



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

**Contexte législatif : aide médicale à mourir
(projet de loi C-14, tel que sanctionné le 17 juin 2016)**



JUIN 2016

Canada

Le contenu de cette publication ou de ce produit peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins personnelles ou publiques, mais non à des fins commerciales, et cela sans frais ni autre permission, à moins d'avis contraire.

On demande seulement :

de faire preuve de diligence raisonnable en assurant l'exactitude du matériel reproduit ;

d'indiquer le titre complet du matériel reproduit et le nom de l'organisation qui en est l'auteur ;

d'indiquer que la reproduction est une copie d'un document officiel publié par le gouvernement du Canada et que la reproduction n'a pas été faite en association avec le gouvernement du Canada ni avec l'appui de celui-ci.

La reproduction et la distribution à des fins commerciales est interdite, sauf avec la permission écrite du ministère de la Justice du Canada. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le ministère de la Justice du Canada à l'adresse www.justice.gc.ca.

©Sa Majesté la Reine du chef du Canada
représentée par le ministre de la Justice et procureur général du Canada, 2016

ISBN 978-0-660-05822-1

No de cat. J4-41/1-2016F-PDF

Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14)

Table des matières

Introduction – Bref résumé de <i>Carter c Canada</i>	4
Partie 1 – Description du texte législatif sur l’aide médicale à mourir.....	5
I. Objectifs législatifs.....	6
II. Définitions.....	8
III. Exemptions de responsabilité criminelle.....	8
IV. Critères d’admissibilité pour l’aide médicale à mourir.....	10
V. Mesures de sauvegarde.....	12
VI. Système de surveillance	13
VII. Autres infractions	14
VIII. Modifications connexes.....	15
IX. Examen parlementaire	15
X. Étude plus approfondie de certains enjeux.....	15
Partie 2 – Examen des régimes internationaux d’aide médicale à mourir	15
I. Aperçu des lois étrangères	16
II. Lois des États américains.....	16
III. Colombie.....	18
IV. Belgique, Pays-Bas et Luxembourg (les pays du « Benelux »).....	18
Partie 3 – Analogie avec la loi du Québec.....	21
Partie 4 – Énoncé des répercussions possibles liées à la <i>Charte</i>	22
Annexe A : Guide de l’analyse article par article du projet de loi C-14	31
Annexe B : Extraits pertinents de <i>Carter c Canada (Procureur général)</i> , [2015] 1 RCS 331	34
Annexe C : Aperçu des régimes législatifs existants d’aide médicale à mourir	37
Annexe D : Aperçu des projets de loi étrangers récents sur l’aide médicale à mourir	40
Annexe E: Bibliographie sur l’aide médicale à mourir	44

Introduction – Bref résumé de *Carter c Canada*

Dans l'arrêt *Carter*¹, la Cour suprême du Canada (la « Cour ») a statué que les dispositions législatives visant à interdire l'aide à mourir portaient atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne en vertu de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la « Charte ») d'une façon dont la justification ne peut être démontrée au sens de l'article premier de la *Charte*. Les dispositions visées du *Code criminel* étaient l'alinéa 241b), qui interdit l'aide au suicide, et l'article 14, qui prévoit que nul ne peut consentir à ce que la mort lui soit infligée.

Vie, liberté et sécurité de la personne

En conformité avec sa décision antérieure dans l'arrêt *Rodriguez*², la Cour a statué que les dispositions visant à interdire l'aide médicale à mourir portaient atteinte à la liberté et la sécurité des personnes qui sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables³. Ces dispositions portent atteinte à la liberté en privant ces personnes de la possibilité de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle et aux soins médicaux, et empiètent sur leur sécurité en les laissant subir des souffrances intolérables. La Cour a également statué que ces dispositions privent certaines personnes du droit à la vie, car elles ont pour effet de les forcer à s'enlever prématurément la vie par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables.

Principes de justice fondamentale

Pour être en conformité avec l'article 7 de la *Charte*, une atteinte à la vie, à la liberté ou la sécurité de la personne doit être conforme aux principes de justice fondamentale. Dans *Carter*, les principes de justice fondamentale en jeu étaient ceux interdisant le caractère arbitraire, la portée excessive et le caractère totalement disproportionné. Une loi arbitraire « porte atteinte à des droits reconnus par la Constitution sans promouvoir le bien public que l'on dit être l'objet de la loi⁴ ». Une loi ayant une portée excessive est une loi qui peut être généralement rationnelle, mais qui nie les droits de certaines personnes d'une façon qui n'a aucun rapport avec son objet. Une loi ayant un caractère totalement disproportionné est une loi qui, même si elle peut permettre l'atteinte de l'objectif législatif, a des effets préjudiciables sur la vie, la liberté ou la sécurité de la personne qui sont si extrêmes qu'ils sont « sans rapport aucun » avec l'objectif de la loi⁵.

La Cour a conclu que la prohibition de l'aide à mourir n'est pas arbitraire puisqu'elle « favorise clairement » la réalisation de l'objectif législatif qui est d'empêcher qu'une personne vulnérable mette fin à ses jours dans un moment de faiblesse⁶. Cependant, la Cour a conclu que la prohibition avait une portée excessive parce qu'elle s'applique à des personnes qui ne sont pas vulnérables, niant ainsi leurs droits d'une façon qui n'a aucun lien avec l'objet de la loi. Puisqu'elle a conclu que la portée de la prohibition était excessive, la Cour n'a pas jugé nécessaire de décider si la prohibition avait un caractère totalement disproportionné.

Article premier

Les restrictions des droits garantis par la *Charte* sont constitutionnelles si elles sont raisonnables et que leur justification peut être démontrée au regard de l'article premier de la *Charte*. La Cour a conclu que la restriction des droits garantis par l'article 7 n'était pas justifiée. Bien que la Cour ait accepté que la prohibition absolue de l'aide à mourir permette d'atteindre un objectif urgent et réel, elle a conclu qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs et que la prohibition absolue allait plus loin que ce qui est raisonnablement nécessaire pour atteindre l'objectif législatif.

Réparation

La Cour a expliqué que la réparation appropriée consistait donc :

en un jugement déclarant que l'al. 241b) et l'art. 14 du *Code criminel* sont nuls 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 condition⁷.

La Cour a ensuite précisé que cette déclaration était « censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce » et qu'elle ne « [se] prononç[ait] pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée⁸. » Les situations qui ont fait l'objet de l'analyse de la Cour étaient celles notamment de Gloria Taylor qui souffrait de sclérose latérale amyotrophique (SLA), une maladie neurodégénérative fatale⁹. La Cour a indiqué ailleurs dans l'arrêt que les paramètres proposés dans ses motifs ne s'appliqueraient pas à l'aide à mourir dans d'autres situations, comme « pour les mineurs ou pour les personnes affectées de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mineurs »¹⁰.

La Cour a suspendu la prise d'effet de la déclaration d'invalidité pendant 12 mois pour donner le temps au Parlement et aux législatures provinciales de répondre à sa décision. Elle a reconnu que la réponse législative comporterait vraisemblablement une « mesure réglementaire complexe » et que la « tâche du législateur confronté à cette question est difficile » : il doit soulever les intérêts sociaux concurrents de ceux qui pourraient être à risque dans un régime permissif vis-à-vis les intérêts de ceux demandant de l'aide pour mourir¹¹. Elle a aussi laissé entendre qu'il faudrait accorder une grande déférence au régime finalement adopté par le Parlement¹².

Le 15 janvier 2016, la Cour a prorogé de quatre mois la suspension de la déclaration d'invalidité, qui a pris effet le 7 juin 2016¹³.

Partie 1 – Description du texte législatif sur l'aide médicale à mourir

L'élaboration du texte législatif sur l'aide médicale à mourir (projet de loi C-14) se fonde sur les éléments de preuve déposés devant toutes les instances dans l'affaire *Carter*¹⁴, des travaux de recherche, des études en sciences sociales, des études parlementaires et des rapports

gouvernementaux canadiens et internationaux¹⁵. Le texte législatif se fonde également sur l'expérience de régimes internationaux existants, ainsi que sur de nombreuses activités récentes de consultation sur l'aide médicale à mourir, notamment le travail du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir¹⁶, du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c Canada*¹⁷, du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir¹⁸, de l'Association médicale canadienne¹⁹, du Collège des médecins de famille du Canada²⁰, et celui des collèges provinciaux de médecins et chirurgiens. Le projet de loi C-14 a reçu la sanction royale le 17 juin 2016.

Le projet de loi C-14 établit l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui désirent obtenir une aide médicale à mourir et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables et ceux de la société, au moyen de modifications au *Code criminel* visant à permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens d'offrir une telle aide aux personnes admissibles en conformité avec les mesures de sauvegarde prévues. Ce nouveau texte législatif a juridiquement pour effet de décriminaliser l'aide médicale à mourir et de laisser la réglementation complémentaire de la pratique aux provinces et aux territoires (PT), s'ils choisissent de le faire. L'aide médicale à mourir comporte des aspects qui relèvent à la fois de la compétence fédérale et provinciale. Les aspects de l'aide médicale à mourir qui ont trait au droit criminel relèvent exclusivement de la compétence fédérale et s'appliquent de façon uniforme à travers le Canada. Les PT peuvent légiférer relativement aux aspects de l'aide médicale à mourir qui ont trait aux soins de santé dans la mesure où la législation PT n'entre pas en conflit avec le droit criminel. Du point de vue fédéral, un niveau raisonnable de conformité entre les provinces et territoires appuierait les valeurs et les principes sous-jacents de la *Loi canadienne sur la santé*, c'est-à-dire que tous les Canadiens et Canadiennes devraient avoir accès aux soins de santé dont ils ont besoin, ce qui peut comprendre les soins relatifs à l'aide médicale à mourir, sans obstacle financier ou autre.

I. Objectifs législatifs

Les objectifs du texte législatif sur l'aide médicale à mourir sont expressément énoncés dans le préambule du projet de loi C-14 et visent notamment :

- à reconnaître l'autonomie des personnes qui sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes et intolérables et qui souhaitent demander l'aide médicale à mourir;
- à reconnaître que de solides mesures de sauvegarde qui reflètent l'irrévocabilité de l'acte consistant à mettre fin à la vie d'une personne sont essentielles pour prévenir les erreurs et les abus lors de la prestation de l'aide médicale à mourir;
- à affirmer la valeur inhérente et l'égalité de chaque vie humaine et à éviter d'encourager les perceptions négatives au sujet de la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées;
- à protéger les personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse;
- à reconnaître que le suicide constitue un enjeu de santé publique important qui peut avoir des conséquences néfastes et durables sur les personnes, les familles et les communautés;

- à reconnaître que le fait de permettre l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes capables dont la mort est raisonnablement prévisible établit l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui veulent obtenir une aide médicale à mourir, et d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui doivent être protégés et les intérêts de la société;
- à reconnaître qu'une approche uniforme à l'aide médicale à mourir à travers le Canada est souhaitable, tout en respectant la compétence provinciale à l'égard de divers sujets liés à l'aide médicale à mourir, notamment la prestation des services de soins de la santé, la réglementation des professions de la santé, les contrats d'assurance, les coroners et les médecins légistes;
- à reconnaître que les personnes qui désirent avoir accès à l'aide médicale à mourir devraient pouvoir le faire sans que leur famille ne subisse de conséquences juridiques négatives;
- à reconnaître que tous et toutes jouissent de la liberté de conscience et de religion au titre de l'article 2 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et que rien dans le projet de loi n'interfère avec ces libertés (tel qu'amendé par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes); et
- à reconnaître l'engagement du gouvernement du Canada à collaborer avec les provinces, les territoires et les organisations de la société civile afin de faciliter l'accès aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie, aux soins et aux services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer et de démence, à des services de soutien en santé mentale et à des soins de fin de vie adaptés à la culture et aux croyances spirituelles des patients Autochtones (tel qu'amendé par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes).

