis à titre personnel	la vie don de Dieu	Une citation biblique.	14/08/2015	Français
025	Bertrand	Mémoire soumis à titre personnel	la vie ne nous appartient pas c'est nous qui appartenons à la vie	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	21/08/2015	Français

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
026	Scott Allardyce	Alliance canadienne concernant les politiques reliées au handicap	Canadian Disability Alliance (CDA) comments related to assisted suicide in Canada	Lettre présentant une résolution appuyant la position du Conseil des Canadiens avec déficiences, et réclamant des mesures de sauvegarde spécifiques advenant la promulgation d'une loi autorisant l'aide à mourir. Inclut une thèse sur l'euthanasie non consensuelle par Suzanne Share de l'Université York.	24/08/2015	Anglais
027	Faith	Mémoire soumis à titre personnel	Executioners?	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	25/08/2015	Anglais
028	John	Mémoire soumis à titre personnel	cocomas and advanced dementia using living wills	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	25/08/2015	Anglais
029	Jill	Mémoire soumis à titre personnel	Consider the real cost of Assisted Dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	25/08/2015	Anglais
030	Sigrid	Mémoire soumis à titre personnel	My Beliefs on Physician-assisted Dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	25/08/2015	Anglais
031	Millicent	Mémoire soumis à titre personnel	Protect Life Not Death	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	27/08/2015	Anglais
032	Sophie	Mémoire soumis à titre personnel	Mon point de vue sur l'euthanasie	Commentaire personnel abordant les questions philosophiques liées à l'aide médicale à mourir.	27/08/2015	Français
033	Tamas	Mémoire soumis à titre personnel	A plea from a doctor	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	28/08/2015	Anglais
034	Tim & Louise	Mémoire soumis à titre personnel	PAS and Euthanasia - Impact on our consciences, our families and our culture	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	28/08/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
035	Michel	Mémoire soumis à titre personnel	OPTIONS ILLUSOIRES	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	29/08/2015	Français
036	Antoine	Mémoire soumis à titre personnel	Opinion personnelle	Commentaire personnel suggérant un plus grand rôle de la justice dans l'aide à mourir.	30/08/2015	Français
037	Edward	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Lettre personnelle d'un avocat ayant vécu une expérience personnelle d'aide à mourir dans un autre pays.	01/09/2015	Anglais
038	Sheila	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	01/09/2015	Anglais
039	Wendela	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	01/09/2015	Anglais
040	Donna	Mémoire soumis à titre personnel	Assisted Dying Should Be Accessible	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	01/09/2015	Anglais
041	Klaus	Mémoire soumis à titre personnel	Physician-assisted dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir et mettant l'accent sur les mesures de sauvegarde.	01/09/2015	Anglais
042	Raphael	Mémoire soumis à titre personnel	"An Argument for Physician-Assisted Suicide and Against Euthanasia", Ethics, Medicine, and Public Health (2015, forthcoming).	Ce document de réflexion de 35 pages examine des enjeux clés comme la qualité de vie, l'autonomie et la capacité du patient ainsi que la liberté de conscience des soignants, et fournit des orientations sous la forme de mesures de sauvegarde.	01/09/2015	Anglais
043	Dre Catherine Ferrier	Collectif des médecins contre l'euthanasie	Considerations for Assisted suicide legislation	Propose divers éléments et critères à considérer dans la formulation d'une loi concernant l'aide médicale à mourir. Aborde les critères, conditions et procédures de demande.	01/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
044	Shawn	Mémoire soumis à titre personnel	document	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	01/09/2015	Anglais
045	Rene	Mémoire soumis à titre personnel	Commentary on PAD	Court préambule suivi d'une série de documents incluant des études, articles de journaux et lettres d'opinion.	01/09/2015	Anglais
046	Wilfred	Mémoire soumis à titre personnel	Pro-Choice	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	02/09/2015	Anglais
047	David Baker	BakerLaw	Draft legislation	Projet de texte de loi qui modifierait le Code criminel pour le rendre conforme à la décision de la Cour suprême dans <i>Carter c. Canada</i> .	02/09/2015	Anglais
048	David Baker	BakerLaw	Backgrounder to Draft Legislation	Document complémentaire au projet de texte de loi proposé par David Baker et Gilbert Sharpe (mémoire #047). Des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde sont spécifiés.	02/09/2015	Anglais
049	Catherine	Mémoire soumis à titre personnel	My experience a a Palliative Care nurse	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	02/09/2015	Anglais
050	Kaitlin	Mémoire soumis à titre personnel	Mon opinion	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	02/09/2015	Français
051	Flemming	Mémoire soumis à titre personnel	Danish Ethical Council's considerations on euthanasia	La traduction en 184 pages d'une compilation de trois publications : <i>Spiritual care for the Dying, Treating the Dying</i> et <i>Euthanasia: Legalizing killing on request?</i>	02/09/2015	Anglais
052	Victoria	Socialist Patients Collective/ Patients Front - Multi-focal expansionism Canada	Against the primary (proto-) medical Modern-EuthaNAZism	Document présentant une série de risques présumés et une mise en garde contre la pente glissante.	02/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
053	Patricia	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	03/09/2015	Anglais
054	David	Mémoire soumis à titre personnel	We need to care more!	Lien vers une page de l'Association for Reformed Political Action présentant une lettre d'opinion publiée en février 2015.	03/09/2015	Anglais
055	George	Mémoire soumis à titre personnel	End Of Life Assisted Dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	03/09/2015	Anglais
056	David	Mémoire soumis à titre personnel	Right to die as a Freedom Issue	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	03/09/2015	Anglais
057	Jeremy	Mémoire soumis à titre personnel	Time for Ottawa to Act	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir. Quelques mesures de sauvegarde et mécanismes d'accessibilité sont suggérés.	03/09/2015	Anglais
058	Harry	Mémoire soumis à titre personnel	Results Not Intentions	La réimpression d'un article rédigé par le directeur général d'un organisme sans but lucratif de Toronto. L'article examine de façon exhaustive les enjeux impliqués, identifie les risques et présente des mesures de sauvegarde.	04/09/2015	Anglais
059	Máire	Mémoire soumis à titre personnel	The Dangers of Government Assisted Suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	05/09/2015	Anglais
060	Robert	Mémoire soumis à titre personnel	God's will	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	06/09/2015	Anglais
061	Jule	Mémoire soumis à titre personnel	more personal opinions on doctor-"assisted" suicide and mercy killing	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	06/09/2015	Anglais
062	Tom	Mémoire soumis à titre personnel	Submission, Tom XXXX: Living before dying with dignity	Avis personnel bien informé décrivant quelques mesures de sauvegarde et examinant plusieurs points éthiques pertinents.	06/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
063	Tom	Mémoire soumis à titre personnel	XXXX final.pdf	Présentation de 99 pages faite devant la Cour supérieure du Québec dans une cause impliquant l'aide médicale à mourir.	06/09/2015	Anglais
064	François	Mémoire soumis à titre personnel	Les dangers de l'euthanasie	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	06/09/2015	Français
065	Francis	Mémoire soumis à titre personnel	Physician Assisted Suicide and Security of the Person	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/09/2015	Anglais
066	Nora	Mémoire soumis à titre personnel	Right to Die	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/09/2015	Anglais
067	Stuart	Mémoire soumis à titre personnel	Why Canadian Attitudes on Dying Have Changed	Explication des raisons pour lesquelles l'attitude des Canadiens à l'égard du suicide assisté a apparemment changé.	07/09/2015	Anglais
068	Jonathan	Mémoire soumis à titre personnel	Words of Wisdom in Regards to Euthanasia	Extrait d'une lettre écrite par le pape Jean-Paul II.	07/09/2015	Anglais
069	Dave	Mémoire soumis à titre personnel	The Importance of Self-determination	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/09/2015	Anglais
070	John	Mémoire soumis à titre personnel	Addressing Problems with Doctor-Assisted Suicide	Commentaire personnel axé sur deux risques (les pressions sur les patients vulnérables et l'atteinte au rôle des médecins) et proposant des mesures de sauvegarde.	07/09/2015	Anglais
071	Veronica	Mémoire soumis à titre personnel	Risks of, and Alternative to Physician Assisted Dying (PAD)	Commentaire personnel examinant les risques et suggérant un plus grand soutien des soins palliatifs.	07/09/2015	Anglais
072	Julie	Mémoire soumis à titre personnel	Canada; a people of life	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
073	Jesse	Mémoire soumis à titre personnel	Physician-assisted suicide unforensic and inimical to public good	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/09/2015	Anglais
074	Kenneth	Mémoire soumis à titre personnel	State Regulated Killing	Courte note encourageant le Comité à mener des consultations auprès de groupes spécifiques.	08/09/2015	Anglais
075	Kevin	Mémoire soumis à titre personnel	The Great Matter of Life and Death - A philosophical perspective	Une longue (20 pages) analyse philosophique de la décision de la Cour suprême et des réponses potentielles à celle-ci soumise avec son autorisation par un ami de l'auteur.	08/09/2015	Anglais
076	Barbara	Mémoire soumis à titre personnel	New laws enabling doctor-assisted suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/09/2015	Anglais
077	Lynn	Mémoire soumis à titre personnel	Reasonable safeguards, not unreasonable barriers to access	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/09/2015	Anglais
078	Mary	Mémoire soumis à titre personnel	The Right to Choose	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/09/2015	Anglais
079	Lizzy	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/09/2015	Anglais
080	Ian Bushfield	British Columbia Humanist Association	Allow assisted dying for all who choose it	Ce mémoire présente un point de vue humaniste des enjeux pertinents et suggère quelques attributs d'un régime potentiel.	10/09/2015	Anglais
081	Christian	Mémoire soumis à titre personnel	L'euthanasie (aide médicale à mourir) : une forme de corruption sournoise	Un livre (adaptation d'un travail universitaire de recherche concernant la gérontologie) mettant en garde contre des risques inhérents présumés liés à la légalisation de l'aide à mourir.	10/09/2015	Français

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
082	Kirsten	Mémoire soumis à titre personnel	Ron XXXX's Suicide Note	Vraisemblablement une lettre de suicide laissée avant de s'enlever la vie par une personne souffrant d'un cancer terminal.	10/09/2015	Anglais
083	Ellinor	Mémoire soumis à titre personnel	Re: Legislative response to legalization of Physician-Assisted Death	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/09/2015	Anglais
084	Daniel	Mémoire soumis à titre personnel	The Government	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/09/2015	Anglais
085	Jule	Mémoire soumis à titre personnel	Hospital protocols	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/09/2015	Anglais
086	Hilmar	Mémoire soumis à titre personnel	Comply with the court's decision!	Une série de captures d'écrans venant apparemment du site Web de la BC Humanist Association et présentant les vues de l'organisation sur l'aide à mourir, y compris les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde.	11/09/2015	Anglais
087	Mac	Mémoire soumis à titre personnel	Considerations from Belgium's experience with assisted dying	Article décrivant comme excessivement permissif et manquant de mesures de sauvegarde le régime de la Belgique en matière d'aide médicale à mourir.	12/09/2015	Anglais
088	François	Mémoire soumis à titre personnel	Legalized euthanasia and assisted suicide in Canada: recommendations to attenuate a lethal mix for patients and a doctor-assisted disaster for medicien and Canadian society	Un document de 10 000 mots, avec notes de bas de page détaillées et références, examinant le sujet selon les points de vue de patients gériatriques et de leurs fournisseurs de soins. Le document recommande une série de mesures de sauvegarde et propose des définitions des principaux termes.	12/09/2015	Anglais
089	Sheila	Mémoire soumis à titre personnel	Physician-assisted dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
090	Adele	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	13/09/2015	Anglais
091	Egbert	Mémoire soumis à titre personnel	Comments re Putting Down	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	13/09/2015	Anglais
092	Alain	Mémoire soumis à titre personnel	Justice certaine ou certaine justice?	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	15/09/2015	Français
093	Margaret	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	16/09/2015	Anglais
094	Kathryn Tucker	Disability Rights Legal Center	Declaration of Eric Kress, M.D., In Support of Motion for Preliminary Injunction	Le témoignage d'un médecin devant une cour du Montana dans une cause d'aide médicale à mourir.	16/09/2015	Anglais
095	Elizabeth	Mémoire soumis à titre personnel	A huge mistake for all Canadians	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	17/09/2015	Anglais
096	Markos	Mémoire soumis à titre personnel	Dying with Dignity: is Euthanasia the Public Policy Answer?	Document de 14 pages examinant plusieurs des enjeux éthiques soulevés par la décision de la Cour suprême.	17/09/2015	Anglais
097	Mary	Mémoire soumis à titre personnel	The Greed and Abuse Factor	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	18/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
098	Dr Thomas Bouchard, Dr Jim Lane	Canadian Federation of Catholic Physicians Societies	Conscience protection in Legislation	Lettre de la Canadian Federation of Catholic Physicians Societies présentant la position de l'organisation sur l'aide médicale à mourir. Le mémoire comprend aussi des documents d'autres organisations dont trois lettres, une proposition quant à la manière de répondre aux demandes d'aide à mourir tout en respectant la liberté de conscience des médecins et l'autonomie du patient, et une ébauche de politique du College of Physicians and Surgeons of Alberta sur le même sujet.	20/09/2015	Anglais
099	Betty	Mémoire soumis à titre personnel	Protect and respect life	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	21/09/2015	Anglais
100	Lisa	Mémoire soumis à titre personnel	I want choice.	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	21/09/2015	Anglais
101	Eva	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	22/09/2015	Anglais
102	Sheila	Mémoire soumis à titre personnel	Graham XXXXXX Document	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	22/09/2015	Anglais
103	Alain	Mémoire soumis à titre personnel	LOI ET BIEN COMMUN	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	23/09/2015	Français
104	Alan & Judy	Mémoire soumis à titre personnel	Assisted Death	Un homme relate les luttes quotidiennes de son épouse qui souffre de sclérose en plaque.	23/09/2015	Anglais
105	Alain	Mémoire soumis à titre personnel	Précision constitutionnelle	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	23/09/2015	Français