Le préambule affirme également l'engagement du gouvernement du Canada de respecter les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*, de développer des mesures non-législatives pour soutenir l'amélioration d'une gamme d'options de soins en fin de vie, et de respecter les croyances des fournisseurs de soins de santé. À cet égard, la ministre de la Santé s'est engagée à développer, en collaboration avec les PT, un système de coordination des soins de fin de vie en vue d'offrir des renseignements sur les options existantes et de faciliter l'accès aux soins pour les patients.

Les objectifs législatifs énoncés dans le préambule traitent des circonstances dans lesquelles l'aide médicale à mourir est accessible, mais traitent aussi des motifs pour lesquels l'accès à une telle aide ne serait pas permis dans d'autres circonstances. Par exemple, l'objectif visant à reconnaître que le suicide constitue un enjeu de santé publique important aide à expliquer pourquoi l'aide médicale à mourir n'est pas envisagée actuellement pour les personnes qui ne sont pas à l'approche d'une mort naturelle. Le fait de permettre l'aide médicale à mourir dans des circonstances où une personne ne s'approche pas d'une mort naturelle pourrait être perçu comme portant atteinte aux initiatives en matière de prévention du suicide, et comme normalisant la mort en tant que solution à de nombreuses formes de souffrances.

Ceci dit, le préambule reconnaît également que le gouvernement du Canada s'est engagé à explorer d'autres circonstances dans lesquelles une personne pourrait vouloir une aide médicale à mourir, à savoir les demandes faites par des mineurs matures, les demandes anticipées et les

demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Ces circonstances sont complexes et doivent faire l'objet d'études et d'examen complémentaires. Le projet de loi exige que la ministre de la Justice et la ministre de la Santé lancent un ou des examens indépendants sur ces questions, au plus tard 180 jours après la sanction royale (amendements du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes). Elles doivent déposer un ou des rapports au Parlement sur ces examens au plus tard deux ans après le début de l'examen (amendement du Sénat).

II. Définitions

Le projet de loi C-14 édicte de nouvelles définitions dans le *Code criminel* aux fins du régime national d'aide médicale à mourir (voir Annexe 1 pour le Guide de l'analyse article par article du projet de loi C-14. Le nouvel article 241.1 (article 3 du projet de loi) constitue une disposition centrale de ce régime en ce qu'il définit le terme général « aide médicale à mourir » comme englobant ce que l'on appelle communément l'euthanasie volontaire (c.-à-d. l'administration par un médecin ou un infirmier praticien d'un médicament²¹ causant la mort d'une personne à sa demande) et l'aide au suicide (c.-à-d. lorsqu'un médecin ou un infirmier praticien prescrit ou fournit un médicament à la demande d'une personne, afin qu'elle puisse se l'administrer et ainsi se donner la mort). Dans le cas de ce que l'on appelle communément l'euthanasie volontaire, il est à signaler que la prestation de l'aide médicale à mourir entraînerait directement la mort d'un individu, alors que dans le cas de l'aide au suicide, la prestation de l'aide médicale à mourir permettrait à l'individu d'obtenir un médicament qu'il pourrait choisir d'utiliser – ou non – pour se donner la mort. Cette différence est reflétée dans les nouvelles exemptions criminelles exposées ci-après.

En ce qui concerne les professionnels de la santé, qui relèvent de la responsabilité des provinces et territoires, le nouvel article 241.1 définit les termes « médecin » et « pharmacien » comme étant les personnes autorisées par la loi d'une province à exercer la médecine ou la pharmacologie (par ex., des professionnels agréés membres de collèges provinciaux de médecins et chirurgiens ou collèges provinciaux de pharmaciens)²². Même si en anglais, le terme « physician » ou « doctor » est plus clair, le terme « medical practitioner » est déjà utilisé à plusieurs endroits dans le *Code criminel*, et il est donc adopté en vue d'assurer l'uniformité du *Code criminel*. Le terme « infirmier praticien » est défini dans le projet de loi comme un infirmier agréé à titre d'infirmier praticien ou toute autre appellation équivalente, qui peut poser des diagnostics, interpréter des tests de diagnostic, prescrire des médicaments et traiter des individus.

III. Exemptions de responsabilité criminelle

Homicide coupable

Le fait de causer intentionnellement la mort d'une autre personne même si celle-ci consent à mourir (article 14 du *Code criminel*) constitue un crime. Le projet de loi édicte donc une nouvelle exemption de responsabilité criminelle à l'égard de l'homicide coupable pour les médecins ou les infirmiers praticiens qui offrent une aide médicale à mourir sous la forme de ce

que l'on appelle communément l'euthanasie volontaire, c'est-à-dire l'administration d'un médicament causant la mort d'une personne à sa demande (nouveau paragraphe 227(1) du *Code criminel*, à l'article 2 du projet de loi). Le projet de loi crée aussi une exemption additionnelle et connexe pour toute personne qui accomplit quelque chose en vue d'aider un médecin ou un infirmier praticien à fournir une aide médicale à mourir. Cette dernière catégorie comprend, par exemple, un travailleur social qui rencontre un individu pour aider à évaluer le caractère volontaire de sa demande, un avocat d'un hôpital qui examine des documents pour vérifier le respect de la loi, ou un pharmacien qui remplit une ordonnance pour le médicament devant être administré à un individu par un médecin ou un infirmier praticien.

Le projet de loi réédicte également la règle juridique (article 14 du *Code criminel* – article 1 du projet de loi) qui précise que le consentement à la mort donné par une personne ne constitue pas un moyen de défense pour quiconque lui inflige la mort. Dans *Carter*, cette règle a été jugée inconstitutionnelle. Parallèlement, le projet de loi précise que cette règle juridique ne s'applique pas à une personne qui consent à ce que la mort lui soit infligée au moyen de l'aide médicale à mourir en conformité avec le nouveau régime (nouveau paragraphe 227(4) du *Code criminel* – article 2 du projet de loi). Dans toute autre circonstance, le fait de causer la mort d'une personne qui a donné son consentement à mourir est toujours un acte criminel.

Aider une personne à se donner la mort

Le fait d'aider une personne à se suicider, que le suicide s'ensuive ou non (alinéa 241b) du *Code criminel*), constitue également un crime. Cette aide peut notamment comprendre la prestation de renseignements sur les façons de mettre fin à sa vie ou la fourniture d'un dispositif ou d'autres moyens qui pourraient être utilisés à cette fin. Le projet de loi édicte donc des exemptions de responsabilité criminelle pour l'infraction consistant à aider une personne à se donner la mort pour les médecins, les infirmiers praticiens et les personnes qui les aideraient à fournir ou à remettre un médicament aux individus admissibles. Ces individus pourraient s'administrer le médicament pour se donner la mort, soit à ce moment précis, soit à un autre moment qui leur convient (nouveaux paragraphes 241(2) et 241(3) du *Code criminel* – article 3 du projet de loi).

Le projet de loi reconnaît qu'une personne, après avoir reçu l'ordonnance du médecin ou de l'infirmier praticien (qui respecte la définition de l'aide médicale à mourir dans le *Code criminel* expliquée ci-dessus), pourrait encore avoir besoin de diverses autres formes d'aide selon son état de santé. Par exemple, un individu pourrait avoir besoin de quelqu'un pour aller chercher le médicament à la pharmacie, pour ouvrir le flacon qui contient le médicament ou porter un verre d'eau à sa bouche pour lui permettre de l'avalier. Puisque ces formes de comportements sont interdites au titre de l'infraction consistant à aider une personne à se donner la mort, des exemptions additionnelles sont prévues dans le projet de loi pour cibler ce type d'aide.

Tout particulièrement, un pharmacien qui exécute une ordonnance aux fins de l'aide médicale à mourir et remet directement le médicament à la personne ou à une autre personne pour ce dernier, est également exempté de toute responsabilité (nouveau paragraphe 241(4) – article 3 du projet de loi). De même, quiconque accomplit quelque chose en vue d'aider une personne à s'administrer le médicament est aussi exempté de responsabilité criminelle (nouveau paragraphe 241(5) – article 3 du projet de loi). Cependant, toute personne en aidant une autre à s'administrer

le médicament devrait faire preuve d'une extrême prudence, puisque la décision, de même que les actes ultimes à cette fin, doivent être ceux de la personne pour qui le médicament a été prescrit. Dans toute autre circonstance, il existe toujours un risque de poursuite criminelle.

Enfin, le projet de loi réédite l'infraction consistant à aider une personne à se donner la mort, et ce comportement est toujours un acte criminel dans toutes les circonstances autre que celles décrites dans le régime d'aide médicale à mourir en vertu du *Code criminel*.

Précision en ce qui concerne le fait de fournir de l'information sur l'aide médicale à mourir

Pour plus de certitude, le projet de loi précise qu'un travailleur social, un psychologue, un psychiatre, un thérapeute, un médecin, un infirmier praticien ou tout autre professionnel de la santé ne commet pas une infraction s'il fournit des renseignements sur la prestation légitime de l'aide médicale à mourir à un patient (ajout du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes).

« *Croyance raisonnable, mais erronée* »

Pour plus de précision, le projet de loi codifie un principe de common law précisant que les exemptions s'appliquent même si le médecin ou l'infirmier praticien, ou autre personne bénéficiant d'une exemption, a une croyance raisonnable, mais erronée, à l'égard de tout fait pertinent; par exemple, à savoir si la personne est âgée de 18 ans et est donc admissible à recevoir une aide médicale à mourir (nouveaux paragraphes 227(3) et 241(6) aux articles 2 et 3 du projet de loi). Ces dispositions fonctionneront essentiellement comme une défense de « bonne foi » pour les personnes qui participent à l'aide médicale à mourir.

IV. Critères d'admissibilité pour l'aide médicale à mourir

Le projet de loi C-14 édicte dans le *Code criminel* un nouvel article 241.2 qui énonce essentiellement les règles en matière pénale entourant la prestation de l'aide médicale à mourir. Les nouveaux paragraphes 241.2(1) et 241.2(2) énoncent les critères d'admissibilité à l'égard de l'aide médicale à mourir au Canada. Aux termes du texte législatif, seule la personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes pourra obtenir une aide médicale à mourir (paragraphe 241.2(1)) :

- elle est une personne adulte (âgée d'au moins 18 ans) et est capable de prendre des décisions relatives à sa santé;
- elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (au sens du paragraphe 241.2(2));
- elle a formulé sa demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, incluant les soins palliatifs; et
- elle est admissible à recevoir des soins de santé financés par l'État.