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
106	Evelyn	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	24/09/2015	Anglais
107	Sarah Bastedo	Inter-professional Healthcare Students' Association	Assisted Dying Position Paper	Mémoire traitant d'une approche interdisciplinaire de l'aide médicale à mourir en impliquant plusieurs professionnels de la santé.	24/09/2015	Anglais
108	Elizabeth	Mémoire soumis à titre personnel	STOP EUTHANASIA	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	24/09/2015	Anglais
109	James Sanders, Chair	Conseil consultatif du handicap de Mourir dans la dignité Canada	Submission to the Federal Panel on PAD from the Disability Community	Mémoire examinant plusieurs enjeux du point de vue de personnes handicapées.	25/09/2015	Anglais
110	Wanda Morris, CEO	Dying with Dignity Canada	Submission to the Federal Panel on PAD from Dying With Dignity Canada	Mémoire qui demande une série de mesures de sauvegarde, définit les principaux termes et traite des faiblesses perçues dans le cahier de questions du Comité.	25/09/2015	Anglais
111	Vyda Ng	Conseil unitarien du Canada	Canadian Provincial/Territorial Expert Advisory Group on Physician-Assisted Dying - Written Submission Stakeholder Form	Mémoire demandant des mesures de sauvegarde comme une évaluation détaillée des besoins du patient. Il décrit aussi des obstacles potentiels à l'accès à l'aide à mourir et des façons de les surmonter.	26/09/2015	Anglais
112	Gerald	Mémoire soumis à titre personnel	Support for dr assisted end of life with appropriate safeguards	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	26/09/2015	Anglais
113	Marilyn	Mémoire soumis à titre personnel	Alternative to physician-assisted suicide and euthansia.	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	26/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
114	Carolyn	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	27/09/2015	Anglais
115	PJ	Mémoire soumis à titre personnel	One physician's perspective on PAD	Mémoire soumis par un médecin exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	28/09/2015	Anglais
116	Jeanette	Mémoire soumis à titre personnel	MD Assisted Death	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	28/09/2015	Anglais
117	Jessica	Mémoire soumis à titre personnel	It's Time to Change the Law	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	28/09/2015	Anglais
118	Richard	Mémoire soumis à titre personnel	My right to physician assisted dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	29/09/2015	Anglais
119	Margaret	Mémoire soumis à titre personnel	Consultation on Physician Assisted Dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir. Il réclame des mesures de sauvegarde ne créant pas des obstacles déraisonnables à l'accès.	29/09/2015	Anglais
120	Aj	Mémoire soumis à titre personnel	It is time to give people the freedom over their own bodies and lives.	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	29/09/2015	Anglais
121	Marie	Mémoire soumis à titre personnel	Assisted dying and souls on ice	Un bioéthicien donne un aperçu de l'éthique de l'aide à mourir.	29/09/2015	Anglais
122	Stella	Mémoire soumis à titre personnel	Protect vulnerable Canadians!	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	29/09/2015	Anglais
123	Olivia	Mémoire soumis à titre personnel	This is wrong	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	29/09/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
124	Don	Mémoire soumis à titre personnel	Voluntary Euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	30/09/2015	Anglais
125	Tamara	Mémoire soumis à titre personnel	Euthanasia should not be legalized	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	30/09/2015	Anglais
126	Taylor	Mémoire soumis à titre personnel	Freedom of conscience and religion are fundamental freedoms in Canada under Section 2 of the Charter of Rights and Freedoms.	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	30/09/2015	Anglais
127	Michael Bach	Association canadienne pour l'intégration communautaire	Protecting Choice & Safeguarding Inclusion	Exposé de position suggérant des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde rationnels pour protéger les personnes vulnérables.	01/10/2015	Anglais
128	Kallie	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	01/10/2015	Anglais
129	Barbara Glidewell	Mémoire soumis à titre personnel	The Oregon Experience	Présentation PowerPoint examinant les 17 années d'histoire de l'aide médicale à mourir légale en Oregon.	02/10/2015	Anglais
130	Dr Hartley Stern, directeur général	L'Association canadienne de protection médicale	Options for a Legislative Response to Carter v. Canada	Lettre qui met l'accent sur la liberté de conscience des médecins et demande la clarté juridique compte tenu de la décision de la Cour suprême.	02/10/2015	Anglais
131	Brandon	Mémoire soumis à titre personnel	How to define pain	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	03/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
132	Rob Jonquière	World Federation of Right to Die Societies (WFRtDS)	Comment from a Dutch and World perspective	L'ancien directeur général de la Société néerlandaise pour l'euthanasie volontaire explique le cadre juridique de la loi des Pays-Bas et certaines statistiques pertinentes de ce pays.	04/10/2015	Anglais
133	Janet	Mémoire soumis à titre personnel	In Favour of Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	04/10/2015	Anglais
134	Doris	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	05/10/2015	Anglais
135	Professeur Michael Eleff, MD	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Lettre d'un psychiatre exprimant des points de vue personnels et professionnels.	05/10/2015	Anglais
136	Philippe	Mémoire soumis à titre personnel	Principes à respecter dans tout régime d'aide médicale à mourir	Ce document de sept pages a été initialement rédigé en 2010 lors du débat pour le projet de loi C-384, a été réécrit lors de l'examen de la loi québécoise sur l'aide médicale à mourir et il a encore été révisé. Le document est documenté et contient des notes de bas de page; il traite des principaux enjeux éthiques et juridiques.	05/10/2015	Français
137	Justine	Mémoire soumis à titre personnel	Suggestions to the Panel	Un médecin canadien vraisemblablement établi aux États-Unis répond à la consultation en ligne.	05/10/2015	Anglais
138	Daniela	Mémoire soumis à titre personnel	Sick Child's Future at Risk	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	05/10/2015	Anglais
139	Elaine	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to authorities from my former husband, Dan Devaney	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	05/10/2015	Anglais
140	Mark	Mémoire soumis à titre personnel	Opposition to Any Form of Physician Involvement in Suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	05/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
141	Joshua T. Landry, MSc	Mémoire soumis à titre personnel	Ethical Considerations in the Regulation of Euthanasia and Physician-Assisted Death in Canada	Mémoire présentant des éléments éthiques qui seraient pertinents pour l'élaboration de politiques et de règlements tenant compte de la décision de la Cour suprême. Il examine les régimes en vigueur dans des territoires où l'euthanasie est légale, et explore des sujets comme l'autonomie du patient et du fournisseur selon un point de vue canadien.	06/10/2015	Anglais
142	Thomas	Mémoire soumis à titre personnel	Why the delay?	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	06/10/2015	Anglais
143	Karen	Mémoire soumis à titre personnel	Legislative Response to Carter v. Canada	Commentaire personnel décrivant des mesures de sauvegarde.	06/10/2015	Anglais
144	Wayne	Mémoire soumis à titre personnel	Physician-assisted Dying in Canada: Where do we go from Here?	Énoncé d'opinion long et réfléchi sous la forme de questions-réponses qui décrit les mesures de sauvegarde, incluant des considérations quant à l'examen et à la surveillance.	06/10/2015	Anglais
145	Alison	Mémoire soumis à titre personnel	Euthanasia and Assisted Dying	Une pharmacienne communautaire suggère des procédures pour l'aide à mourir et propose des mesures de sauvegarde.	06/10/2015	Anglais
146	Tim	Mémoire soumis à titre personnel	"I desire mercy, not sacrifice."-Jesus	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	06/10/2015	Anglais
147	Ginette	Mémoire soumis à titre personnel	Palliative Care doesn't kill	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	06/10/2015	Anglais and Français
148	Joan	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Anglais
149	Amy Hasbrouck	Toujours Vivant-Not Dead yet	Goals, Principles and Recommendations: Legislation Governing Assisted Suicide	Document exprimant des inquiétudes qu'ont certaines personnes handicapées concernant une loi possible relative à l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
150	Hélène	Mémoire soumis à titre personnel	Point de vue personnel sur la question	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Français
151	Rosa	Mémoire soumis à titre personnel	Legalizing Assisted Suicide	Une pétition ou déclaration énumérant plusieurs risques.	07/10/2015	Anglais
152	Kevin	Mémoire soumis à titre personnel	terminology and possible remedies	Article d'opinion destiné à la revue <i>Hospital News</i> qui pose un certain nombre de questions liées aux risques et aux mesures de sauvegarde.	07/10/2015	Anglais
153	Janet McLean et Judy Lewis	Catholic Women's League of Canada	The Catholic Women's League of Canada	Mémoire exprimant des inquiétudes quant à la disponibilité inadéquate des soins palliatifs et décrivant quelques risques.	07/10/2015	Anglais
154	Raphael	Mémoire soumis à titre personnel	Guidelines for physician-assisted suicide	Article d'un professeur de l'Université de Hull, au Royaume-Uni, qui traite des éléments philosophiques et propose des lignes directrices pour l'aide à mourir.	07/10/2015	Anglais
155	Greg	Mémoire soumis à titre personnel	The need for Physician Assisted Death	Mémoire mettant l'accent sur les mesures de sauvegarde de l'aide à mourir.	07/10/2015	Anglais
156	Annette	Mémoire soumis à titre personnel	Respect the right to die with dignity	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Anglais
157	Shirley	Mémoire soumis à titre personnel	The death of Jack XXXX	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Anglais
158	Brian	Mémoire soumis à titre personnel	Euthanasia and human rights	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Anglais
159	Kit et Pat	Mémoire soumis à titre personnel	Assisted suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	07/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
160	Nicole	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/10/2015	Français
161	André	Mémoire soumis à titre personnel	Mémoire au Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/10/2015	Français
162	Paul	Mémoire soumis à titre personnel	Feedback for the 2015 Consultation on Legislative Options for Assisted Dying	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir et suggérant des mesures de sauvegarde.	08/10/2015	Anglais
163	Vincent	Mémoire soumis à titre personnel	Ban all forms of assistant killing	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/10/2015	Anglais
164	Timothy	Mémoire soumis à titre personnel	Palliative Care for All & Medically-Assisted Rational Suicide (MARS) - towards full Patient autonomy in End of Life Care.	Un médecin décrit la « malhonnêteté thérapeutique » du statu quo et quelques mesures de sauvegarde.	08/10/2015	Anglais
165	Pat	Mémoire soumis à titre personnel	Explore ALL avenues	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/10/2015	Anglais
166	Faye Sonier	Médecins canadiens pour la vie	Canadian Physicians for Life Submission	Mémoire mettant l'accent sur la nature morale de la pratique médicale et proposant des mécanismes pour s'assurer que tous les médecins, peu importe leurs convictions, sont traités équitablement.	08/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
167	Rev. Dr. Darren Roorda	Christian Reformed Church in North America	Submission to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada on Physician-Assisted Dying	Lettre insistant sur l'importance de prodiguer des soins de qualité adéquats.	08/10/2015	Anglais
168	Cameron	Mémoire soumis à titre personnel	More time is necessary	Lettre demandant davantage de temps pour identifier et examiner les options avant de répondre à la décision de la Cour suprême.	08/10/2015	Anglais
169	Michel	Mémoire soumis à titre personnel	Un pensez-y bien	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/10/2015	Français
170	C. Gwendolyn Landolt	REAL Women of Canada	More Time Required ...	Lettre demandant davantage de temps pour identifier et examiner les options avant de répondre à la décision de la Cour suprême.	08/10/2015	Anglais
171	Marcia	Mémoire soumis à titre personnel	Response to Terms of Reference	Lettre identifiant des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde potentiels.	08/10/2015	Anglais
172	Cathy	Mémoire soumis à titre personnel	Risks of Assisted Suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	08/10/2015	Anglais
173	Monique	Mémoire soumis à titre personnel	Euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/10/2015	Anglais
174	Tammy	Mémoire soumis à titre personnel	We need palliative care not end of life	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/10/2015	Anglais
175	Jim	Mémoire soumis à titre personnel	Another vote for doctor assisted death	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
176	Vito	Mémoire soumis à titre personnel	Guidance from God's Biblical Principles	Un long mémoire s'appuyant sur de nombreuses citations bibliques pour étayer des convictions en matière de souffrance humaine, d'euthanasie et de suicide assisté.	09/10/2015	Anglais
177	Alfred	Mémoire soumis à titre personnel	Persons and Questions	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/10/2015	Anglais
178	Sharon Baxter	Association canadienne de soins palliatifs	Consultation submission by the Canadian Hospice Palliative Care Association	Mémoire mettant en contexte les changements en matière de décisions et d'options de fin de vie, et les taux plus élevés de maladies chroniques et d'infirmité. Demande un meilleur accès aux soins palliatifs et davantage d'informations quant aux options et décisions de fin de vie.	09/10/2015	Anglais
179	Hans	Mémoire soumis à titre personnel	The Carter decision should be overthrown	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/10/2015	Anglais
180	John	Mémoire soumis à titre personnel	The Truth about Euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	09/10/2015	Anglais
181	Ginette	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir. Fournit des orientations en matière de mesures de sauvegarde et de principes.	10/10/2015	Français
182	Duncan	Mémoire soumis à titre personnel	Please, Recommend No	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/10/2015	Anglais
183	Joe	Mémoire soumis à titre personnel	Time for Action-Leadership is Results not Position	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/10/2015	Anglais
184	Archevêque J. Michael Miller, CSB	Archdiocèse de Vancouver	Archbishop Miller - Submission - Consultation on Legislated Options for Assisted Dying	Mémoire mettant l'accent sur les risques et mentionnant quelques mesures de sauvegarde.	10/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
185	Marie	Mémoire soumis à titre personnel	Liberté de conscience	Commentaire personnel détaillé d'un médecin retraité qui explore des concepts comme la liberté de conscience, les valeurs, la médecine et autres.	10/10/2015	Français
186	Rev Don Larson	Archdiocèse de Vancouver	CONCERN	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/10/2015	Anglais
187	Francis	Mémoire soumis à titre personnel	3.2, abc&d Daughters End of Life	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/10/2015	Anglais
188	Linda	Mémoire soumis à titre personnel	Mandate	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	10/10/2015	Anglais
189	Cathy Bouchard	Catholic Women's League of Canada	Consultations on Legislation for Assisted Dying	Insiste sur l'importance de la liberté de conscience des fournisseurs de soins et le respect de la vie humaine. Met en garde contre la possibilité de faire un « droit » de l'aide médicale à mourir.	11/10/2015	Anglais
190	Liette	Mémoire soumis à titre personnel	Mémoire présenté au comité externe sur les options de réponses législatives à Carter c. Canada (euthanasie)	Mémoire d'un médecin exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir. Il s'attarde entre autres aux risques, aux mesures de sauvegarde et aux personnes vulnérables.	11/10/2015	Français
191	Diederik Lohman, directeur adjoint de la division Santé	Human Rights Watch	Human Rights Watch Submission to External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada	Exposé de position détaillé de 12 pages, avec références et notes de bas de page, mettant l'accent sur la notion d'une prise de décision libre et éclairée et sur l'accès et la disponibilité des soins palliatifs. Présente également un point de vue international des droits de la personne sur les principaux enjeux.	11/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