Aux termes du projet de loi, une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables lorsqu'à la fois (paragraphe 241.2(2)) :

- elle est atteinte d'une maladie, affection ou handicap grave et incurable;
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Les critères d'admissibilité permettent aux personnes qui éprouvent des souffrances intolérables, dont la situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de capacités, et qui sont dans un état de déclin vers une mort naturelle, d'avoir l'option d'une mort paisible avec aide médicale, plutôt qu'une mort douloureuse, prolongée ou portant atteinte à leur dignité. Ces critères leur permettent de prendre des décisions fondamentales concernant leur intégrité, autonomie et dignité corporelles, ce qui pourrait également les empêcher de mettre fin prématurément à leur vie en leur donnant l'assurance qu'elles auront accès à l'aide médicale à mourir à un moment où elles pourraient ne plus être en mesure de mettre fin à leur vie sans assistance. Les individus doivent être en mesure de donner un consentement éclairé au moment de l'évaluation des critères d'admissibilité et de confirmer leur consentement une dernière fois avant la prestation de l'aide médicale à mourir.

Dans *Carter*, la Cour a explicitement indiqué que la portée de sa déclaration est « censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce »²³ et qu'elle ne se prononçait pas « sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée »²⁴. Les critères d'admissibilité du projet de loi C-14 permettent de répondre aux « circonstances factuelles » soulevées dans *Carter*. Les personnes dont le dossier était considéré par la Cour étaient soit dans un déclin physique et à l'approche de la mort, à un stade avancé d'une maladie mortelle, soit à l'approche de la mort dans un état de déclin causé par une maladie non mortelle. Cette approche est également compatible avec la comparaison faite par la Cour entre l'aide médicale à mourir et d'autres formes de soins de fin de vie²⁵, c'est-à-dire que l'aide médicale à mourir devient une autre option de fin de vie, venant s'ajouter aux soins palliatifs et à la sédation palliative par exemple, pour des individus éprouvant des souffrances intolérables dont la mort est raisonnablement prévisible. La Cour a aussi reconnu que l'aide à mourir est une question complexe qui soulève bon nombre de valeurs, que plusieurs solutions étaient possibles et qu'une grande déférence serait accordée à la réponse du législateur²⁶ (voir Annexe B pour plus d'information).

Le critère de la prévisibilité raisonnable de la mort vise à exiger un lien temporel, mais flexible, entre l'ensemble de la situation médicale de la personne et son décès anticipé. Puisque certains problèmes de santé causent un déclin irréversible des capacités et de longues souffrances avant la mort, le critère d'admissibilité n'imposera pas d'exigence particulière quant au pronostic et à la proximité de la mort (par ex., dans les quatre États américains où existent des lois sur l'aide médicale à mourir, un pronostic de six mois est requis). De plus, la condition médicale causant les souffrances intolérables n'aura pas à constituer la cause de la mort raisonnablement

prévisible. En d'autres mots, l'admissibilité n'est pas limitée aux personnes qui se meurent d'une maladie mortelle. L'admissibilité sera évaluée au cas par cas, avec la souplesse nécessaire pour tenir compte du caractère unique de la situation de chaque personne, mais quand même avec des limites exigeant que la mort naturelle soit prévisible au cours d'une période qui n'est pas trop éloignée. Il faut signaler que les personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'un handicap physique ne seront pas exclues du régime, mais elles ne peuvent avoir accès à l'aide médicale à mourir que si elles remplissent tous les critères d'admissibilité.

Le fait que la personne doive être admissible à recevoir des soins de santé financés par l'État vise à empêcher des étrangers de visiter le Canada pour obtenir une aide médicale à mourir.

V. Mesures de sauvegarde

Dans *Carter*, la Cour a reconnu les risques inhérents à l'autorisation de l'aide médicale à mourir, mais a souscrit à l'opinion de la juge de première instance et affirmé que ces risques « peuvent être reconnus et réduits considérablement dans un régime soigneusement conçu, qui impose des limites scrupuleusement surveillées et appliquées »²⁷. Comme c'est le cas dans d'autres pays ou États ayant l'aide médicale à mourir, la mise en place de garanties procédurales solides constitue une composante primordiale d'un régime d'aide médicale à mourir soigneusement conçu, et est essentielle en vue d'éviter les erreurs et les abus, et de protéger les personnes vulnérables.

En conformité avec la décision de la Cour et les recommandations du Comité mixte spécial à l'égard des mesures de sauvegarde, le projet de loi C-14 édicte des mesures de sauvegarde que les médecins et les infirmiers praticiens seront tenus de respecter avant d'offrir une aide médicale à mourir à un individu. Ces mesures exigent que le médecin ou l'infirmier praticien respecte les conditions suivantes :

- confirmer que la personne satisfait à tous les critères d'admissibilité;
- s'assurer que la personne a consigné sa demande par écrit après avoir été avisée qu'elle est affectée d'un problème de santé grave et irrémédiable et être convaincu que cette demande a été signée et datée en présence de deux témoins indépendants, qui ont également signé et daté la demande;
- s'assurer que la personne a été informée qu'elle peut retirer sa demande en tout temps et par tout moyen;
- s'assurer que l'avis écrit d'un deuxième médecin ou d'un infirmier praticien indépendant a été obtenu pour confirmer l'admissibilité de la personne;
- s'assurer du respect d'un délai d'au moins dix jours francs entre le jour où la demande écrite est signée et celui où l'aide médicale à mourir est fournie (à moins que les deux praticiens jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à consentir est imminente);
- immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, confirmer le consentement de la personne; et
- si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour fournir un moyen de communication fiable pour qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et communiquer sa décision.

Pour être considéré comme indépendant, le témoin ne peut notamment être bénéficiaire de la

succession testamentaire de la personne ou recevoir autrement un avantage découlant de la mort de la personne, ou participer directement à la prestation des services de soins de santé de la personne (nouveau paragraphe 241.2(5) – article 3 du projet de loi). En ce qui a trait à l'indépendance du premier médecin ou infirmier praticien à l'égard du deuxième médecin ou infirmier praticien, le projet de loi prévoit que ces personnes ne peuvent être liées d'une façon qui porterait atteinte à leur objectivité, notamment en étant dans une relation de mentorat. Ils doivent également être indépendants à l'égard du patient en ce sens qu'ils ne peuvent être bénéficiaires de sa succession testamentaire ou être liés à ce dernier d'une façon qui puisse porter atteinte à leur objectivité (nouveau paragraphe 241.2(6)). Cependant, le texte législatif prévoit clairement que la compensation normale pour la prestation des services médicaux n'a pas d'incidence sur l'indépendance du médecin ou de l'infirmier praticien.

Le projet de loi prévoit qu'un individu qui ne peut signer sa demande d'aide médicale à mourir peut demander à un adulte capable, qui ne participe pas directement à sa prestation de services de soins de santé, de signer et de dater sa demande, à sa place et en sa présence (nouveau paragraphe 241.2(4)). Ce « tiers signataire » ne peut être quelqu'un qui sait ou croit être bénéficiaire de la succession testamentaire, ou qu'il recevra autrement un avantage matériel de la mort de cette personne (amendement du Sénat).

Pour faire valoir l'exemption, le médecin ou l'infirmier praticien doit être en mesure de fournir l'aide avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables, et ce, en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables (nouveau paragraphe 241.2(7)). Il doit aviser le pharmacien lorsqu'il demande ou prescrit un médicament aux fins de l'aide médicale à mourir (nouveau paragraphe 241.2(8)).

Enfin, le nouveau paragraphe 241.2(9) précise que l'article 241.2 n'a pas pour effet de forcer quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir. Ce paragraphe a été ajouté par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes avec la modification au préambule qui reconnaît que tous jouissent de la liberté de conscience et de religion au titre de l'article 2 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et que rien dans le projet de loi ne porte atteinte à ces libertés. Les deux amendements visent à renforcer l'idée que rien dans le projet de loi ne force quiconque à agir à l'encontre de ses croyances les plus profondes.

VI. Système de surveillance

Tel que reconnu par la Cour dans *Carter*, le Comité mixte spécial dans son rapport, et plusieurs parties prenantes, une composante essentielle du nouveau régime est la mise en place d'un système pancanadien de surveillance. Celui-ci permettra de recueillir et d'analyser des données sur la prestation de l'aide médicale à mourir à travers le Canada, de suivre les tendances et de présenter publiquement des renseignements sur la mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives. Un tel régime est essentiel pour favoriser la transparence et la confiance du public envers le système.

Pouvoir de réglementation

Le texte législatif crée une obligation à l'égard de la ministre de la Santé de prendre les règlements qu'elle estime nécessaires afin d'établir un système de surveillance des demandes et de la prestation de l'aide médicale à mourir au Canada. Ces règlements peuvent notamment porter sur : les renseignements qui doivent être fournis par le médecin, l'infirmier praticien ou le pharmacien à un organisme désigné; la forme, la façon et les délais selon lesquels les renseignements doivent être fournis; la collecte de renseignements provenant des coroners et des médecins légistes; les modalités concernant l'analyse, l'interprétation et la publication des données; et les règles sur la protection et la destruction de ces renseignements (nouveau paragraphe 241.31(3) – article 4 du projet de loi). Le paragraphe 241.31(3.1) a été ajouté par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes pour exiger que la ministre de la Santé, en collaboration avec les provinces et territoires, établisse des lignes directrices quant aux renseignements à inclure dans les certificats de décès, notamment la façon de préciser que l'aide médicale à mourir est le mode de décès et d'indiquer la maladie, l'affection ou le handicap sous-jacent.

Respect des obligations en matière de rapports et infractions connexes

Afin de permettre le fonctionnement efficace du régime de surveillance, le projet de loi C-14 crée une obligation légale pour le médecin et l'infirmier praticien qui reçoit une demande d'aide médicale à mourir de fournir les renseignements prévus par règlement (nouveau paragraphe 241.31(1)). Les pharmaciens sont également tenus de fournir des renseignements relatifs à la délivrance de médicaments utilisés pour l'aide médicale à mourir (nouveau paragraphe 241.31(2)). Le projet de loi C-14 crée une infraction mixte – passible d'un emprisonnement maximal de deux ans – visant le médecin ou l'infirmier praticien qui omet de se conformer à son obligation de fournir des renseignements, ou encore toute personne qui sciemment contrevient au règlement. Les obligations et les infractions connexes en matière de rapports entreront en vigueur après les autres dispositions du projet de loi, une fois les règlements détaillés sur le régime de surveillance en place.

Entrée en vigueur

Les articles qui exigent la prise de règlements concernant le système de surveillance et les obligations juridiques en matière de renseignements à fournir incombant aux médecins, aux infirmiers praticiens et aux pharmaciens entreront en vigueur douze mois après la date de la sanction royale, ou à une date antérieure fixée par décret.

VII. Autres infractions

En vue d'assurer le respect du nouveau texte législatif sur l'aide médicale à mourir, et compte tenu du caractère sérieux et irrévocable de l'aide à mourir et du risque de responsabilité criminelle pour les professionnels de la santé, le projet de loi édicte de nouvelles infractions mixtes pour le non-respect des mesures de sauvegarde obligatoires (nouvel article 241.3) et pour le fait de commettre un faux relatif à une demande d'aide médicale à mourir ou pour la destruction de documents relatifs à une telle demande dans un dessein criminel (nouvel

article 241.4). Par exemple, une personne pourrait détruire une demande écrite en vue de bloquer l'accès à l'aide médicale à mourir à une personne ou d'entraver la capacité d'un médecin de faire valoir une exemption, ou encore pourrait falsifier la signature d'une personne qu'elle tente d'inciter à demander une aide médicale à mourir. Ces infractions sont punissables d'un emprisonnement maximal de cinq ans, sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation, et d'un emprisonnement maximal de dix-huit mois, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

VIII. Modifications connexes

Le projet de loi C-14 apporte également des modifications connexes à d'autres lois en vue d'assurer que le recours à l'aide médicale à mourir n'entraînera pas la perte d'une pension au titre de la *Loi sur les pensions* ou d'avantages au titre de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*. Il modifie également la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* en vue d'éviter la tenue d'enquête au titre de l'article 19 de cette loi, lorsqu'un détenu reçoit une aide médicale à mourir.

IX. Examen parlementaire

Le projet de loi prévoit qu'un examen législatif obligatoire aura lieu cinq ans suivant l'entrée en vigueur de la loi. Les dispositions législatives sur l'aide médicale à mourir seront soumises à l'examen d'un comité parlementaire désigné de la Chambre des communes, du Sénat ou mixte. Le comité procédera à un examen de toutes les dispositions du projet de loi C-14, ainsi que la situation des soins palliatifs au Canada, et présentera un rapport au Parlement qui comportera, s'il y a lieu, les modifications qu'il recommande. Il pourra aussi examiner tout rapport qui aurait été rendu public dans le cadre du régime de surveillance. L'examen parlementaire pourra examiner si le nouveau régime d'aide médicale à mourir atteint ses objectifs législatifs, la façon dont l'aide médicale à mourir est mise en œuvre à travers le Canada et, au besoin, identifier les changements et les améliorations possibles.

X. Étude plus approfondie de certains enjeux

L'article 9.1 a été ajouté au projet de loi C-14 pour créer une obligation incombant aux ministres de la Justice et de la Santé d'initier, au plus tard 180 jours après la date de sanction de la loi, un ou des examens indépendants sur les enjeux des demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée (amendement du Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes). Les ministres de la Justice et de la Santé doivent déposer devant le Parlement un ou des rapports sur ces examens, au plus tard deux ans après le début d'un examen (amendement du Sénat).

Partie 2 – Examen des régimes internationaux d'aide médicale à mourir

Le Canada n'est pas le seul pays à mettre en place un régime législatif qui prévoit des exemptions en matière de responsabilité pénale visant à permettre l'aide médicale à mourir. En

plus de reposer sur la décision *Carter*, et les consultations publiques qui ont eu lieu à travers le Canada au cours de la dernière année, le projet de loi C-14 se fonde sur les textes législatifs sur l'aide médicale à mourir qui existent dans d'autres pays et sur les travaux de recherche liés à leur fonctionnement²⁸, dont la plupart ont été présentés devant les tribunaux dans l'affaire *Carter* (voir Annexe C pour plus d'information).

I. Aperçu des lois étrangères

À l'heure actuelle, outre le Québec, huit administrations sont dotées de règles juridiques précises sur la prestation de l'aide médicale à mourir : quatre États américains (Oregon, Washington, Vermont et Californie), la Colombie²⁹, et trois pays européens (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg, souvent appelés pays du « Benelux »). Ces lois (ou la résolution ministérielle dans le cas de la Colombie) possèdent de nombreuses similarités, tout particulièrement en ce qui a trait aux mesures de sauvegarde, aux exigences d'obtention d'un deuxième avis, et à la formulation de manière volontaire d'une demande écrite par la personne, toutes requises par presque tous les régimes. De nombreux régimes exigent aussi que la demande écrite soit faite en présence de témoins et prévoient des délais entre la demande et la prestation de l'aide médicale à mourir (ou exigent tout au moins que le médecin s'entretienne avec la personne au cours d'une certaine période en vue de s'assurer que les souffrances sont persistantes et que sa décision est ferme). La Colombie possède un processus aux termes duquel il existe dans chaque hôpital un comité interdisciplinaire chargé d'évaluer la demande et d'appuyer la personne et sa famille dans le cadre du processus. Presque tous les régimes possèdent aussi des systèmes obligatoires de contrôle axés sur la surveillance de la prestation de l'aide médicale à mourir et sur la publication de rapports à ce sujet. En Suisse, bien que prêter assistance à une autre personne afin qu'elle se donne la mort ne soit pas un crime, si l'acte est poussé par un motif non égoïste, il n'existe aucune loi fédérale réglemant la façon dont l'assistance peut être offerte, à qui elle peut être offerte ou à l'égard des mesures de sauvegarde.

Dans les lois étrangères, les approches diffèrent quant à l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, notamment en ce qui a trait : aux circonstances médicales qui permettent à une personne de recevoir une aide médicale à mourir; aux personnes susceptibles d'obtenir une telle aide, à savoir des personnes adultes seulement ou aussi des mineurs matures; et à la possibilité pour une personne d'obtenir une aide médicale à mourir lorsqu'elle a perdu la capacité d'exprimer ses volontés, sur le fondement d'une demande faite pendant qu'elle était encore apte à le faire (c.-à-d. demandes anticipées). Les lois étrangères diffèrent également en ce qui a trait à la forme d'aide médicale à mourir permise, c'est-à-dire si le médicament doit être administré par le médecin ou si l'individu doit poser le geste ultime qui causera sa mort en l'administrant lui-même. Certaines de ces différences sont décrites ci-après.

II. Lois des États américains

La première administration à édicter un texte législatif sur l'aide médicale à mourir a été l'État de l'Oregon qui a adopté le *Death with Dignity Act* en 1994³⁰. La loi de l'Oregon permet à une personne adulte capable (d'au moins 18 ans) d'obtenir une aide médicale à mourir si elle présente une demande de manière volontaire et souffre d'une « maladie terminale » ainsi

définie : [TRADUCTION] « une maladie incurable et irréversible qui a été médicalement confirmée et qui, selon le jugement raisonnable du médecin, entraînera la mort dans les six mois³¹. » Il n'est pas nécessaire que l'individu éprouve des souffrances intolérables.

Le médecin n'est autorisé qu'à fournir à la personne une ordonnance pour un médicament qui pourrait mettre fin à sa vie (suicide assisté). La loi ne permet pas aux médecins de mettre fin à la vie d'une personne par « euthanasie active »³². Il n'est pas possible non plus de faire une demande anticipée qui prendrait effet dans le cas où la personne perdrait sa capacité mentale.

Les données de l'Oregon révèlent ce qui suit³³:

- De 1997 à 2014, 1 327 personnes ont reçu des ordonnances de médicaments et, dans un cas sur trois (468), le décès n'est pas survenu;
- Le nombre de suicides assistés par un médecin est passé de 0,5 décès par 100 000 habitants en 1998 à 2,6 décès, en 2014;
- Les maladies les plus communes pour ces individus étaient les suivantes : cancer (69 %); sclérose latérale amyotrophique (SLA) (16 %); maladie chronique des voies respiratoires basses (4 %) et maladies du cœur (3 %);
- Les préoccupations les plus importantes de fin de vie pour ces individus étaient la perte d'autonomie (91 %), la capacité réduite de participer à des activités qui agrémentent la vie (87 %) et la perte de dignité (71 %)³⁴.

La loi de l'Oregon a servi de modèle à trois autres États américains qui ont adopté de telles lois : Washington (2008), Vermont (2013) et Californie (2015). Toutes ces lois prévoient que seuls les adultes atteints d'une maladie terminale sont admissibles, qu'ils doivent être affectés d'une maladie qui devrait entraîner leur mort dans les prochains six mois, et permettent seulement au médecin de fournir un médicament que la personne doit s'administrer elle-même. De nombreux projets de loi similaires sont actuellement devant les assemblées législatives d'autres États américains (voir Annexe D pour plus d'information).

Considérations pour le Canada

Dans le cadre de l'élaboration du texte législatif sur l'aide médicale à mourir, les lois des États américains, et les rapports fournis par les organismes chargés de la surveillance de ces lois, ont tous fait l'objet d'un examen approfondi. En ce qui a trait à l'admissibilité, ces approches législatives n'exigent pas que l'individu éprouve des souffrances insupportables ou intolérables imputables à son problème de santé ou qu'il soit dans un état avancé de déclin. Cependant, à d'autres égards, ces approches sont assez restrictives en prévoyant que seules les personnes qui sont atteintes d'une affection mortelle et qui ont un pronostic de vie d'au plus six mois peuvent être admissibles à l'aide médicale à mourir.

Bien que l'approche des États américains puisse convenir aux personnes qui sont atteintes de certaines maladies qui donnent lieu à un déclin constant, rapide et prévisible vers la mort, elle pourrait ne pas convenir lorsqu'une personne est affectée d'autres problèmes de santé. Par exemple, certaines maladies dégénératives peuvent progresser de façon imprévisible, sur une plus longue période, de sorte qu'il peut être plus difficile de prédire le moment de la mort. Les

souffrances associées à l'étape de la mort peuvent également durer plus longtemps. L'approche des États américains ne permet pas non plus de fournir l'aide médicale à mourir, en tant qu'option de fin de vie, à des individus qui éprouvent des souffrances intolérables qui ne sont pas atteints d'une maladie mortelle, mais qui sont néanmoins à l'approche de la mort pour d'autres raisons.

Enfin, puisque l'approche des États américains permet seulement aux médecins de prescrire un médicament que la personne va s'administrer, elle ne conviendrait pas pour celles qui ne sont pas en mesure physiquement de s'administrer un tel médicament, ce qui les empêcherait de bénéficier d'une mort paisible et sans douleur avec l'aide d'un médecin.

III. Colombie

Pour donner suite à deux décisions³⁵ de la Cour constitutionnelle de la Colombie, le ministère de la Santé et de la Protection sociale de la Colombie a adopté la Résolution 1216 de 2015³⁶, en avril 2015, qui prévoit des règles et des procédures pour les personnes qui souhaitent avoir accès à l'aide médicale à mourir. De façon semblable aux lois américaines, l'admissibilité est limitée aux personnes adultes qui répondent à la définition de « patient en phase terminale », qui s'entend d'une personne souffrant d'une condition médicale ou d'une pathologie grave, progressive et irréversible, avec un pronostic de mort prochaine ou à relativement brève échéance. La résolution n'exige pas que la personne ait moins de six mois à vivre, mais vise les personnes avec un pronostic de mort prochaine.

Contrairement aux lois américaines, un patient en phase terminale en Colombie ne peut obtenir ce que l'on appelle communément l'euthanasie volontaire, c'est-à-dire lorsqu'un médecin administre un médicament pour causer la mort d'une personne. Par ailleurs, contrairement à ce qui est prévu dans l'approche des États américains, la Colombie permet à un patient de préparer une demande anticipée au cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer ses volontés dans le futur.

Considérations pour le Canada

À l'instar des lois américaines, l'approche colombienne semble quelque peu restrictive puisqu'elle exige que la mort survienne à relativement brève échéance. L'expression « patient en phase terminale » laisse aussi entendre, quoique ce ne soit pas tout à fait clair, que le patient se meurt d'une maladie progressive et irréversible, ce qui aurait pour effet de refuser l'accès à l'aide aux personnes qui sont à l'approche de la mort, mais dont les souffrances ne découlent pas d'affections mortelles. Puisque la Résolution a été adoptée en 2015, il n'existe pas encore de données publiques sur l'expérience de l'aide médicale à mourir en Colombie.