192	Gordon	Mémoire soumis à titre personnel	Quelques Considérations de la Perspective des Personnes Handicapées Portant sur la Forme et l'Implémentation d'une Loi Future au Sujet du Suicide Assisté	Document de 8000 mots examinant les divers éléments impliqués d'un point de vue personnel et philosophique, et mettant l'accent sur les effets potentiellement négatifs d'une loi sur l'aide médicale à mourir pour les personnes handicapées.	11/10/2015	Français
193	Catherine	Mémoire soumis à titre personnel	Hearing our voice	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	11/10/2015	Anglais
194	Julie	Mémoire soumis à titre personnel	Minimize Risks to Individuals and Society by Establishing Safeguards through Front Line Workers rds	Mémoire décrivant des expériences personnelles d'un fournisseur de soins lors du décès de deux membres de sa famille dans deux provinces et dans des circonstances fort différentes. Demande un meilleur accès à des soins palliatifs standardisés.	11/10/2015	Anglais
195	Jake Sinke	Coalition de l'action pour la famille au Canada	Look Closely at the Alternative	Brève lettre en faveur d'un meilleur accès à des soins de santé standardisés. Inclut en pièce jointe un document de 17 pages, avec références et notes de bas de page, qui examine les principaux enjeux et demande un meilleur accès aux soins palliatifs.	11/10/2015	Anglais
196	Jo	Mémoire soumis à titre personnel	Life in Canada	Commentaire personnel faisant suite au décès récent d'un proche.	12/10/2015	Anglais
197	Wendy	Mémoire soumis à titre personnel	My Choice	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/10/2015	Anglais
198	Emily	Mémoire soumis à titre personnel	Concerns about physician-assisted suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	12/10/2015	Anglais
199	Frances	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	13/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
200	André Schutten	Association for Reformed Political Action Canada	Protecting Life: How Parliament Can Fully Ban Assisted Suicide Without Using Section 33	Mémoire présentant une analyse juridique de la décision de la Cour suprême et proposant un projet de texte de loi interdisant le suicide assisté à tous, y compris aux médecins et aux travailleurs de la santé.	13/10/2015	Anglais
201	Louis	Mémoire soumis à titre personnel	Not withstanding Clause	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	13/10/2015	Anglais
202	Elizabeth	Mémoire soumis à titre personnel	Physician-Assisted Suicide Must Not Come to Canada	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir et proposant diverses mesures de sauvegarde.	13/10/2015	Anglais
203	Elizabeth Andrzejczak	Kildonan Advocates for Life	Notwithstanding Clause Requested	Document exprimant des inquiétudes relatives à l'utilisation de la mort pour éviter de possibles souffrances futures et traitant des conséquences tragiques de cela pourrait avoir sur les groupes vulnérables de la société.	13/10/2015	Anglais
204	Myrella Roy	Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux	Perspectives of the Canadian Society of Hospital Pharmacists on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada	Document de sept pages incluant une liste de risques et de mesures de sauvegarde y correspondant, répartis entre risques pour les patients et pour la société (incluant les professionnels de la santé).	13/10/2015	Anglais
205	Tonia	Mémoire soumis à titre personnel	Risks are Substantial	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/10/2015	Anglais
206	Cheryl	Mémoire soumis à titre personnel	Reasons for restrictions	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/10/2015	Anglais
207	Michael	Mémoire soumis à titre personnel	Dealing with dementia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
208	Chris	Mémoire soumis à titre personnel	Right to Die	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/10/2015	Anglais
209	Flavianne	Mémoire soumis à titre personnel	Maintain the current law.	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/10/2015	Anglais
210	Diane Coleman, JD	Not Dead Yet (USA)	Statement of Not Dead Yet (USA)	Document de 15 pages, avec références et notes de bas de page, examinant les principaux enjeux, en particulier ceux liés aux personnes handicapées, et proposant des recommandations pour réduire les risques.	14/10/2015	Anglais
211	Rosemary	Mémoire soumis à titre personnel	Stop Euthanasia	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	14/10/2015	Anglais
212	Douglas	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	15/10/2015	Anglais
213	Stephanie	Mémoire soumis à titre personnel	Protection of the Vulnerable	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	15/10/2015	Anglais
214	Jessica McKeachie	Armée du Salut	Physician-Assisted Dying: The Salvation Army's Perspective	Exposé de position (bilingue) expliquant les principes derrière la position de l'organisation.	15/10/2015	Bilingual
215	Robert	Mémoire soumis à titre personnel	The woman who walked into the sea.	Commentaire personnel faisant référence au livre <i>The woman who walked into the sea: Huntington's and the making of a genetic disease</i>	15/10/2015	Anglais
216	Sujandi	Mémoire soumis à titre personnel	Submission for Panal and Ministers	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	15/10/2015	Anglais
217	Tina	Mémoire soumis à titre personnel	Euthanasia and Physician-Assisted Suicide.	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir et proposant diverses mesures de sauvegarde.	16/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
218	Neil Hilliard	Soins de fin de vie, Autorité sanitaire de Fraser	Submission to the External Panel on a Legislative Response to Carter v. Canada	Lettre d'un directeur médical du Programme de soins de fin de vie de l'Autorité sanitaire de Fraser, représentant visiblement les vues de la division de médecine palliative de l'Autorité sanitaire, présentant un examen détaillé des principaux enjeux du point de vue des soins palliatifs.	16/10/2015	Anglais
219	Rob Manning	Illness Strategies	Mercy Healing	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	16/10/2015	Anglais
220	Betty-Anne	Mémoire soumis à titre personnel	Submission for Federal Panel on Physician Assisted Dying (October 2015)	Commentaires personnels éclairés sur les critères d'admissibilité, les risques et les mesures de sauvegarde tels que présentés dans les directives du Comité pour la soumission de mémoires.	16/10/2015	Anglais
221	Joelle Walker	Association des pharmaciens du Canada	Role of pharmacists	Position préliminaire (avant l'élection fédérale et avant la consultation directe avec le Comité) sur les principaux enjeux.	16/10/2015	Anglais
222	Sandra Kary	Catholic Health Association of Saskatchewan	Letter from Catholic Health Association of Sask	Lettre présentant la position de l'organisation relativement à une réponse appropriée à la décision de la Cour suprême.	16/10/2015	Anglais
223	Pat	Mémoire soumis à titre personnel	Mercy	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	16/10/2015	Anglais
224	Adele	Mémoire soumis à titre personnel	Why has life become disposable?	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	16/10/2015	Anglais
225	Douglas F. Jack	Communauté indigène www.indigenecommunity.info	'Indigene (Latin 'self-generating')-'Community' (L. 'com' = 'together' + 'munus' = 'gift-or-service') options for living	Document traitant de points de vue indigènes et coloniaux sur les soins de santé et l'aide à mourir.	17/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
226	Bob	Mémoire soumis à titre personnel	why assist	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	17/10/2015	Anglais
227	Carole	Mémoire soumis à titre personnel	Formal Submission on Assisted Suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	17/10/2015	Anglais
228	Pat Seed	Citizens With Disabilities – Ontario (CWDO)	CWDO Submission to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada	Document présentant le point de vue de personnes handicapées sur les principaux enjeux, y compris la définition de termes ainsi que les risques et mesures de sauvegarde.	17/10/2015	Anglais
229	Glen	Mémoire soumis à titre personnel	L'État qui tue	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	17/10/2015	Français
230	Kerry	Mémoire soumis à titre personnel	Direct Consultation: Physician Assisted-Dying in Canada	Commentaire personnel éclairé décrivant les mesures de sauvegarde et les risques.	17/10/2015	Anglais
231	Jennifer Tong	A Network of BC Physicians	Submission to Panel	Mémoire demandant un « solide système de mesures de sauvegarde...soigneusement conçu et surveillé...pour protéger la sécurité des patients et l'intérêt public ». Il insiste aussi sur le besoin de protéger la liberté de conscience des médecins.	18/10/2015	Anglais
232	Pierre	Mémoire soumis à titre personnel	Point de vue personnel sur la décriminalisation de l'aide médical au suicide	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	18/10/2015	Français
233	Elizabeth	Mémoire soumis à titre personnel	Physician Assisted Suicide	Commentaire personnel mettant l'accent sur le consentement.	18/10/2015	Anglais
234	Catherine	Mémoire soumis à titre personnel	Respect, Goodwill and Freedom	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	18/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
235	Linda	Mémoire soumis à titre personnel	When Does an Inch Become a Mile	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	18/10/2015	Anglais
236	Doug Thomas	Secular Connexion Séculière	Key Issues For Non-believers Regarding Physician-assisted Dying in Canada	Mémoire proposant des mesures de sauvegarde et examinant les enjeux éthiques d'un point de vue laïc.	18/10/2015	Anglais
237	Susan	Mémoire soumis à titre personnel	Request To Die	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	18/10/2015	Anglais
238	Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/sida	Carter Factum	Le mémoire conjoint de l'intervenant du Réseau juridique canadien VIH/sida et de la HIV/AIDS Legal Clinic Ontario dans la cause <i>Carter</i> .	19/10/2015	Anglais
239	Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/sida	Submission to Provincial Panel	Mémoire insistant sur l'importance de respecter l'autonomie du patient dans le processus de décision, de limiter les périodes d'attente et les exigences quant au consentement donné au moment même, et réclamant des normes nationales et de contrôle.	19/10/2015	Anglais
240	Clarice	Mémoire soumis à titre personnel	Letter to Panel	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	19/10/2015	Anglais
241	Althea	Mémoire soumis à titre personnel	A Physician's Input to the Expert Panel's Consultation Process	Commentaires personnels éclairés sur le rôle des médecins dans les soins palliatifs, et description des risques et des mesures de sauvegarde.	19/10/2015	Anglais
242	Kiply Lukan Yaworski	Diocèse catholique romain de Saskatoon	Submission from Bishop of RC Diocese of Saskatoon	Mémoire identifiant quelques-uns des risques associés à l'aide médicale à mourir.	19/10/2015	Anglais
243	Johnny	Mémoire soumis à titre personnel	Protection of Physicians' Freedom of Conscience	Commentaire personnel sur les incidences potentielles sur la liberté de conscience des médecins.	19/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
244	Stanley	Mémoire soumis à titre personnel	Proposal for Criminal Code Reforms in Regard to Voluntary Death	Mémoire destiné à un comité sénatorial qui semble dater de 1996.	19/10/2015	Anglais
245	Matthew	Mémoire soumis à titre personnel	Federal PAD Panel Submission	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	19/10/2015	Anglais
246	Emma	Mémoire soumis à titre personnel	Better End of Life Care Not Doctor Assisted Suicide	Description d'une expérience personnelle liés aux soins de fin de vie.	19/10/2015	Anglais
247	Anastasia Pearse	National Campus Life Network	Legalizing PAS is not in the Best Interest of Canadians	Mémoire identifiant un certain nombre de risques présumés présentés par l'aide médicale à mourir.	19/10/2015	Anglais
248	Bruce	Mémoire soumis à titre personnel	Caution Urged	Mémoire décrivant les risques et identifiant des mesures de sauvegarde.	19/10/2015	Anglais
249	Eric	Mémoire soumis à titre personnel	Response to External Panel request for input on Assisted Death	Mémoire décrivant les risques et identifiant des mesures de sauvegarde.	19/10/2015	Anglais
250	Randy	Mémoire soumis à titre personnel	Love	Mémoire s'appuyant sur de nombreuses citations bibliques pour étayer des convictions en matière de souffrance humaine, d'euthanasie et de suicide assisté.	19/10/2015	Anglais
251	Natalie	Mémoire soumis à titre personnel	Incurrable pain - A Personal Account	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	19/10/2015	Anglais
252	E. P.	Mémoire soumis à titre personnel	The primacy of individual choice in this matter	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir et proposant diverses mesures de sauvegarde.	19/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
253	Doris Grinspun	L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	RNAO Submission to the Expert Panel for a Legislative Response to Carter v. Canada	Document présentant la position de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ainsi qu'une série de recommandations, incluant un processus collaboratif en plusieurs étapes afin d'élaborer un cadre de réglementation.	19/10/2015	Anglais
254	Derek	Mémoire soumis à titre personnel	There Is No Sane, Rational, Moral Way for the Government to Implement Carter v. Canada	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	19/10/2015	Anglais
255	Dre Carol Leet et Dr Rocco Gerace	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	College of Physicians and Surgeons of Ontario- Comments to Federal Panel	Mémoire présentant les risques présumés et des mesures de sauvegarde, et examinant la liberté de conscience des médecins et autres fournisseurs de soins de santé.	19/10/2015	Anglais
256	James	Mémoire soumis à titre personnel	A personal post-Carter perspective	Cette réponse détaillée traite de la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé.	19/10/2015	Anglais
257	Noah Shack	Centre consultatif des relations juives et israéliennes	CIJA Interim Position on Physician Assisted Dying in Canada	Document traitant de l'admissibilité, des risques, des mesures de sauvegarde et de la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé.	20/10/2015	Anglais
258	Andrew Neuner	The Health Quality Council of Alberta	HQCA - Consultation Response	La position de l'organisation s'appuie sur des considérations de qualité et de sûreté, ainsi que sur les six dimensions de la qualité selon l'organisation : acceptabilité, accessibilité, pertinence, efficacité, efficience et sécurité.	20/10/2015	Anglais
259	Elizabeth M Davis, RSM	Roman Catholic Religious Leaders of Newfoundland and Labrador	The Dignity Of Each Human Person And The Pursuit Of The Common Good	Document examinant les principaux enjeux, dont la définition de « adulte capable », « consentement » et « grave et irrémédiable ».	20/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
260	Robert Piasentin	St. Thomas More Catholic Lawyers Guild of British Columbia	Submission to the External Panel on Assisted Dying Legislation	Document traitant de l'admissibilité, des risques, des mesures de sauvegarde et de la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé.	20/10/2015	Anglais
261	Peter	Mémoire soumis à titre personnel	ARPA's Legislative Proposal should be considered	Mémoire d'un individu appuyant la position de l'ARPA sur ce sujet et résumant les principaux points de la position de l'ARPA sur l'aide à mourir.	20/10/2015	Anglais
262	Anna Farrow	Conseil catholique d'expression anglaise	Brief submitted by Anglais Speaking Catholic Council to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada	Document traitant des risques, des mesures de sauvegarde et de l'importance de protéger la liberté de conscience.	20/10/2015	Anglais
263	Douglas	Mémoire soumis à titre personnel	A Wide View of Patients' Rights and Support for Conscientious Objection	Analyse de la décision de la Cour et réponses possibles à celle-ci, y compris la possibilité d'invoquer la disposition de dérogation.	20/10/2015	Anglais
264	James	Mémoire soumis à titre personnel	A Federal Legislative Response to Carter	Document soumis avec seulement un titre et aucun contenu.	20/10/2015	Anglais
265	Matthew	Mémoire soumis à titre personnel	For Our Young People and Principle	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	20/10/2015	Anglais
266	A.	Mémoire soumis à titre personnel	Involuntary Assisted Dying in the Acutely Ill Elderly	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	20/10/2015	Anglais
267	David Granovsky	Association des infirmières et infirmiers du Canada	Brief for the Government of Canada's External Panel	Document traitant de l'importance de rendre l'information disponible pour les patients et leur famille, de protéger la responsabilité des fournisseurs de soins de santé, et de réduire les risques potentiels pour les fournisseurs de soins de santé (p. ex. épuisement professionnel et détresse psychologique accrus).	20/10/2015	Bilingue