IV. Belgique, Pays-Bas et Luxembourg (les pays du « Benelux »)

Les Pays-Bas et la Belgique ont adopté en 2002³⁷ des lois régissant l'aide médicale à mourir. Cependant, aux Pays-Bas, les tribunaux ont, pendant plusieurs décennies, élaboré des critères pour permettre aux médecins de pratiquer ce que l'on appelle communément l'euthanasie volontaire sans aucune conséquence pénale. Le Luxembourg a adopté sa loi en 2009³⁸.

Admissibilité médicale

En ce qui a trait à l'admissibilité, les lois des pays du Benelux sont fort semblables : les individus sont admissibles s'ils éprouvent des souffrances physiques ou psychologiques « intolérables » ou « insupportables » qui résultent d'une pathologie sérieuse et incurable, sans perspective d'amélioration. Ils peuvent être admissibles même s'ils ne sont pas mourants ou même s'ils ne sont pas affectés d'un problème de santé qui met leur vie en danger. De ce fait, dans les pays du Benelux, des individus ont obtenu une aide à mourir lorsqu'ils souffrent seulement de maladie mentale, d'un handicap physique ou d'un autre problème de santé qui n'abrège pas la durée de vie.

En Belgique et aux Pays-Bas, certains dossiers relatifs à des patients qui n'étaient pas à l'approche de la mort ont donné lieu à une importante couverture médiatique à l'échelle internationale, par exemple : le cas d'une personne transgenre qui éprouvait des souffrances psychologiques après une chirurgie de changement de sexe ratée; celui de frères jumeaux sourds, dans la force de l'âge, qui allaient aussi devenir aveugles; celui d'une femme anorexique victime de violence sexuelle; et celui de personnes souffrant de chagrin en raison de la perte d'êtres chers³⁹.

Les données recueillies dans ces administrations révèlent une évolution au niveau des tendances. Quoique le cancer constitue encore la principale condition médicale sous-jacente aux demandes d'aide médicale à mourir, sa proportion a beaucoup diminué au cours des dernières années, alors que la proportion de dossiers liés à la maladie mentale a augmenté. Par exemple, en Belgique, en 2003, 83 % de tous les décès liés à l'aide médicale à mourir étaient associés au cancer; ce pourcentage était de 69 % en 2013; en 2003, aucun décès par aide médicale à mourir était associé à la maladie mentale, et ce pourcentage était de 4 % en 2013⁴⁰. De même aux Pays-Bas, 88 % des décès liés à l'aide médicale à mourir étaient associés au cancer en 2003, et ce pourcentage s'élevait à 74 % en 2013. Aux Pays-Bas, ce n'est que depuis 2012 que les données sur la maladie mentale sont déclarées; toutefois, ces données révèlent une hausse annuelle constante (de 14 dossiers en 2012 à 41 en 2014)⁴¹.

Mineurs

Au Luxembourg, l'aide médicale à mourir est offerte aux adultes seulement. Aux Pays-Bas, dès l'âge de 12 ans, des mineurs peuvent demander une aide médicale à mourir avec le consentement de leurs parents, et ceux âgés de 16 et 17 ans peuvent demander une telle aide dans la mesure où leurs parents ont été consultés. En Belgique, la loi prévoit que les adultes et les « mineurs émancipés »⁴² sont admissibles à l'aide médicale à mourir. Des modifications apportées à la loi de la Belgique en 2014 ont élargi l'admissibilité à tous les mineurs, mais sur le fondement de critères d'admissibilité plus circonscrits que ceux qui existent pour les adultes et les mineurs émancipés; l'enfant doit être confronté à des souffrances physiques constantes et insupportables (mais non psychologiques) et se trouver dans une situation médicale qui entraînerait la mort à brève échéance. Le consentement des parents et d'autres mesures de sauvegarde sont également requis dans ces circonstances.

Demandes anticipées pour le cas d'une perte de capacité

Les lois des trois pays du Benelux permettent à un individu de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir qui pourrait être exécutée dans le cas où celui-ci perdrait la capacité d'exprimer ses volontés. En Belgique et au Luxembourg, la demande ne peut être exécutée que si la personne est dans « un état d'inconscience irréversible », tel un coma. Il n'y a qu'aux Pays-Bas où les demandes anticipées sont permises lorsque la personne n'est plus en mesure d'exprimer ses volontés, mais est néanmoins consciente, notamment des personnes atteintes de démence ou d'Alzheimer.

Considérations pour le Canada

Les lois des pays du Benelux ont été étudiées attentivement, tout particulièrement en ce qui a trait à l'admissibilité. Certains ont recommandé une approche similaire pour le Canada alors que d'autres ont exprimé des préoccupations à cet égard. Par conséquent, le gouvernement s'est engagé à étudier les circonstances additionnelles complexes dans lesquelles une personne peut demander une aide médicale à mourir, soit les demandes de mineurs matures, les demandes anticipées, et les demandes où la maladie mentale est la seule condition sous-jacente. Tous les régimes instaurés dans le monde, sauf ceux de la Belgique et des Pays-Bas, limitent l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes. En Belgique, l'élargissement de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux enfants en 2014 a été controversé, y compris à même ce pays, et a donné lieu à une grande couverture médiatique à l'échelle internationale. La juge de première instance a entendu dans *Carter* une importante quantité d'éléments de preuve sur l'aide médicale à mourir et elle a conclu qu'il existe un fort consensus sur le fait que cette aide ne serait conforme à l'éthique qu'à l'égard [TRADUCTION] « d'un patient adulte capable, avisé et ayant donné un consentement de manière volontaire, qui est gravement et irrémédiablement malade et qui éprouve des souffrances qui ne peuvent être apaisées⁴³ ». Dans l'affaire *Carter*, aucun élément de preuve n'a été présenté aux tribunaux sur le développement du cerveau et de la capacité mentale des mineurs de comprendre les conséquences et la gravité d'une telle décision. De plus, il n'existe actuellement pas de renseignements indiquant si les médecins consentiraient à offrir une aide médicale à mourir aux mineurs. Dans le mémoire qu'elle a présenté au Comité mixte spécial, la Société canadienne de pédiatrie a recommandé de ne pas permettre l'accès à l'aide médicale à mourir pour les mineurs pour le moment, et a soumis que des consultations exhaustives devraient être entreprises avant de s'engager dans cette direction⁴⁴.

En ce qui a trait aux demandes d'aide médicale à mourir exécutées une fois que le patient a perdu la capacité d'exprimer ses volontés, les informations recueillies aux Pays-Bas laissent entendre que, dans le cas d'individus atteints de démence, les médecins sont généralement peu disposés à pratiquer l'aide médicale à mourir une fois que le patient a perdu la capacité d'exprimer ses volontés⁴⁵. Ces informations soulèvent des questions au sujet de la perspective de permettre une pratique que les médecins et les infirmiers praticiens du Canada pourraient bien être réticents à adopter. Dans le cadre de son témoignage devant le Comité mixte spécial, la Société Alzheimer du Canada a indiqué que cette maladie suscite une attention particulière dans le débat sur l'aide médicale à mourir, mais a néanmoins signalé les risques associés au fait de permettre l'aide médicale à mourir pour des individus qui ont perdu la capacité d'exprimer leurs volontés. Par exemple, elle a indiqué qu'étant donné la nature de la maladie « il est difficile, voire impossible,

de savoir ce que la personne atteinte de démence finit par vouloir au fil du temps, surtout si ces valeurs vont à l'encontre des désirs exprimés auparavant » et que « les risques sont tout simplement trop élevés » pour permettre l'aide médicale à mourir lorsque la personne n'est plus compétente pour exprimer ses volontés⁴⁶. D'autres données indiquent que les gens ont généralement du mal à prédire comment ils réagiraient à des événements difficiles dans le futur et que, dans les faits, ils font face beaucoup plus aisément à de tels événements qu'ils ne l'auraient prévu⁴⁷.

Il y a eu également d'importantes discussions sur l'admissibilité des personnes qui éprouvent des souffrances insupportables imputables seulement à une maladie mentale. Dans les pays du Benelux, les seuls endroits où l'aide médicale à mourir est légale dans ces circonstances, cette question demeure controversée. Récemment, un groupe de 65 professeurs, psychiatres et psychologues en Belgique ont écrit une lettre ouverte sur [TRADUCTION] « la banalisation croissante de l'accès à l'euthanasie pour seul motif de souffrance psychique » et insistaient pour que soit modifiée la loi pour exclure l'aide médicale à mourir dans ces circonstances⁴⁸. Une étude réalisée récemment aux Pays-Bas sur l'aide médicale à mourir pour des individus atteints de maladie mentale a révélé que, dans plus de la moitié des dossiers approuvés, des personnes avaient refusé un traitement qui aurait pu aider, que de nombreuses personnes ont donné la solitude comme une raison importante de vouloir mourir, et que souvent des personnes demandaient une aide à mourir à des médecins qu'elles n'avaient jamais rencontrés auparavant⁴⁹.

Une vaste admissibilité à l'aide médicale à mourir pourrait poser de véritables risques pour les personnes marginalisées, seules ou qui manquent de soutien social ou autres, et ceci pourrait renforcer les perceptions sociales négatives quant à la qualité de vie des personnes malades ou handicapées. Par exemple, comme l'a écrit un témoin dans un mémoire soumis au Comité mixte spécial : [TRADUCTION] « Le fait d'avoir à porter des couches et de baver sont des écarts hautement stigmatisés par rapport à ce que l'on s'attend de corps d'adultes. Ceux d'entre nous qui dévient de ces normes connaissent une honte sociale et une stigmatisation qui minent la résilience et accroissent la vulnérabilité. Plus ces descriptions stigmatisées sont ancrées profondément dans notre discours et notre politique sociale, plus les préjugés sociaux virulents s'installent profondément dans notre culture⁵⁰».

Partie 3 – Analogie avec la loi du Québec

L'Assemblée nationale du Québec a adopté le projet de loi 52, *Loi concernant les soins de fin de vie* le 5 juin 2014. La Loi est entrée en vigueur 18 mois plus tard, le 10 décembre 2015. Cette loi était le fruit d'un grand nombre d'études, de consultations et de délibérations qui ont commencé par la création de la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité* à la fin de 2009. Le travail de la Commission s'est échelonné sur deux ans pendant lesquels elle a :

- entendu 32 experts (février/mars 2010);
- publié un document de consultation publique en mai 2010 (6 558 réponses et 273 mémoires ont été reçus entre mai 2010 et juillet 2011);
- tenu des audiences publiques (239 personnes et groupes ont été entendus pendant 29 jours d'audiences dans 8 villes entre septembre 2010 et mars 2011);

- procédé à 21 rencontres avec des experts en Europe (en juin 2011); et,
- tenu 51 séances de travail qui ont alimenté ses délibérations (de juin 2011 à mars 2012).⁵¹

La Commission a déposé son rapport en mars 2012, et a recommandé une nouvelle forme de soins appelée « aide médicale à mourir » devant « se situer à l'intérieur d'un continuum de soins de fins de vie »⁵². La Commission a aussi décrit des critères précis qui devraient être respectés, et recommandé des critères « clairs et précis afin d'en faciliter l'évaluation, mais toutefois suffisamment généraux pour permettre au médecin de recourir à son jugement professionnel dans chaque cas »⁵³.