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
268	Monica Branigan	Société canadienne des médecins de soins palliatifs	Submission to External Panel	Document insistant sur l'importance de soins palliatifs adéquats et sur le rôle que joue l'accès limité à ces soins dans la demande d'aide à mourir. On y réclame aussi une meilleure formation et une plus grande sensibilisation du public quant aux sujets liés à la mort et à la nature du consentement.	20/10/2015	Anglais
269	Georges L'Espérance	Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité	Submission to Panel	Document présentant des définitions de mots et de concepts clés, comme « aide médicale » et « euthanasie », et décrivant certains des risques que pourraient courir les individus, les travailleurs de la santé et la société.	20/10/2015	Français
270	Azin Moradhassel	Association médicale canadienne	CMA Submission to the Federal External Panel on Options for a Legislative Response to Carter vs. Canada (Federal External Panel)	Document présentant les résultats de consultations et posant 10 principes de base et une série de recommandations. Le mémoire insiste sur la nécessité d'une loi et d'un cadre réglementaire nationaux, la protection de la liberté de conscience des travailleurs de la santé, et davantage d'information et un meilleur soutien pour les médecins et le grand public faisant face aux enjeux de fin de vie.	20/10/2015	Bilingual
271	Judith	Mémoire soumis à titre personnel	There Is No Mercy In Killing	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	20/10/2015	Anglais
272	Simon	Mémoire soumis à titre personnel	Do no harm	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	20/10/2015	Anglais
273	The Most Rev. Douglas Crosby, O.M.I.	Conférence des évêques catholiques du Canada	The Position of the Catholic Church and the Stance of the Catholic Bishops of Canada on 'The Giving of Assistance in Dying'	Document expliquant les fondements moraux et spirituels de la position de la Conférence sur les enjeux pertinents.	20/10/2015	Anglais
274	John and Michele	Mémoire soumis à titre personnel	Concerned Citizens	Mémoire soumis par une personne exprimant une profonde conviction personnelle sur l'aide médicale à mourir.	20/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
275	Denise Page	Société canadienne du cancer	The Right to Care	Document traitant principalement de l'accessibilité des soins palliatifs.	20/10/2015	Anglais
276	Mei St-Cyr	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada	Submission to Panel	Document insistant sur le besoin d'une protection juridique pour les infirmiers qui, dans le cours normal de leurs tâches conformément aux normes de pratique de leur profession, prodiguent des soins de fin de vie aux patients ou discutent avec eux de leurs options de fin de vie et de leurs désirs. On y propose un projet de texte de loi.	21/10/2015	Anglais
277	Félix Couture	MedPASS	Defining Suffering	Rapport sur les questions juridiques relatives à l'aide à mourir qui examine des enjeux spécifiques, comme la notion de « souffrance », et considère des préoccupations éthiques, comme le droit à la vie et la liberté de la personne et sa sécurité. Le rapport examine aussi les points de vue des patients et des médecins, ainsi que les approches en vigueur dans d'autres pays, et propose une série de recommandations de solutions législatives.	22/10/2015	Anglais
278	John Sikkema	Association for Reformed Political Action Canada	Draft Legislation - An Act to amend the Criminal Code in response to the Supreme Court of Canada decision in Carter	Ébauche de texte de loi invoquant la disposition de dérogation pour invalider la décision de la Cour suprême.	22/10/2015	Anglais
279	John Sikkema	Association for Reformed Political Action Canada	Respectfully Submitted: Policy Report for Parliamentarians	Document examinant l'aspect éthique de l'euthanasie et le caractère sacré de la vie, et citant des statistiques de territoires où l'aide à mourir est autorisée.	22/10/2015	Anglais
280	Eike-Henner Kluge	Mémoire soumis à titre personnel	Proposed amendment to the Criminal Code	Projet de texte de loi stipulant que les médecins ne sont pas tenus de prodiguer un traitement quand un patient demande de ne pas recevoir un traitement ou qu'on cesse de lui administrer un traitement, et qu'une personne peut s'adresser à une cour supérieure pour obtenir qu'un médecin soit autorisé à l'aider à mettre un terme à sa vie.	23/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
281	André Schutten	Association for Reformed Political Action Canada	Stemming the Tide: How Parliament Must Mitigate the Harm of Assisted Suicide	Document expliquant la légitimité, à la lumière de la répartition constitutionnelle des pouvoirs et de l'article 7 de la Charte tel qu'interprété par la Cour suprême dans la cause <i>Carter</i> , d'une loi fédérale détaillée imposant, surveillant et faisant respecter des limites strictes relativement à l'aide médicale à mourir.	24/10/2015	Anglais
282	Catherine Ferrier	Collectif des médecins contre l'euthanasie	Documents from the Collectif des médecins contre l'euthanasie	Notes de présentation soumises par les représentants du Collectif des médecins contre l'euthanasie à la suite de leur consultation directe avec le Comité à Montréal.	25/10/2015	Anglais/Français
283	Michael Shea	Alliance catholique canadienne de la santé	Submission to External Panel	En vue de la rencontre directe, le document présente quelques recommandations, comme séparer les soins palliatifs de l'aide médicale à mourir et respecter la liberté de conscience des travailleurs de la santé.	26/10/2015	Anglais
284	Eike-Henner Kluge	Mémoire soumis à titre personnel	Euthanasia and Assisted Suicide: Ethical Considerations Touching Possible Amendments to the Criminal Code	Long examen (39 pages) de cas exceptionnels impliquant diverses formes d'aide médicale à mourir.	26/10/2015	Anglais
285	Prof. Kathryn Church	School of Disability Studies de l'Université Ryerson	<i>Carter vs. Canada</i> External Review Panel Submission	Document incluant une série de recommandations parmi lesquelles un comité indépendant qui examinerait les demandes et un meilleur accès aux soins palliatifs.	27/10/2015	Anglais
286	Sean Murphy	Protection of Conscience Project	Submission to the (Federal) External Panel on Options for a Legislative Response to <i>Carter v. Canada</i>	Présentation sur les enjeux pertinents pour les médecins et les travailleurs de la santé, y compris les objections de conscience à l'aide à mourir.	29/10/2015	Anglais
287	Denise	Mémoire soumis à titre personnel	Speech to the Senate	Discours lors du débat sur le projet de loi S-225 examinant divers aspects de la question.	29/10/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
288	David Albert Jones	Mémoire soumis à titre personnel	A Submission to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v Canada	Document considérant les cadres juridiques, les risques, le consentement, l'objection de conscience et les systèmes d'aide médicale à mourir.	30/10/2015	Anglais
289	David Albert Jones	Mémoire soumis à titre personnel	Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia?	Examen universitaire de la décision de la Cour suprême ainsi que des modèles et de la logique des lois autorisant l'euthanasie dans d'autres pays.	30/10/2015	Anglais
290	John Sikkema	Alliance des chrétiens en droit	Christian Legal Fellowship Written Submission to External Panel	Document présentant une analyse juridique de la décision de la Cour suprême et des options de réponse.	30/10/2015	Anglais
291	Ed Montigny	ARCH Disability Law Centre	Written Submissions of ARCH Disability Law Centre	Le mémoire fait référence à des consultations et des groupes de discussion tenus par l'ARCH répondant aux questions et enjeux spécifiques soulevés dans le modèle du Comité. On insiste sur le besoin de services supplémentaires (p. ex. hébergement, soins palliatifs) pour les personnes vulnérables.	30/10/2015	Anglais
292	April D'Aubin	Manitoba League of Persons with Disabilities	Submission to Panel on Physician Assisted Death From The Manitoba League Of Persons With Disabilities November 1 2015	Le mémoire demande l'établissement d'un comité (calqué sur la Commission du consentement et de la capacité de l'Ontario) pour examiner les demandes, ainsi que d'un système de rapports publics continuellement contrôlé qui servirait pour d'éventuelles modifications.	01/11/2015	Anglais
293	Dre Louise Coulombe	Community Palliative Care Network	Physician Hastened Death: Complications	Organigramme examinant les complications possibles impliquées dans les procédures actuelles associées à l'euthanasie.	01/11/2015	Anglais
294	Dre Louise Coulombe	Community Palliative Care Network	The Dying Process	Graphique illustrant et expliquant les étapes préalables à la mort.	01/11/2015	Anglais
295	Dre Louise Coulombe	Community Palliative Care Network	Q&A	Une série de questions et réponses en lien avec la mort et les interventions de fin de vie.	01/11/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
296	Karen	Mémoire soumis à titre personnel	Submission to the Panel on Physician-Assisted Dying	Lettre personnelle d'un médecin de famille.	02/11/2015	Anglais
297	Tina Head	Association du Barreau canadien	Clarifying Law About End-of-Life Decision-Making	Mémoire incluant des résolutions pour encourager les provinces et les territoires à promulguer des lois harmonisées stipulant un accès clair à l'aide médicale à mourir, des mesures de sauvegarde pour les patients et les travailleurs de la santé, et un système de contrôle. On demande également que des organismes de réglementation de la santé élaborent des normes de pratique appropriées.	02/11/2015	Anglais
298	Alex Schadenberg	Coalition pour la prévention de l'euthanasie	Submission to the External Panel	Mémoire examinant ce qui se fait ailleurs et demandant une supervision juridique adéquate et des critères objectifs.	02/11/2015	Anglais
299	Eliza Chandler	Association canadienne des études sur l'incapacité	CDSAACEI Carter vs Canada Submission	« La décision de mettre fin à la vie d'une personne par l'aide à mourir n'est un vrai choix que dans le contexte où sont offerts des services à domicile adéquats, des soins en maison de repos, des mesures de soutien du revenu, des soins palliatifs, des soins de santé abordables et universels, et peut-être surtout dans le contexte d'une culture qui valorise les personnes différentes de corps et d'esprit. »	02/11/2015	Anglais
300	Joelle Walker	Association des pharmaciens du Canada	Submission to the External Panel	Mémoire présentant les résultats d'un sondage mené auprès de 1000 pharmaciens de partout au Canada qui examine les incidences sur les pharmaciens de territoires où l'aide à mourir est légale. Sont également décrites des directives de pratique pertinentes pour les pharmaciens du Canada, comme répondre aux demandes de médicaments d'un patient tout en respectant la liberté de conscience d'un pharmacien.	03/11/2015	Anglais
301	Katie Hardy	Association des psychiatres du Canada	Preliminary Remarks on Physician-Assisted Dying	Lettre suggérant que les psychiatres ne soient impliqués que dans les cas où il y a preuve de maladie mentale. La lettre demande aussi que l'on examine attentivement les termes comme « irrémédiable » et « souffrances persistantes qui lui sont intolérables ».	03/11/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
302	Joelle Walker	Association des pharmaciens du Canada	Presentation to the External Panel	Diapositives d'accompagnement de la présentation faite au Comité. Mémoire présentant les résultats d'un sondage mené auprès de 1000 pharmaciens de partout au Canada qui examine les incidences sur les pharmaciens de territoires où l'aide à mourir est légale. Sont également décrites des directives de pratique pertinentes pour les pharmaciens du Canada, comme répondre aux demandes de médicaments d'un patient tout en respectant la liberté de conscience d'un pharmacien.	03/11/2015	Anglais
303	Artem Safarov	Le Collège des médecins de famille du Canada	CFPC Survey of Members on PAD	Présentation Power Point des résultats d'un sondage réalisé auprès des membres.	04/11/2015	Anglais
304	Artem Safarov	Le Collège des médecins de famille du Canada	Study of Family Medicine Curriculum	Étude visant à aider les planificateurs de programmes médicaux à mesurer les effets de l'exposition antérieure à la médecine familiale des résidents sur leurs futures intentions de pratique.	04/11/2015	Anglais
305	Larry Worthen	Christian Medical and Dental Society Canada	Response to Questions Posed by the External Panel on Options for a Legislative Response to <i>Carter v. Canada</i>	Mémoire exprimant des inquiétudes quant au caractère inadéquat des ressources actuelles pour soutenir les personnes confrontées à des décisions de fin de vie (p. ex. les taux de rémunération des médecins sont désincitatifs, la disponibilité limitée des conseillers, le manque d'information). Il identifie aussi le risque de décès injustifiés, l'érosion des droits des personnes handicapées, et encourage la création d'espaces protégés (p. ex. hôpitaux, hospices) où l'euthanasie n'est pas pratiquée.	04/11/2015	Anglais
306	Dr Renata Leong	Fédération canadienne des sociétés de médecins catholiques	Academic Articles to Supplement Consultations with the Panel	Mémoire présentant des copies d'études menées par des groupes externes relativement à l'aide à mourir dans des pays d'Europe.	04/11/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
307	Bruce Clemenger	Alliance évangélique du Canada	Submission to the External Panel	Le mémoire examine certains des enjeux sociaux, moraux et philosophiques profonds soulevés par l'aide à mourir et propose des réponses possibles à la décision de la Cour suprême. Le document énumère également des mesures de sauvegarde possibles.	05/11/2015	Anglais
308	Christian Domenic Elia	La Ligue catholique des droits de l'homme	Submission to the External Panel	Lettre mettant l'accent sur l'importance suprême de protéger le caractère sacré de la vie. On y souligne qu'alors que la décision de la Cour suprême s'appuie sur les faits particuliers du cas présenté, la demande faite au Parlement est de soumettre une loi d'application générale.	05/11/2015	Anglais
309	Jean Echlin	DeVeber Institute for Bioethics and Social Research	It's Not That Simple: Euthanasia and Assisted Suicide Today	Un ouvrage de plus de 190 pages qui examine la décision de la Cour suprême, les régimes en vigueur là où l'aide médicale à mourir est légale, et les enjeux juridiques et éthiques auxquels le Comité et le Canada sont confrontés.	06/11/2015	Anglais
310	Douglas A. Grant	Fédération des ordres des médecins du Canada	Physician-Assisted Dying Guidance Document	Mémoire soumettant des recommandations claires et indiquant des principes de base qui devraient guider une solution législative. On y demande des mesures de sauvegarde spécifiques dont : une évaluation par un deuxième médecin, une documentation adéquate, l'implication de médecins qualifiés, le consentement éclairé du patient.	06/11/2015	Anglais
311	Bryan Salte	College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan	Position of the College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan in Relation to Physician-Assisted Dying	Ce document de position revendique un organisme national de surveillance, une approche cohérente dans l'ensemble du Canada, une deuxième évaluation et plus de formation pour les médecins. On demande que la loi soit claire quant à l'âge du consentement, aux responsabilités pour les travailleurs de la santé et à ce qui constitue une « maladie grave et irrémédiable ».	06/11/2015	Anglais
312	Meagan Hatch	Société canadienne de psychologie	Canadian Psychological Association Submission to the External Panel	Le document fait référence aux définitions de l'Association médicale canadienne relativement à l'euthanasie et l'aide médicale à mourir. Il inclut une discussion franche à propos de l'argument de la prétendue pente glissante voulant que les normes de qualification rigides de l'accès à l'aide à mourir s'affaibliront au fil du temps.	06/11/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

Annexe G

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
313	Marc Doucet	Association canadienne des soins spirituels	A Submission to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v Canada	Mémoire présentant des considérations éthiques concernant quelques points liés à la décision de la Cour suprême.	09/11/2015	Anglais
314	Alana Cormier	Canadian Federation of Catholic Physicians' Societies	Submission in Response to Questions Raised during the CFCPS Presentation to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada (November 4, 2015)	Lettre traitant de points spécifiques à propos des individus incarcérés et de l'aide médicale à mourir.	17/11/2015	Anglais
315	Alex Schadenberg	Coalition pour la prévention de l'euthanasie	Government Committee Document for Distribution	Document examinant les régimes d'aide médicale à mourir d'autres territoires et identifiant leurs faiblesses.	18/11/2015	Anglais
316	Cara Faith Zwibel	Association canadienne des libertés civiles	Draft Position Paper: Physician Assisted Dying	Ébauche d'exposé de position traitant de principes directeurs pour guider les approches à l'égard de l'aide à mourir, les rôles respectifs des gouvernements fédéral et provincial/territorial, et l'utilisation de mesures de sauvegarde et de critères d'admissibilité appropriés pour trouver un équilibre entre l'autonomie personnelle et la protection des personnes vulnérables.	27/11/2015	Anglais
317	David Baker	BakerLaw	Federal and Provincial Responsibilities to Implement Physician Assisted Suicide	Projet d'article sur un régime législatif concernant l'aide à mourir communiqué au Comité avant sa publication.	27/11/2015	Anglais
318	Noah Shack	Centre consultatif des relations juives et israéliennes	CIJA Submission to the External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada	Exposé de position reconnaissant l'éventail d'opinions et demandant des mesures de sauvegarde spécifiques, notamment pour les travailleurs de la santé ayant des objections de conscience.	01/12/2015	Anglais

Résumés des mémoires reçus

No	Soumis par	Organisation	Titre	Résumé	Date de soumission (A-M-J)	Langue
319	Silvan Luley	Dignitas	How Dignitas safeguards the quality of life through comprehensive and open-outcome counselling	Presentation décrivant Dignitas et son fonctionnement, et affirmant que son existence témoigne de l'échec des systèmes judiciaire et médical à rencontrer les besoins des citoyens. La présentation met l'accent sur la nécessité de disséminer une information claire quant aux enjeux de fin de vie.	07/12/2015	Anglais
320	Silvan Luley	Dignitas	Notes for the Panel by Dignitas	Document retraçant les origines de l'organisation et décrivant ses procédures ainsi que les mesures de sauvegarde systémiques. Le document répète une grande partie du contenu de la présentation précédente et réfute plusieurs des critiques spécifiques concernant les régimes où a cours l'aide à mourir, y compris l'argument de la pente glissante.	07/12/2015	Anglais
321	Silvan Luley	Dignitas	How Dignitas Works	Document fournissant une description détaillée des processus suivis par Dignitas pour aider les personnes confrontées à des situations de fin de vie, y compris les nombreux examens et les autres étapes nécessaires pour avoir accès à l'aide à mourir. Il explique aussi le cadre éthique et philosophique de l'organisation, et son engagement à éduquer la population, en Suisse et à l'étranger, relativement à leurs options et aux manières d'y avoir accès.	07/12/2015	Bilingual



Annexe H

Chronologie des activités clés du Comité externe



Le 15 décembre 2015



Chronologie des activités clés du Comité externe

15 décembre 2015 – Le Comité externe présente son rapport à la ministre de la Justice et procureure générale du Canada, l’honorable Jody Wilson-Raybould, et à la ministre de la Santé, l’honorable Jane Philpott.

9 novembre au 14 décembre 2015 – Préparation du rapport final résumant les résultats et les principales constatations ayant découlé des consultations du Comité.

20 octobre au 6 novembre 2015 – Le Comité tient des consultations directes auprès de 92 représentants issus de 46 organisations et groupes d’intervenants dans la cause *Carter c. Canada*, des organismes de réglementation du secteur de la santé et des parties intéressées.

7 octobre 2015 – Communiqué – Le comité fédéral examine l’approche des États-Unis sur l’aide médicale à mourir.

1^{er} au 3 octobre 2015 – Le comité fédéral entreprend une étude sur les pratiques d’aide médicale à mourir ayant cours en Oregon, aux États Unis.

21 septembre 2015 – Communiqué – Le comité fédéral en apprend davantage sur les pratiques d’aide à mourir ayant cours dans certains pays d’Europe.

4 septembre 2015 – Communiqué – Le comité fédéral sur l’aide médicale à mourir entreprend une étude en Europe.

30 août au 9 septembre 2015 – Le comité fédéral entreprend une étude visant à en apprendre davantage sur les pratiques d’aide à mourir ayant cours dans certains pays d’Europe.

28 août 2015 – Communiqué annonçant le lancement du questionnaire en ligne – le « Cahier de questions » – qui donne l’occasion aux Canadiens de faire connaître leurs points de vue et leurs préoccupations à propos de la mise en œuvre de l’aide médicale à mourir au Canada.

28 août 2015 – La D^{re} Catherine Frazee, membre du Comité, rencontre Dianne Pothier, professeure émérite de la Faculté de droit de l’Université Dalhousie, Steven Estey, agent des droits de la personne à l’Organisation mondiale des personnes handicapées, et Anna MacQuarrie, agente des droits de la personne à Inclusion International.

26 et 27 août 2015 – Deuxième séance de travail en personne à Halifax pour planifier le voyage d’étude du Comité en Europe.

20 août 2015 – Le D^r Harvey Max Chochinov, membre du Comité, rencontre la D^{re} Mary Shariff, professeure à la Faculté de droit de l’Université du Manitoba.



10 août 2015 et par la suite – Le Comité examine les présentations et les commentaires reçus sur le site Web et entreprend des recherches et des rencontres avec des spécialistes en la matière pour mieux se préparer aux consultations directes qui reprendront après les élections fédérales.