Tout particulièrement, en plus des critères exigeant que le patient soit « en fin de vie » et éprouve des souffrances insupportables, la Commission a recommandé que la « situation médicale [du patient] se caractérise par un déclin avancé de ses capacités, sans aucune perspective d'amélioration ». La juge Smith de la Cour suprême de la Colombie-Britannique qui a présidé l'affaire *Carter* en première instance a expressément adopté ce critère, faisant état du rapport de la Commission spéciale, lorsqu'elle a conclu que [TRADUCTION] « le terme “personne atteinte d'une maladie grave et irrémédiable” devrait s'appliquer uniquement aux personnes dont la situation médicale se caractérise par un déclin avancé de leurs capacités, sans perspective d'amélioration⁵⁴ ». Les recommandations de la Commission spéciale ont finalement été adoptées dans le projet de loi 52, qui a été déposé à l'Assemblée nationale en juin 2013, et adopté en juin 2014.

En général, les critères d'admissibilité dans le *Code criminel* sont semblables à ceux de la *Loi concernant les soins de vie* du Québec.⁵⁵ D'une part, le texte législatif en matière de droit pénal a pour but d'être plus général en ce qui a trait au lien temporel entre le problème de santé de la personne et le moment prévu de sa mort. La loi du Québec exige que le patient soit « en fin de vie », alors que le texte législatif en matière criminelle prévoit que « la mort [...] est devenue raisonnablement prévisible », ce qui est un concept légal plus commun, et peut-être un critère plus flexible en ce qu'il ne requiert pas de pronostic précis quant à l'espérance de vie de la personne. D'autre part, la loi du Québec n'exige pas expressément que le problème de santé de la personne lui cause des souffrances insupportables, alors que le projet de loi C-14 l'exige. Il faut également signaler que les modifications au *Code criminel* permettent ce que l'on appelle communément l'aide au suicide et l'euthanasie volontaire, alors que la loi du Québec ne permet seulement que cette dernière.

Partie 4 – Énoncé des répercussions possibles liées à la Charte

La ministre de la Justice a examiné le projet de loi afin de déterminer sa conformité au regard de la *Constitution*, incluant au regard de la *Charte* au terme de ses obligations prévues à l'article 4.1 de la *Loi sur le ministère de la Justice*. L'examen effectué a pris en considération, entre autres, les objectifs et caractéristiques du projet de loi tels que décrits ci-haut dans la Partie 1; la preuve fournie par les sciences sociales et les rapports législatifs, gouvernementaux et de consultations aussi décrits dans la Partie 1; la preuve liée aux approches et expériences des autres pays et États en matière d'aide médicale à mourir telle qu'énoncée dans les parties 2 et 3; et les avis et constats des tribunaux dans *Carter*, incluant la Cour suprême du Canada.

La liste non exhaustive ci-après des répercussions possibles sur les droits et libertés garantis par la *Charte* est présentée afin de contribuer aux débats publics et parlementaires, et conséquemment, afin de faciliter le dialogue entre le législateur et les tribunaux. De plus, la ministre de la Justice a déposé un [addendum](#) au présent Contexte législatif à la Chambre des communes et l'a publié sur le site Web du ministère de la Justice. La présente partie du Contexte législatif devrait donc être lue de pair avec l'addendum, qui explique la position du gouvernement quant à la constitutionnalité du projet de loi C-14 et la justification de l'approche adoptée dans le projet de loi.

Restreindre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort est devenue raisonnablement prévisible

Le fait de restreindre l'accès seulement aux personnes dont le décès est raisonnablement prévisible est susceptible d'avoir une incidence sur les dispositions suivantes :

- l'article 7 de la *Charte*, qui prévoit qu'il ne peut être porté atteinte à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale;
- le paragraphe 15(1) de la *Charte*, qui vise à protéger contre la discrimination fondée sur de nombreux motifs, y compris les déficiences physiques.

Le fait de priver des personnes éprouvant des souffrances intolérables d'une aide légale leur permettant de mettre fin à leurs jours pourrait porter atteinte aux droits à la liberté et à la sécurité de la personne. Ceci pourrait avoir une incidence sur les droits que l'article 7 de la *Charte* garantit à ceux qui éprouvent des souffrances intolérables imputables à un problème de santé grave et incurable, mais dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible; ce qui pourrait inclure des personnes atteintes seulement d'une maladie mentale, et des personnes physiquement handicapées qui n'ont pas la capacité physique de mettre fin à leurs jours. Les personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'un handicap n'auraient accès à l'aide médicale à mourir que si elles satisfont à tous les critères d'admissibilité.

Il pourrait également y avoir atteinte aux droits à l'égalité si la restriction de l'accès à l'aide médicale à mourir aux situations de fin de vie est considérée comme un traitement différent des personnes fondé sur leur handicap, maladie ou affection distincte. Par exemple, une personne qui souffre intolérablement d'une maladie mais dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible serait traitée différemment, en termes d'accès, par rapport à quelqu'un souffrant intolérablement d'une autre maladie faisant en sorte que sa mort est raisonnablement prévisible. La restriction pourrait également être considérée comme un traitement différent à l'égard d'une personne dont le handicap fait en sorte qu'il lui est impossible de se donner la mort sans assistance, par rapport à celle qui en est capable sans que le droit pénal y fasse obstacle.

Justification : Le fait de restreindre l'aide médicale à mourir seulement aux personnes dont la mort est raisonnablement prévisible permet à celles-ci d'opter pour une mort médicalement assistée paisible lorsque leur situation médicale est telle que, à leur point de vue, leur processus de mort serait autrement douloureux, troublant, effrayant et porterait atteinte à la dignité. Cette approche respecte l'autonomie pendant le processus de mort, tout en accordant la priorité au

respect de la vie humaine et à l'égalité de toutes les personnes, indépendamment de leur maladie, handicap ou âge. Elle favorise également la réalisation de l'objectif de prévention du suicide, ainsi que la protection des personnes vulnérables. En reconnaissant la complexité des enjeux juridiques et sociaux associés à l'aide médicale à mourir, cette approche établit un équilibre approprié entre des droits, intérêts et valeurs opposés. Cette dernière considération s'applique également à d'autres répercussions possibles examinées ci-après.

Restreindre l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes « capables » (aucune directive anticipée)

La restriction de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes capables écarte la possibilité qu'une personne prenne des dispositions, par directive anticipée, pour obtenir une aide médicale à mourir; ce qui pourrait porter atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne que garantit l'article 7, et au droit à l'égalité prévu au paragraphe 15(1).

Il pourrait y avoir atteinte à l'article 7 parce qu'une personne aux prises avec la perspective de souffrances intolérables pourrait devoir faire face au choix de mettre fin à sa vie plus tôt qu'elle ne le voudrait (par suicide ou peut-être en demandant une aide médicale à mourir) ou risquer de perdre à jamais l'accès à l'aide médicale à mourir une fois sa capacité perdue. Il pourrait également y avoir atteinte au paragraphe 15(1) parce que la personne dont le handicap, l'affection ou la maladie lui causant des souffrances intolérables, et la privant de sa capacité de consentir, ne serait pas en mesure d'avoir accès à l'aide médicale à mourir dans les mêmes circonstances que la personne dont le handicap, l'affection ou la maladie ne la prive pas de cette capacité à consentir.

Justification : Les directives anticipées n'offrent généralement pas une preuve fiable du consentement d'une personne au moment de la prestation de l'aide médicale à mourir. Le fait d'exiger qu'une personne soit capable de consentir au moment de la demande d'aide offre une meilleure protection aux personnes vulnérables, tout particulièrement lorsque son état d'esprit et/ou ses souffrances ne peuvent être établis de façon concluante. Une telle exigence protège également contre les effets néfastes d'hypothèses erronées quant à la qualité et la valeur de la vie dans certaines circonstances.

Restreindre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux adultes (exclut les mineurs matures)

La restriction de l'aide médicale à mourir aux adultes (personnes âgées d'au moins 18 ans) pourrait porter atteinte aux droits des « mineurs matures », tout particulièrement les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité, garantis par l'article 7 et à leur droit de ne pas faire l'objet de discrimination sur le fondement de l'âge, garanti par le paragraphe 15(1). Les mineurs matures sont reconnus comme ayant le droit à un degré d'autonomie en ce qui a trait à leurs traitements médicaux dans certaines circonstances.

Justification : Le fait de limiter l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes adultes permet de protéger les mineurs, lesquels sont particulièrement vulnérables eu égard à leur âge et leur handicap, affection ou maladie. Compte tenu des intérêts uniques en jeu, établir un seuil d'âge pour l'accès à l'aide médicale à mourir, au lieu d'adopter une approche fondée sur une

évaluation individualisée de la maturité comme cela se fait relativement à la prise de décisions de refuser un traitement médical, est justifié. Le respect du refus par un mineur mature d'un traitement médical non voulu est différent d'un acquiescement à une demande de mesures actives pour entraîner la mort. Étant donné que d'autres études seront entreprises sur l'accès possible à l'aide médicale à mourir pour des mineurs matures, y compris sur la nécessité et le caractère adéquat de mesures de sauvegarde additionnelles en vue de les protéger, le projet de loi établit un juste équilibre entre les divers intérêts importants en question.

Suffisance des mesures de sauvegarde pour protéger les personnes vulnérables

Des mesures de sauvegarde qui seraient insuffisantes pour prévenir les abus ou les erreurs pourraient porter atteinte aux droits à la vie ou à la sécurité des personnes vulnérables garantis par l'article 7. Il se peut que l'article 7 oblige le Parlement à maintenir des interdictions criminelles quant au fait d'enlever intentionnellement la vie, et dans ce contexte, à mettre en œuvre des mesures de sauvegarde solides en vue de prévenir les abus et les erreurs. Ceci constituerait un nouveau type de réclamation en vertu de l'article 7.

Justification : L'obligation du Parlement de maintenir des interdictions criminelles efficaces à l'encontre du geste de mettre fin intentionnellement à la vie fait partie inhérente de son rôle de législateur. Le projet de loi établit un équilibre approprié entre la protection des personnes vulnérables et le fait de garantir l'accessibilité de l'aide médicale à mourir aux personnes admissibles qui désirent l'obtenir. Les personnes les plus vulnérables n'auront pas accès à l'aide médicale à mourir et des mesures de sauvegarde appropriées visent à garantir que l'aide médicale à mourir ne sera accordée qu'aux personnes admissibles qui consentent à la recevoir.

Liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé

La décriminalisation de l'aide médicale à mourir donnera lieu à des demandes qui seraient susceptibles d'aller à l'encontre du droit de conscience ou des croyances religieuses de certains fournisseurs de soins de santé. La liberté de conscience et de religion est protégée contre l'ingérence gouvernementale par l'alinéa 2a) de la *Charte*. Le projet de loi n'a pas pour effet de contraindre les fournisseurs de soins de santé à fournir une telle aide qui pourrait par ailleurs porter atteinte aux droits que leur garantit l'alinéa 2b).

Les mesures de sauvegarde imposent un fardeau excessif limitant indûment l'accès

Si les mesures de sauvegarde imposent un fardeau tel qu'elles limitent indûment l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes admissibles, elles pourraient porter atteinte aux droits à la vie, à la liberté ou à la sécurité, que garantit l'article 7.

Justification : Le projet de loi établit un équilibre approprié entre la protection des personnes vulnérables et le fait de garantir l'accessibilité de l'aide aux personnes admissibles qui désirent obtenir une aide médicale à mourir. Les mesures de sauvegarde sont raisonnables et appropriées pour garantir que les personnes remplissent les critères d'admissibilité et, plus important encore, pour valider leur intention et consentement.