4 août 2015 – Le site Web du Comité (www.ep-ce.ca) continue de recevoir des mémoires et des commentaires d'intervenants et de Canadiens intéressés. Les recherches et le développement de l'outil de consultation en ligne se poursuivent.

2 août 2015 – À la suite de l'annonce des élections fédérales, le Comité suspend, pour la durée de la période électorale, les consultations directes avec les intervenants dans l'affaire *Carter c. Canada* et les autorités médicales concernées. Les consultations directes reprendront dès que possible après les élections du 19 octobre 2015.

31 juillet 2015 – Les invitations sont envoyées aux intervenants dans l'affaire *Carter c. Canada* et aux autorités médicales concernées. Le Comité attend avec intérêt leur participation aux consultations.

29 juillet 2015 – À l'invitation du président, le Comité rencontre deux expertes indépendantes : Jocelyn Downie, professeure aux Facultés de droit et de médecine de l'Université Dalhousie et membre du corps professoral du Dalhousie Health Law Institute, et la D^{re} Susan Sherwin, professeure-chercheure émérite au Département de philosophie ainsi qu'au Département d'études sur le genre et études féminines de l'Université Dalhousie à Halifax (Nouvelle-Écosse).

27 et 28 juillet 2015 – Première séance de travail à Halifax et discussions de fond des membres du Comité sur la meilleure façon de s'acquitter de leur mandat.

21 juillet 2015 – Breffage de courtoisie des représentants des ministères de la Justice et de la Santé à Ottawa.

20 juillet 2015 – Première réunion de présentation des membres du Comité à Ottawa.

17 juillet 2015 – Le gouvernement du Canada crée un comité externe chargé d'examiner des options pour une réponse législative à l'affaire *Carter c. Canada*.



External Panel on Options for a Legislative Response to *Carter v. Canada*
Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*



Analyse des médias

De septembre 2014 à novembre 2015



Table des matières

Résumé.....	3
Méthodologie.....	4
Couverture générale.....	5
Ton.....	7
Opinions sur l'aide médicale à mourir au fil du temps.....	8
Opinions sur le comité au fil du temps.....	13
Opinions sur l'aide médicale à mourir par région.....	14
Couverture par région.....	14
À propos de MediaMiser.....	16



Résumé

- Du 1^{er} septembre 2014 au 22 novembre 2015, 8 939 articles sur l'aide médicale à mourir ont été publiés dans les médias, pour une circulation combinée de 654 236 718.
- Bien que nombre d'entrevues diffusées aient porté sur le sujet, il n'en est pas tenu compte dans ce rapport.
- Trente-cinq pour cent des articles ont été publiés en février 2015, à la suite de la décision rendue par la Cour suprême sur l'aide médicale à mourir. Une grande part de ces articles rapportaient les réactions de politiciens et de groupes d'intérêts.
- Il y a eu un léger sommet en octobre 2014, au moment où la Cour suprême s'apprêtait à entendre les plaidoiries dans l'affaire *Carter c. Canada* concernant l'interdiction de l'aide médicale à mourir. La formation du comité d'experts a quant à elle causé un sommet soutenu d'août à septembre 2015.
- Alors que la couverture était essentiellement neutre dans l'ensemble, les opinions étaient plus divisées à propos de l'aide médicale à mourir en soi.
- Globalement, les opinions concernant le Comité étaient neutres à 90 pour cent, tandis que les opinions sur l'aide médicale à mourir étaient neutres à 53 pour cent.
- Deux journaux – le *National Post* et l'*Ottawa Citizen* – figurent dans la liste des dix organes de presse les plus prolifiques autant pour leur édition imprimée que pour celle en ligne.
- La journaliste la plus prolifique, Sharon Kirkey, de *Postmedia News*, a publié quatre fois plus d'articles que le second journaliste au classement, Michael Den Tandt de l'*Ottawa Citizen*. Sharon Kirkey a beaucoup écrit sur l'enjeu que représente l'aide médicale à mourir et ses articles ont été repris dans les publications du réseau de Postmedia.



Objectif

Ce rapport présente un examen de la couverture médiatique consacrée à l'aide médicale à mourir de septembre 2014 à novembre 2015 inclusivement.

Contenu

Les articles relatifs à l'aide médicale à mourir ont été récoltés dans les médias imprimés et en ligne par les modules de surveillance des médias de MediaMiser.

Ton

Un échantillonnage d'articles a été analysé manuellement pour dégager le ton des opinions exprimées sur l'aide médicale à mourir ainsi que sur le comité externe et le processus de consultation.

L'échelle de classement suivante a été utilisée :

Point ajouté : L'article appuie ou est en faveur de l'aide médicale à mourir, du processus de consultation ou des membres du comité;

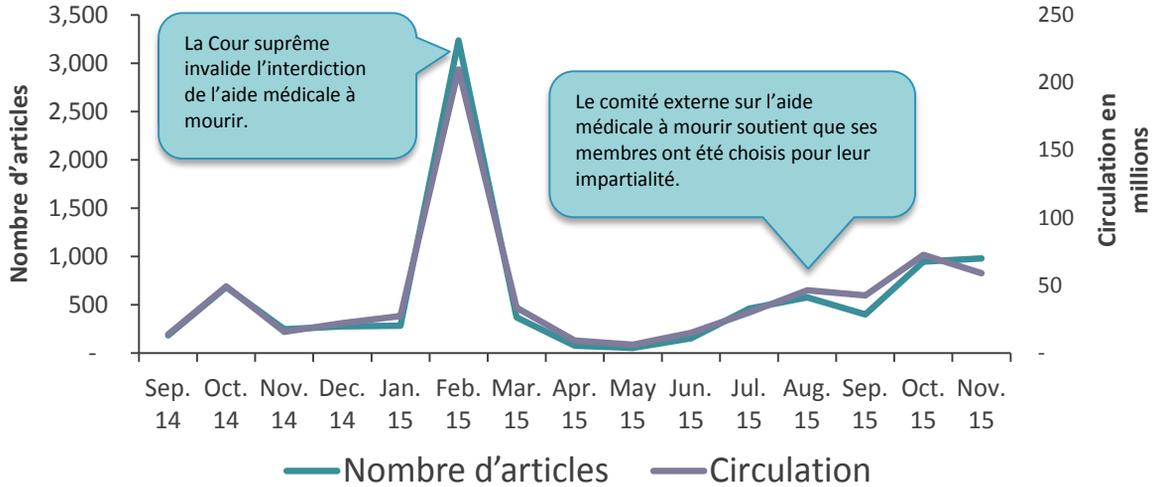
Point perdu : L'article critique ou est contre l'aide médicale à mourir, le processus de consultation ou les membres du comité;

Neutre : L'article est purement factuel et n'exprime aucune opinion.



Tendance de couverture

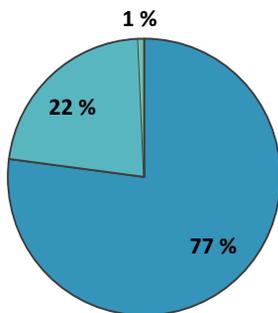
Articles : 8 939 Circulation : 654 236 718



- Sur une période de près de quinze mois, 8 939 articles sur l'aide médicale à mourir ont été publiés au Canada, pour une circulation combinée de 654 236 718. Trente-cinq pour cent des articles ont été publiés lors du sommet de février 2015. Il y a également eu deux plus petits sommets, en octobre 2014 ainsi que d'août à novembre 2015.
- Le sommet de février 2015 était motivé par la décision rendue par la Cour suprême sur l'aide médicale à mourir et incluait des réactions de politiciens et de groupes d'intérêts, notamment des demandes en

vue d'une discussion ouverte sur le sujet (« Nova Scotia Premier Stephen McNeil wants national discussion on doctor assisted death », *CTV News* [en ligne], 12 février 2015) et des dénonciations de la décision (« Assisted suicide testifies to a society that has grown cold », *Western Catholic Reporter* [en ligne], 17 février 2015).

Types de publication

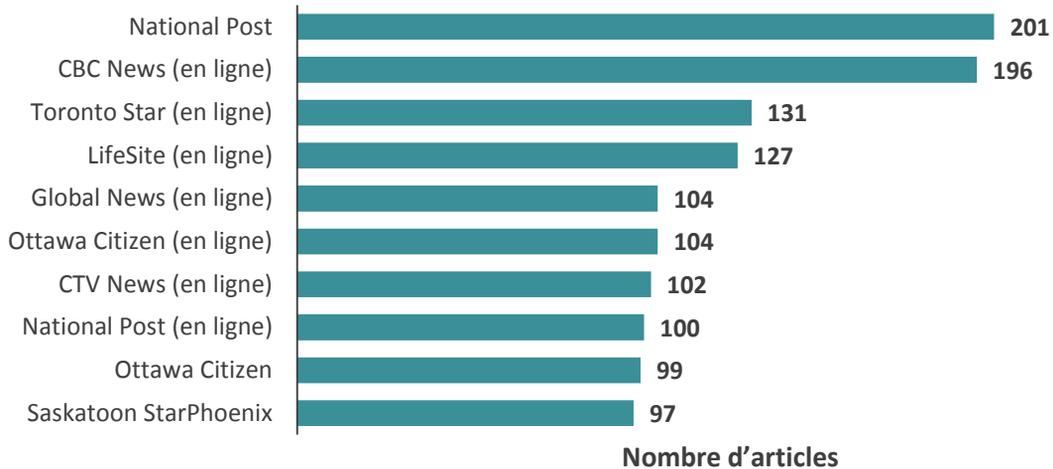


- Sites Web de nouvelles
- Publications imprimées
- Blogues

- Le léger sommet d'octobre 2014 est survenu quand la Cour suprême a entendu les défis liés à l'interdiction de l'aide médicale à mourir (« Suicide assisté – La "patate chaude" entre les mains de la Cour suprême », *Le Devoir*, 1^{er} octobre 2014).
- Le sommet continu d'août à septembre 2015 faisait suite à la formation du comité d'experts et à la mise en cause de l'indépendance du comité (« Federal assisted-death panel defends independence as group travels to Europe », *Penticton Herald* [en ligne], 31 août 2015).



Principaux organes de presse



- Deux journaux – le *National Post* et l'*Ottawa Citizen* – figurent dans la liste des dix organes de presse les plus prolifiques autant pour leur édition imprimée que pour celle en ligne.
- Au 4^e rang, le *LifeSite* (en ligne), est le seul organe de presse en ligne à ne pas être lié à une autre source d'informations.
- La journaliste la plus prolifique, Sharon Kirkey, de *Postmedia News*, a publié quatre fois plus d'articles que le second journaliste au classement, Michael Den Tandt de l'*Ottawa Citizen*. Sharon Kirkey a beaucoup écrit sur l'enjeu que représente l'aide médicale à mourir et ses articles ont été repris dans les publications du réseau de Postmedia.

Principaux journalistes

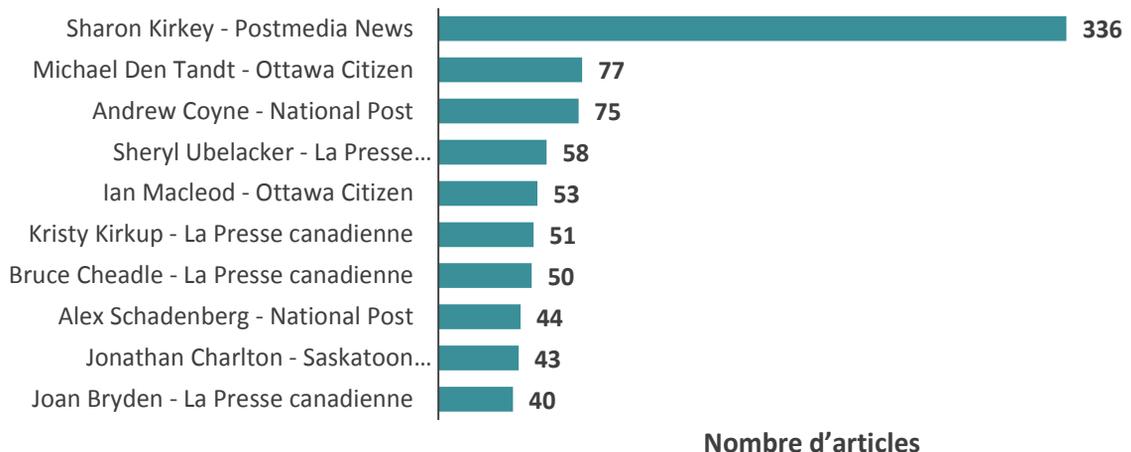
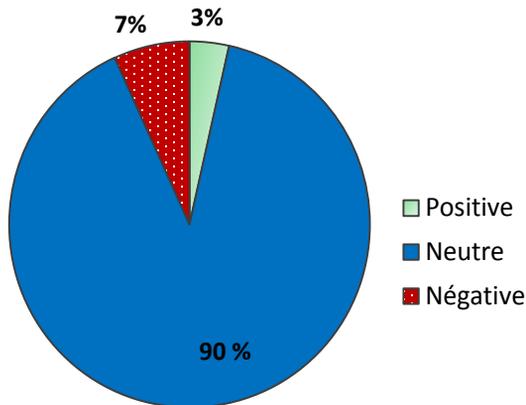




Diagramme 1 - Opinions sur le comité et le processus de consultation

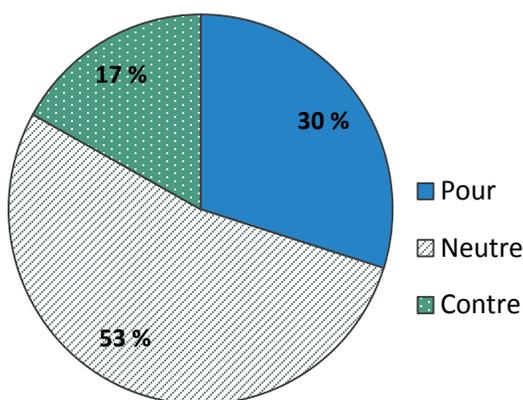


Pour : Appuie ou est en faveur du processus de consultation ou des membres du comité

Contre : Critique ou est contre le processus de consultation ou les membres du comité

- Alors que la couverture était essentiellement neutre dans l'ensemble, les opinions étaient plus divisées à propos de l'aide médicale à mourir en soi.
- Globalement, les opinions concernant le comité étaient neutres à 90 pour cent.
- Les opinions sur l'aide médicale à mourir étaient neutres à 53 pour cent (diagramme 2).
- Des exemples d'articles à la fois pour et contre l'aide médicale à mourir sont présentés ci-dessous. Les opinions sur l'aide médicale à mourir et sur le comité seront examinées par mois dans les pages qui suivent.

Diagramme 2 - Opinions sur l'aide médicale à mourir



Pour : Appuie ou est en faveur de l'aide médicale à mourir

Contre : Critique ou est contre l'aide médicale à mourir

Articles pour :

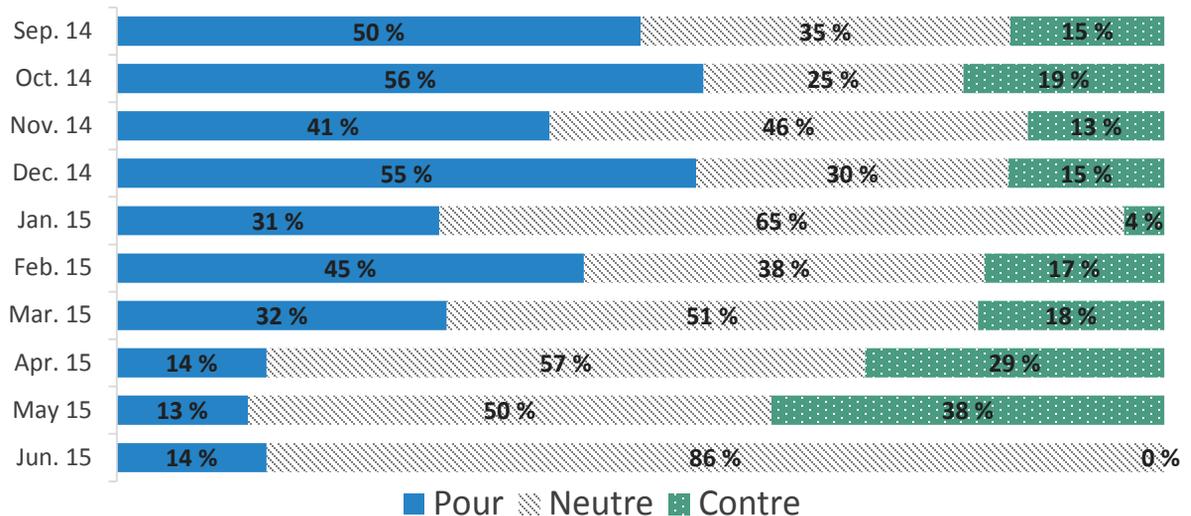
- « B.C. woman wants to be first in Canada to receive doctor-assisted death », *Sudbury Star* (en ligne), 11 février 2015
- « Steven Fletcher: We need physician-assisted death and palliative care », *Vancouver Province*, 6 juin 2015

Articles contre :

- « Margaret Somerville: Rejecting euthanasia and respecting the secular spirit », *National Post* (en ligne), 27 octobre 2014
- « Doctor-assisted suicide: Who does the killing? », *Vancouver Sun* (en ligne), 10 février 2015



Opinions exprimées dans les médias relativement à l'aide médicale à mourir (de septembre 2014 à juin 2015)



Note : Les articles qui figurent dans cette section ont été sélectionnés de manière à fournir des exemples des articles les plus frappants du mois, en prêtant attention aux articles non neutres. Dans les mois où il y avait un pourcentage pour ou contre particulièrement élevé, les articles ont été choisis pour donner des exemples de ce qui a mené à ce pourcentage.

Septembre 2014

- Sara Fox, la fille d'une dame de la Colombie-Britannique ayant rédigé une lettre publique avant de s'enlever la vie, s'est prononcée en faveur de l'aide médicale à mourir dans un article abondamment repris dans le réseau. « Certainly, assisted suicide doesn't lead to more deaths. We're all going to die anyway », écrivait-elle. « It doesn't lead to more deaths but it could lead to less suffering » (« "Ethically, this seems to me the right thing to do": Wrenching suicide of B.C. woman with dementia spurs euthanasia debate », *National Post* [en ligne], 1^{er} septembre 2014).
- Dans un texte d'opinion du *Hamilton Spectator*, Daniel Opperwall s'est exprimé contre l'aide médicale à mourir : « Advocates of euthanasia are compassionate people, but they've missed something: there is meaning in suffering. No human life, however agonized, is devoid of significance » (« There is meaning in suffering, *Hamilton Spectator* [en ligne], 20 septembre 2014).

Octobre 2014

- C'est en octobre qu'il y a eu la plus grande proportion d'articles en faveur de l'aide médicale à mourir, alors que ses partisans s'exprimaient en même temps que la Cour suprême entendait les défis liés à son interdiction.



- Lors d'un rallye tenu à Edmonton, Al Hancock, porte-parole de Dying With Dignity Canada, a parlé du décès de sa mère : « The end of life doesn't have to be terrible, it can be beautiful if you are given that choice. My mother would have been horrified to see the way she died » (« I have to have some options »: Advocates march for death with dignity », *Calgary Herald* [en ligne], 15 octobre 2014).
- Dans nombre d'articles, les personnes entendues par la Cour suprême étaient citées, y compris Joseph Arvay, l'avocat principal des requérants : « Assisted dying should only be allowed in the most serious cases and not just because somebody wants to; it's because their condition is not going to get any better » (« Supreme Court confronts right-to-die question », *Metro News* [en ligne], 15 octobre 2015).

Novembre 2014

- La position personnelle du député Steven Fletcher dans le débat sur l'aide médicale à mourir a fait l'objet d'un article en novembre. Steven Fletcher a réfuté l'idée qu'une loi sur le droit de mourir dévaluerait la vie des handicapés : « I'm disabled. I'm as disabled as you can get. But I don't think my life is going to be in any way diminished because, in the hospital down the street, there's less suffering » (« Steven Fletcher's Mission; MP's push for legislation on right to die is deeply personal », *Montreal Gazette*, 22 novembre 2014).

Décembre 2014

- Les articles de décembre étaient en faveur de l'aide médicale à mourir à 55 pour cent. Il a été question d'un sondage d'Angus Reid Institute révélant que les Canadiens donnaient leur appui au sujet : « Of all the controversial issues you could name, this is the least controversial », a révélé Arthur Schafer, directeur du Centre d'éthique appliquée et professionnelle de l'Université du Manitoba (« Canadians support assisted dying, poll finds », *Montreal Gazette*, 17 décembre 2014).

Janvier 2015

- Dans le mois précédant la décision de la Cour suprême, dans le cadre d'une série d'articles intitulée « Exit Strategies » publiée dans le *National Post*, Alain Berard, qui est atteint de SLA, a été cité à propos de l'aide médicale à mourir : « I consider it as an option, like a feeding tube, or a tracheostomy. It's like a treatment for the end of life, when the illness is too difficult to cope with. When you say, you know what? I've had enough. I don't want to do this anymore » (« Exit strategy: "They want a promise from their doctor, that when they don't want to live, they can stop living" », *National Post*, 24 janvier 2015).

Février 2015

- En février, de nombreuses réactions ont fait suite à la décision de la Cour suprême et au délai fixé pour l'adoption d'une loi : « We don't legislate to regulate how doctors withdraw life-saving treatment. Why must we legislate to regulate how they administer suicide? », demandait le professeur de droit Amir Attaran dans un texte sur le sujet (« No need for suicide legislation: academics », *National Post*, 27 février 2015).



- L'avocat André Schutten s'est prononcé fermement contre l'aide médicale à mourir, écrivant : « When it comes to the right to life, a substantially minimized risk is an unacceptable risk. Innocent people will die and the state will be complicit in their deaths » (« André Schutten: Thanks to the SCC ruling, the state will be complicit in murder », *National Post*, 10 février 2015).

Mars 2015

- Après la décision rendue par la Cour suprême, le D^r Chris Pengilly a rédigé un texte d'opinion en faveur de la décision, écrivant : « The advantages of this legislation are simple but immense. It will give control, and hence peace of mind, to patients who are facing progressive illness and helplessness when they know that they are able to end it if and when they feel ready » (« With safeguards, assisted suicide works », *Victoria Times-Colonist*, 20 mars 2015).

Avril 2015

- Un article repris dans le réseau s'est penché sur certains enjeux liés à la formation des médecins en matière d'aide médicale à mourir : « There will be many complexities to this – it's not going to be a simple process – and whatever we teach our medical students will have to be congruent with the legal parameters », indiquait le D^r Richard Reznick, doyen de la Faculté des sciences de la santé à l'Université Queen's (« Canadian medical schools tackle assisted suicide », *Calgary Herald*, 2 avril 2015).

Mai 2015

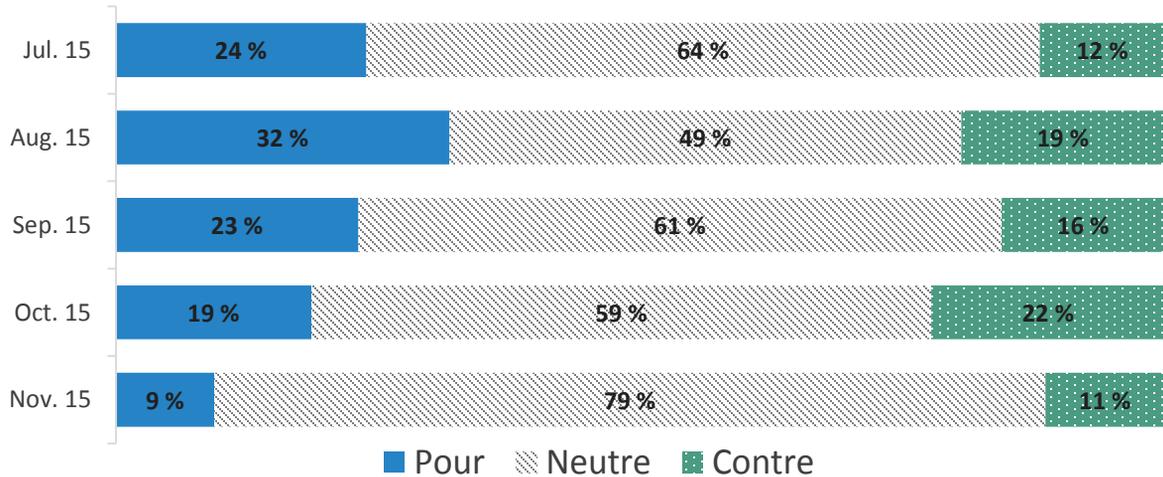
- C'est en mai qu'il y a eu le plus grande proportion d'articles contre l'aide médicale à mourir, mais il y a eu relativement peu d'articles dans les médias au total. Le principal sujet a été une motion d'initiative parlementaire permettant aux députés de voter librement sur les questions de conscience, ce qui a soulevé le débat sur le suicide assisté. Le député Ed Komarnicki a présenté la motion en disant : « There are issues of conscience, Supreme Court of Canada decisions, that deal with matters that are difficult and people have differences of views and differences of opinions on that » (« Upcoming right-to-die legislation prompts MPs to consider their voting rights », *Ottawa Citizen* [en ligne], 28 mai 2015).

Juin 2015

- En juin, le gouvernement fédéral a énoncé la possibilité de reporter le délai prévu pour modifier la loi. « The legislative time frame to present a bill, to have it go through Parliament, and be seriously debated in Parliament at all its stages, I think would take us well beyond that February date », a déclaré le ministre de la Justice Peter MacKay (« Assisted suicide response needs more time », *Metro News* [en ligne], 16 juin 2015).



Opinions exprimées dans les médias relativement à l'aide médicale à mourir (de juillet 2015 à novembre 2015)



Juillet 2015

- Un comité d'experts chargé de conseiller le gouvernement a été formé en juillet. Les articles à propos du comité étaient habituellement neutres quant à l'aide médicale à mourir en soi, même si certains insistaient sur la nécessité de maintenir la décision de la Cour : « Whatever advice this panel might provide, it is clear that Parliament must not enact a law that creates barriers for those who wish to access their constitutional right to physician-assisted dying » écrivait Josh Paterson de l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique (« Harper government finally launches long-promised consultation on assisted dying », *Canoe Inc.*, 18 juillet 2015).