Exigences relatives aux témoins

L'exigence voulant que la demande écrite et signée d'aide médicale à mourir soit devant deux témoins pourrait porter atteinte au droit à la protection de la vie privée, garanti par l'article 8 de la *Charte*. Dans certaines circonstances, des personnes pourraient être tenues de dévoiler leur intention de mettre fin à leur vie à des personnes à qui elles ne se confieraient pas habituellement.

Justification : Compte tenu des intérêts très importants en jeu, il est raisonnable dans les circonstances d'exiger que la demande signée d'aide médicale à mourir soit faite en présence de deux témoins indépendants, même si le respect d'une telle exigence risque accessoirement de contraindre une personne à divulguer des renseignements hautement personnels. Une telle exigence est également compatible avec les pratiques et traditions juridiques associées à la signature de documents juridiques d'importance.

-
- ¹ *Carter c Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, [2015] 1 RCS 331 [Carter].
- ² *Rodriguez c Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519.
- ³ Carter, précité note 1 au para 127.
- ⁴ Carter, précité note 1 au para 83.
- ⁵ *Bedford c Canada (Procureur général)*, 2013 CSC 72 au para 120, [2013] 3 RCS 1101; Carter, précité note 1 au para 89.
- ⁶ Carter, précité note 1 au para 86.
- ⁷ *Ibid* au para 127.
- ⁸ *Ibid*.
- ⁹ Bien qu'il y avait plusieurs demandeurs dans le dossier, Gloria Taylor était la seule qui cherchait à obtenir une aide médicale à mourir. Les circonstances de Kay Carter ont aussi été considérées par la Cour étant donné que la fille de Mme Carter, Lee, ainsi que son gendre, étaient aussi des demandeurs dans le dossier.
- ¹⁰ Carter, précité note 1 au para 111.
- ¹¹ *Ibid* aux para 95 et 98.
- ¹² *Ibid* aux para 97 et 98.
- ¹³ Dans sa décision du 15 janvier 2016, la Cour suprême du Canada a également exempté le Québec de la prorogation de quatre mois et accordé une exemption à ceux qui souhaitent exercer leurs droits, de sorte qu'ils puissent s'adresser à la Cour supérieure de leur province ou territoire pour solliciter une ordonnance qui respecte les critères énoncés au par. 127 des motifs de la Cour dans Carter.
- ¹⁴ *Carter c Canada (Procureur général)*, 2012 BCSC 886 [Carter 2012]; *Carter c Canada (Procureur général)*, 2013 BCCA 435; Carter, précité note 1; voir aussi Annexe E : Bibliographie sur l'aide médicale à mourir.
- ¹⁵ Voir Annexe E : Bibliographie sur l'aide médicale à mourir
- ¹⁶ Canada, Chambre des communes et Sénat, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, *L'aide médicale à mourir : Une approche centrée sur le patient* (février 2016) (Coprésidents : l'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie et Robert Oliphant), en ligne : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=8120006&Language=F>.
- ¹⁷ Le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada, Consultations sur l'aide médicale à mourir – Résumé des résultats et des principales constatations* : Rapport final (décembre 2015), en ligne : <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amm-pad/amm.pdf>.
- ¹⁸ *Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir* : Rapport final (30 novembre 2015), en ligne : http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_fr.pdf.
- ¹⁹ Association médicale canadienne, *Une approche canadienne à l'égard de l'aide à mourir : dialogue des membres de l'AMC*, en ligne : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/Canadian-Approach-Assisted-Dying-f.pdf>.
- ²⁰ Le Collège des médecins de famille du Canada, *Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire* (septembre 2015) (Groupe de travail du CMFC sur les soins en fin de vie), en ligne : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/Guidefor%20Euthanasia_FRE_final.pdf.
- ²¹ Dans les modifications apportées au *Code criminel* dans le projet de loi C-14, le terme « substance » est utilisé pour faire référence aux médicaments qui seraient fournis ou administrés.
- ²² En vertu de l'article 35 de la *Loi sur l'interprétation* (LRC, 1985, c I-21), les territoires sont visés par la définition du terme « province » et ne sont donc pas expressément mentionnés dans les modifications du *Code criminel*.
- ²³ Carter, précité note 1 au para 127.
- ²⁴ *Ibid*.
- ²⁵ *Ibid* aux para 66 et 115.
- ²⁶ *Ibid* aux para 2, 98 et 125.
- ²⁷ *Ibid* aux para 105 et 117.
- ²⁸ Voir Annexe E : Bibliographie sur l'aide médicale à mourir
- ²⁹ En 2015, le gouvernement de la Colombie a publié la résolution 1216 de 2015 qui présente une politique fédérale détaillée pour guider la pratique de l'euthanasie, incluant les procédures à suivre par les professionnels de la santé et certaines définitions. Voir République de Colombie, ministère de la Santé et de la Protection sociale

(20 avril 2015), en ligne : <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf> [« Résolution 1216 de 2015 » de la Colombie].

³⁰ Mesure de scrutin 16, adoptée avec l'appui de 51,3 % des suffrages. Une injonction a retardé l'entrée en vigueur de la législation jusqu'en 1997.

³¹ É-U, ORS 127.800-897, *Death with Dignity Act*, Ore, 1997, §1.01.

³² *Ibid* à 127.880 §3.14.

³³ Oregon Health Division, *Death with Dignity Annual Reports, Oregon's Death with Dignity Act – 2014* (12 février 2015), en ligne : <<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>>; Portland State University, College of Urban and Public Affairs, *Certified Population Estimates 2014* (décembre 2014), en ligne : <<http://www.pdx.edu/prc/population-reports-estimates>>; Portland State University, College of Urban and Public Affairs, *2013 Annual Population Report Tables* (avril 2014), en ligne : <<http://www.pdx.edu/prc/population-reports-estimates>>.

³⁴ D'autres préoccupations mentionnées incluaient aussi la perte de contrôle des fonctions physiologiques (50 %), être ou la possibilité de devenir un fardeau pour la famille, les amis et les fournisseurs de soins (40 %) et le soulagement inadéquat de la douleur ou préoccupations à cet égard (31 %).

³⁵ Corte Constitucional de Colombia [Cour constitutionnelle de la Colombie], Bogotá, décision T-970 de 2014 (qui a confirmé une décision antérieure du même tribunal rendue en 1997 (C-239-97)), en ligne : <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>>.

³⁶ « Résolution 1216 de 2015 » de la Colombie, précité note 29.

³⁷ *Loi relative à l'euthanasie de la Belgique du 28 mai 2002*, en ligne : <<http://www.ethical-perspectives.be/viewpic.php?TABLE=EP&ID=59>>; *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, 1er avril 2002, en ligne : <<http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda%20Ley%202002.pdf>>.

³⁸ *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*, JO, 16 mars 2009, 615, en ligne : <<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf>>.

³⁹ Bruno Waterfield, « Belgian killed by euthanasia after a botched sex change operation », *The Telegraph* (1 October 2013), en ligne : <<http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/belgium/10346616/Belgian-killed-by-euthanasia-after-a-botched-sex-change-operation.html>>; Karin Wells, « Death of twin brothers fuels debate over Belgian euthanasia law », *CBC News* (5 May 2016), en ligne : <<http://www.cbc.ca/news/world/death-of-twin-brothers-fuels-debate-over-belgian-euthanasia-law-1.1334860>>; Graeme Hamilton, « Death by doctor: Controversial physician has made his name delivering euthanasia when no one else will », *National Post* (22 November 2013), en ligne : <<http://news.nationalpost.com/news/canada/death-by-doctor-controversial-physician-has-made-his-name-delivering-euthanasia-when-no-one-else-will>>; Rachel Eddie & Emily Crane, « Elderly woman, 85, reveals how she decided on euthanasia five minutes after her daughter died as documentary follows her journey to death », *Daily Mail Australia* (15 September 2015), en ligne : <<http://www.dailymail.co.uk/news/article-3234917/Elderly-woman-85-reveals-decided-euthanasia-five-minutes-daughter-died-documentary-follows-journey-death.html>>.

⁴⁰ Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie [Commission fédérale], Sixième rapport aux chambres législatives, (2012-2013), en ligne : <<http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm#.VvvmDbk5DIV>>; Belgique, Commission fédérale, *Cinquième rapport aux Chambres législatives*, (2010-2011), en ligne :

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiec_ommissie_euthanasie-fr/19078961_fr.pdf>; Belgique, Commission fédérale, *Quatrième rapport aux chambres législatives*, (2008-2009), en ligne :

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiec_ommissie_euthanasie-fr/19063733_fr.pdf>; Belgique, Commission fédérale, *Troisième rapport aux chambres législatives*, (2006-2007), en ligne :

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiec_ommissie_euthanasie-fr/14280500_fr.pdf>; Belgique, Commission fédérale, *Deuxième rapport aux chambres législatives*, (2004-2005), en ligne :

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiec_ommissie_euthanasie-fr/14088500_fr.pdf>; Belgique, Commission fédérale, *Premier rapport aux chambres*

législatives, (2002-2003), en ligne:

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/14276508_fr.pdf>.

⁴¹ Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2014*, (en néerlandais seulement), en ligne: <<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2014/nl/nl/jaarverslag-2014>>; Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2013*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2013/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2013>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2012*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2012/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2012>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2011*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2011/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2011>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2010*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2010/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2010>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2009*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2009/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2009>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2008*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2008/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2008>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2007*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2007/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2007>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2006*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2006/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2006>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2005*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2005/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2005>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2004*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2004/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2004>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2003*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2003/nl-en-du/nl-en-du/jaarverslag-2003>>;

Netherlands, Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report 2002*, en ligne:

<<http://www.euthanasiacommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2002/nlendufr/nlendufr/jaarverslag-2002>>.

⁴² En Belgique, les mineurs de 15 ans et plus peuvent soumettre une demande d'émancipation à un tribunal de la jeunesse qui, si accordée, leur donnera presque tous les mêmes droits que ceux d'un adulte. L'émancipation d'un mineur est une mesure exceptionnelle et est rarement accordée. Par contre, les mineurs sont automatiquement émancipés lorsqu'ils se marient.

⁴³ Carter 2012, précité note 14 au para 358.

⁴⁴ Société canadienne de pédiatrie, témoignage devant le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, (février 2016) à 1820, en ligne: <<http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=e&Mode=1&Parl=42&Ses=1&DocId=8084555>>.

⁴⁵ Pauline SC Kouwenhoven et al, « Opinions about euthanasia and advanced dementia: a qualitative study among Dutch physicians and members of the general public », (2015) 16:7 BMC Medical Ethics, DOI < 10.1186/1472-6939-16-7 >.

⁴⁶ Société Alzheimer du Canada, témoignage devant le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (février 2016) à 1225, en ligne :

<<http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=e&Mode%20=1&Parl=42&Ses=1&DocId=8079674>>.

⁴⁷ Jodi Halpern et Robert M Arnold, « Affective Forecasting: An Unrecognized Challenge in Making Serious Health Decisions », (2008) 23:10 J Gen Intern Med 1708, DOI < 10.1007/s11606-008-0719-5 > .

⁴⁸ Ariane Bazan et al, « Belgium: Experts call for the removal of euthanasia on the grounds of psychological suffering » (2015), en ligne : <<http://euthanasiadebate.org.nz/belgium-experts-call-for-a-removal-of-euthanasia-on-the-grounds-of-psychological-suffering/>>.