Août 2015

- Le questionnaire du comité sur l'aide médicale à mourir a été accusé de partialité par Wanda Morris, directrice générale de Dying with Dignity, et des partisans de l'organisation : « The federal government has moved from inaction to obstruction », a-t-elle déclaré. « The questions are clearly designed not to elicit information, but to manufacture fear » (« Rights group decries federal survey on assisted suicide », *The Globe and Mail*, 29 août 2015).
- L'Association médicale canadienne a publié un résumé de la consultation en ligne; des médecins y exprimaient diverses objections à prêter assistance à la mort et proposaient que les médecins ayant des objections réfèrent les patients à un tiers : « A lot of the physicians who oppose this find (referral) absolutely unacceptable », a déclaré le Dr Chris Simpson, président de l'AMC. Mais « we're trying to respect and advocate for everybody's point of view here » (« Assisted death an ethical minefield for doctors », *Regina Leader-Post*, 19 août 2015).



Septembre 2015

- L'Assemblée des évêques catholiques du Québec, opposée à l'aide médicale à mourir, a publié un document destiné à servir de guide aux croyants : « Pourrait-il y avoir d'autres raisons pour lesquelles on voudrait avoir une loi comme ça au Québec? Est-ce que la seule raison, c'est vraiment pour soulager les patients? », demandait le cardinal Cyprien Lacroix (« Les évêques veulent contrer l'aide médicale à mourir », *La Tribune* [Sherbrooke], 30 septembre 2015).

Octobre 2015

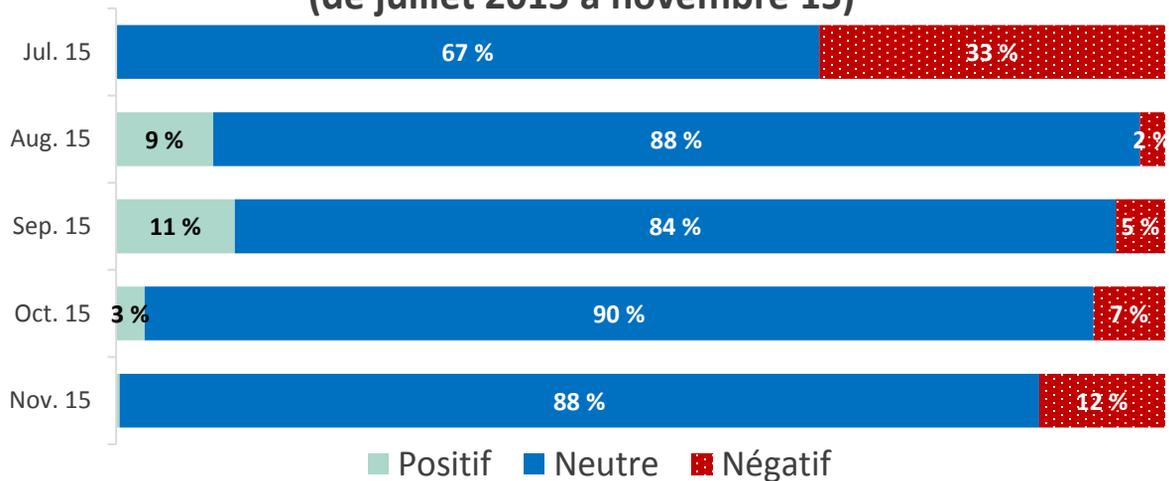
- Après les élections fédérales, des chefs religieux se sont réunis pour presser Justin Trudeau de mettre une loi en place : « On the basis of our respective traditions and beliefs, we insist that any action intended to end human life is morally and ethically wrong », écrivait le groupe dans une déclaration commune (« Faith group urges palliative care over assisted suicide », *Ottawa Citizen*, 20 octobre 2015).

Novembre 2015

- La Coalition des médecins pour la justice sociale au Québec veut soumettre d'autres arguments à la Cour supérieure du Québec pour contester la loi sur les soins de fin de vie. Paul Saba affirme que l'aide médicale à mourir n'est pas un service de santé : « As a doctor, I can't accept something that is non-medical, non-scientific. It even goes against my code of ethics in Quebec. Under the code of ethics, if we have treatments to offer or an operation, we must always use the least dangerous » (« Doctors to contest end-of-life legislation in court », *Montreal Gazette*, 6 novembre 2015).
- Le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan a adopté une nouvelle politique sur l'aide médicale à mourir en vue de la loi à venir : « We all have to make sure we get it right, because as early as Feb. 6, you may have somebody asking you for this service that you really need to know how to handle », a déclaré Mark Brown, le président de l'association médicale de la Saskatchewan (« Sask. docs set policy on assisted death », *Saskatoon StarPhoenix*, 21 novembre 2015).



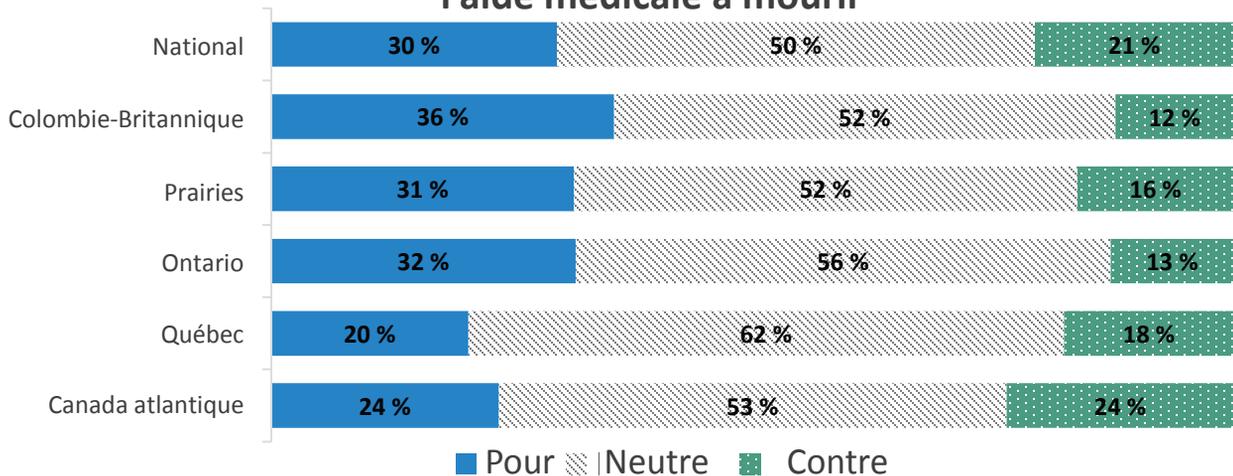
Opinions sur le comité et le processus de consultation (de juillet 2015 à novembre 15)



- Les opinions concernant le comité d'experts étaient neutres en moyenne. Ce n'est qu'en juillet que les articles neutres ont baissé en-deçà de 80 pour cent.
- C'est en septembre 2015 qu'il y a eu la plus grande proportion d'articles positifs, alors qu'on a traité du voyage d'étude du comité en Europe (« Canadian panel looking at assisted dying learns much from European experience », *Hamilton Spectator* [en ligne], 21 septembre 2015).
- C'est en juillet 2015 qu'il y a eu la plus grande proportion d'articles négatifs, après que le comité fraîchement formé eut été accusé de partialité (« Ottawa stacks assisted-dying panel », *Victoria Times-Colonist*, 13 juillet 2015). Le ministre de la Justice, Peter MacKay, a également assuré aux Canadiens que les conclusions du comité ne lieraient pas nécessairement le gouvernement (« Panel won't dictate response: MacKay », *Hamilton Spectator*, 23 juillet 2015).



Opinions exprimées dans les médias par région à propos de l'aide médicale à mourir



Articles sur l'aide médicale à mourir par région

- Une majorité d'articles publiés dans les diverses provinces portaient sur les enjeux nationaux. Certains articles à propos d'événements nationaux ont été repris dans plusieurs publications d'un réseau, par exemple relativement à la première audience devant la Cour suprême (« All eyes on Supreme Court this week as it hears assisted suicide appeal », *Vancouver Province* [en ligne], 13 octobre 2014).

Colombie-Britannique

- La Colombie-Britannique a eu la plus grande proportion d'articles en faveur de l'aide médicale à mourir. Des articles locaux ont été consacrés à la mort de Gillian Bennet (« Dead at Noon: B.C. woman's public plea for assisted suicide spurs debate », *Penticton Herald* [en ligne], 1^{er} septembre 2015). Cette histoire a également été reprise dans des publications à travers le pays.

Prairies

- Les articles publiés dans les Prairies portaient sur l'expertise des médecins locaux en matière d'aide médicale à mourir (« Sask. docs set policy on assisted death », *Saskatoon StarPhoenix*, 21 novembre 2015) et les réactions locales à l'abrogation de l'interdiction de l'aide médicale à mourir (« Edmonton reaction mixed to Supreme Court of Canada's decision to strike down the ban on assisted suicide in Canada », *Edmonton Sun* [en ligne], 6 février 2015).



Couverture par région

Ontario

- Outre la grande couverture consacrée au sujet dans son ensemble, des articles locaux en Ontario ont notamment été consacrés à des patients en phase terminale révélant leur propre vie comme une preuve de la nécessité d'une loi (« "Devastated" MD sees need for an assisted-suicide law », *Ottawa Citizen*, 12 décembre 2014).
- Plusieurs publications ontariennes ont également publié des articles à propos de la demande formulée par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour que ses membres soient consultés pour l'élaboration de lois concernant l'aide médicale à mourir (« Nurses' group wants say in assisted suicide legislation », *Kingston Whig-Standard*, 9 février 2015).

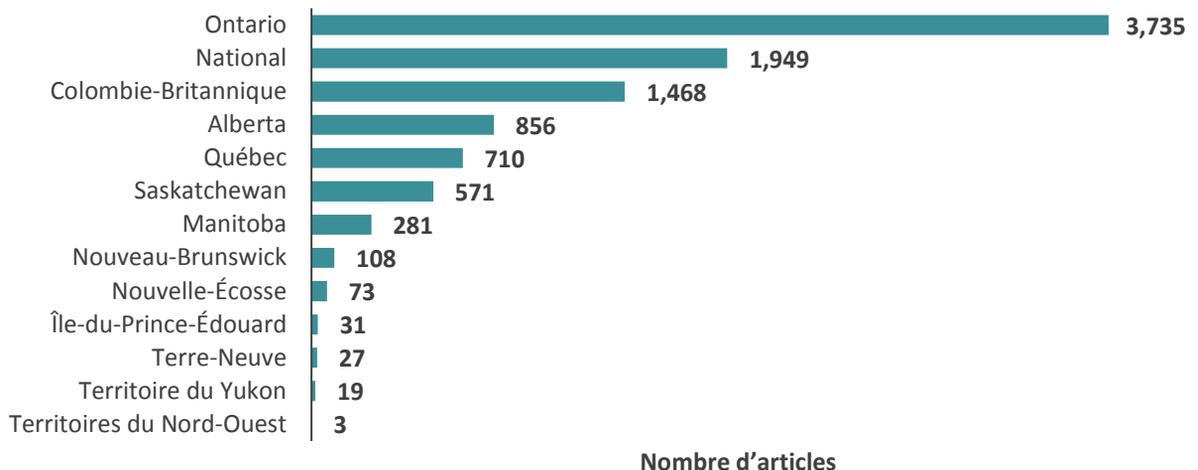
Québec

- C'est au Québec qu'il y a eu la plus grande proportion d'articles neutres; il y a notamment eu des discussions sur la mise en œuvre et les frais par exemple (« How much do you charge to help someone die? », *Montreal Gazette*, 7 octobre 2015). Les préoccupations religieuses ont également fait partie des sujets abordés au Québec (« Les évêques veulent contrer l'aide médicale à mourir », *La Presse*, 30 septembre 2015).

Canada atlantique

- La couverture au Canada atlantique était la plus équilibrée entre pour et contre. Le premier ministre de la Nouvelle Écosse a invité la population à tenir une discussion sérieuse après l'annonce de la décision de la Cour suprême en faveur de l'aide médicale à mourir (« McNeil: Public should discuss assisted death », *Halifax Chronicle-Herald*, 1^{er} février 2015).

Principales régions



Nombre d'articles



À propos de MediaMiser

À propos de MediaMiser :

MediaMiser compte une clientèle très variée, allant de sociétés figurant sur la liste Fortune 500 à des entreprises en démarrage en passant par des ministères, qui font confiance à nos solutions Web de surveillance et d'analyse des médias. Ils comptent sur nous pour une analyse en temps opportun des médias sociaux et traditionnels générée par notre logiciel breveté, les options de rapports personnalisés proposées par notre équipe de services à la clientèle attentive et proactive, et notre soutien technique 24 heures sur 24. Nous transformons les nouvelles en connaissances pour nos clients au Canada, aux États-Unis, en Europe et en Australie.