⁴⁹ Scott Y H Kim, Raymond G De Vries, et John R Peteet, « Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014 » (2016) Jama Psychiatry, DOI <10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>.

⁵⁰ Catherine Frazee, « Mémoire présenté au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir » (février 2016), p 6, en ligne : <http://www.parl.gc.ca/Content/HOC/Committee/421/PDAM/Brief/BR8103887/br-external/2016-02-12_brief_Catherine_Frazee_e-e.pdf>.

⁵¹ Assemblée nationale du Québec, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, *Mourir dans la dignité* (mars 2012) (Présidente : Maryse Gaudreault), en ligne : <http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_54787&Bproc=Default&Btoken=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz.html>.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid* à la p 80.

⁵⁴ Carter 2012, précité note 14 aux para 867 et 1391.

⁵⁵ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ, ch S-32, art 26.

Annexe A : Guide de l'analyse article par article du projet de loi C-14

*Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois
(aide médicale à mourir)*

Préambule – description des objectifs législatifs du projet de loi	
Article 1 du projet de loi	
<p>Rédiction de l'article 14 du <i>Code criminel</i></p> <p><i>L'article 14 a été déclaré inconstitutionnel par la Cour suprême du Canada dans Carter</i></p>	<p>L'article 14 prévoit que nul ne peut consentir à mourir et toute personne qui inflige la mort à une autre personne est criminellement responsable, même si cette dernière avait donné son consentement.</p> <p>Au nouveau paragraphe 227(4) du <i>Code criminel</i> (article 2 du projet de loi), il est établi clairement que la règle énoncée à l'article 14 ne s'applique pas lorsque l'aide médicale à mourir est fournie en conformité avec le nouveau régime de droit pénal.</p>
Article 2 du projet de loi	
<p>Édiction d'un nouvel article 227 au <i>Code criminel</i></p>	<p>Exemptions pour les médecins et infirmiers praticiens, et les autres personnes les aidant, à l'égard de l'homicide coupable, lorsqu'ils fournissent une aide médicale à mourir ou aident à la prestation de celle-ci sous la forme de l'administration d'un médicament à une personne, à sa demande, qui lui cause la mort.</p> <p>Inclut un renvoi aux définitions qui figurent dans le nouvel article 241.1 (article 3).</p>
Article 3 du projet de loi	
<p>Rédiction de l'alinéa 241(1)b) du <i>Code criminel</i></p> <p><i>L'alinéa 241b) avait été déclaré inconstitutionnel par la Cour suprême du Canada dans Carter</i></p>	<p>L'alinéa 241(1)b) prévoit que quiconque aide quelqu'un à se donner la mort par le suicide commet une infraction.</p>
<p>Édiction de nouveaux paragraphes 241(2) à (7)</p>	<p>Exemptions pour les médecins et infirmiers praticiens et les autres personnes qui aident quelqu'un à se donner la mort par le suicide, lorsqu'ils fournissent une aide médicale à mourir en donnant ou prescrivant un médicament à une personne, à sa demande, qu'elle pourrait s'administrer pour causer sa mort.</p> <p>Inclut une exemption pour les pharmaciens qui exécutent une ordonnance relativement à l'aide médicale à mourir et pour quiconque aide une personne à s'administrer la substance, et précise qu'un travailleur social, un psychologue, un psychiatre, un thérapeute, un médecin, un infirmier praticien ou tout autre professionnel de la santé ne commet pas une infraction lorsqu'il fournit à une personne des renseignements sur la prestation légitime de l'aide médicale à mourir.</p> <p>Renvoi aux définitions qui figurent dans le nouvel article 241.1 (article 3 du projet de loi).</p>
<p>Édiction d'un nouvel article 241.1</p>	<p>Prévoit des définitions des termes utilisés dans le régime légal d'aide médicale à mourir (<i>aide médicale à mourir; médecin; infirmier praticien; pharmacien</i>)</p>
<p>Édiction d'un nouvel article 241.2</p>	<p>Exigences pour la prestation légale de l'aide médicale à mourir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • critères d'admissibilité, y compris une définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables » • mesures de sauvegarde obligatoires

	<ul style="list-style-type: none"> définition d'« indépendance » par rapport aux témoins et aux médecins et aux infirmiers praticiens exigence de soins et habileté raisonnables, de conformité avec les règles PT applicables et obligation d'aviser qu'un médicament prescrit ou obtenu est destiné à l'aide médicale à mourir précision que rien dans cet article n'oblige quiconque à fournir ou à aider à fournir de l'aide médicale à mourir.
Édiction d'un nouvel article 241.3	Nouvelle infraction mixte pour non-respect des mesures de sauvegarde.
Édiction d'un nouvel article 241.4	Nouvelles infractions mixtes pour quiconque commet un faux relatif aux documents de l'aide médicale à mourir ou qui détruit des documents relatifs à celle-ci avec une intention criminelle. Définition du terme « document ».
Article 4 du projet de loi	
Édiction d'un nouvel article 241.31 <i>Entrera en vigueur à une date ultérieure lorsque les règlements auront été pris</i>	Crée une obligation à l'endroit de la ministre de la Santé à prendre les règlements qu'elle estime nécessaires pour créer un régime de surveillance et pour établir des lignes directrices, en collaboration avec les provinces et territoires, concernant l'information à inclure dans le certificat de décès. Crée des obligations légales pour les médecins, les infirmiers praticiens et les pharmaciens de fournir des renseignements sur les demandes d'aide médicale à mourir, en conformité avec les règlements. Crée des infractions relatives au fait d'omettre de fournir les rapports ou d'omettre sciemment de se conformer aux règlements.
Article 5 du projet de loi	
Nouvelle infraction (241.4(2)) pour la destruction de documents est modifiée <i>Entrerait en vigueur à une date ultérieure lorsque les règlements auront été pris</i>	Ajoute un dessein criminel (« l'intention d'entraver l'obligation de fournir des renseignements » en vertu du régime de surveillance) à l'infraction de destruction de documents, afin de cibler un acte qui pourrait survenir après la mise en oeuvre de l'exigence relative à la communication de renseignements par règlement.
Article 6 du projet de loi	
Modification de l'article 245 du <i>Code criminel</i>	Exceptions sont ajoutées à l'infraction actuelle relative au fait d'administrer une substance délétère pour la prestation d'une aide médicale à mourir.
Article 7 du projet de loi	
Modification de l'article 3 de la <i>Loi sur les pensions</i>	Prévoit que le décès d'une personne ayant eu recours à une aide médicale à mourir ne constitue pas une mauvaise conduite qui empêcherait les membres de la famille des vétérans et des membres des forces armées canadiennes de recevoir les prestations de pension.
Article 8 du projet de loi	
Modification de l'article 19 de la <i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i>	Prévoit que le décès d'un détenu ayant eu recours à une aide médicale à mourir ne déclenche pas la tenue d'une enquête.
Article 9 du projet de loi	
Modification de l'article 2 de la <i>Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes</i>	Prévoit que le décès d'une personne ayant eu recours à une aide médicale à mourir ne constitue pas une mauvaise conduite qui empêcherait les membres de la famille des vétérans et des membres des forces armées canadiennes de recevoir les prestations de pension.

Article 9.1 du projet de loi	
Obligation prévue par la loi d'entreprendre 3 examens indépendants	<p>Crée une obligation à l'endroit des ministres de la Justice et de la Santé d'entreprendre trois études portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • les études doivent être lancées au plus tard six mois après la sanction royale • les ministres de la Justice et de la Santé doivent déposer un rapport au Parlement au plus tard deux ans après le début d'une étude
Article 10 du projet de loi	
Examen parlementaire	Un examen parlementaire des dispositions de la <i>Loi</i> , et de l'état des soins palliatifs au Canada, sera entrepris cinq ans après son entrée en vigueur.
Article 11 du projet de loi	
Entrée en vigueur à la date fixée par décret des articles 4 et 5	Le régime de surveillance et les dispositions connexes entreront en vigueur au plus tard 12 mois après la date de la sanction royale (les autres articles entrent en vigueur à la date de sanction).

Annexe B : Extraits pertinents de *Carter c Canada (Procureur général)*, [2015] 1 RCS 331

Dans *Carter*, la Cour suprême du Canada a statué que la prohibition absolue de l'aide à mourir porte atteinte à l'article 7 de la *Charte*, et a fait la déclaration d'invalidité suivante :

La réparation appropriée consiste donc en un jugement déclarant que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code criminel* sont nuls dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. (para 127)

Interprétation contextuelle de Carter

Considérée isolément, la déclaration de la Cour semble décrire un droit plutôt large. La Cour n'a pas expressément limité le droit aux patients mourants; l'expression « problèmes de santé graves et irrémédiables » n'est pas défini, et si on l'interprétait selon le dictionnaire, elle pourrait inclure une condition médicale qui ne met pas la vie en danger ou qui n'est pas en phase terminale; la déclaration est formulée sous l'angle de critères subjectifs (c.-à-d. souffrances intolérables pour la personne).

Considérée dans son intégralité, par contre, la décision pointe vers un droit plus limité, ainsi qu'une compréhension plus étroite de la signification de « problèmes de santé graves et irrémédiables ». Les aspects de la décision supportant une interprétation plus étroite de la décision incluent:

- Les circonstances factuelles qui ont fait l'objet de l'analyse de la Cour étaient celles de Gloria Taylor qui souffrait de la SLA, une maladie mortelle, et était à l'approche d'une mort naturelle. La Cour l'a clairement indiqué tout au long de l'arrêt ainsi que dans sa déclaration d'invalidité :
 - « Cette déclaration est censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce. Nous ne nous prononçons pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée » (para 127);
 - Dans au moins quatre passages, la Cour limite sa décision à M^{me} Taylor et à des personnes comme elle (« la prohibition de l'aide à mourir porte atteinte à la vie, à la liberté et à la sécurité de M^{me} Taylor et des personnes se trouvant dans sa situation » (par. 56, voir aussi para 65, 66, 70 et 126);
 - D'autres témoins à qui la Cour a fait référence ont suggéré ce que des « personnes comme M^{me} Taylor » pouvait vouloir dire :
 - « D'autres témoins ont également parlé [...] [d']une personne atteinte d'une maladie grave et irrémédiable [...] certains témoins ont décrit la progression de maladies dégénératives comme les maladies des motoneurones ou de la maladie de Huntington, d'autres, l'agonie provoquée par les traitements et la crainte d'une mort atroce par un cancer à un stade avancé » (para 14).

- L'aide médicale à mourir est comparée à des formes de « soins de fin de vie » auxquels ont accès seulement les patients mourants :
 - « Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de *décisions médicales analogues concernant la fin de vie* au Canada, le juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas... *Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie*. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. » (para 115);
 - « La réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordial pour sa dignité et son autonomie. La loi permet aux personnes *se trouvant dans cette situation* de demander une sédation palliative, de refuser une alimentation et une hydratation artificielles ou de réclamer le retrait d'un équipement médical de maintien de la vie, mais leur nie le droit de demander l'aide d'un médecin pour mourir » (para 66);
 - Décrivant les conclusions de fait du juge de première instance, que la Cour suprême n'a pas changées : « Après avoir examiné les éléments de preuve émanant de médecins et d'éthiciens, elle a considéré que, selon la [TRADUCTION] « prépondérance de la preuve émanant d'éthiciens, *il n'y a aucune distinction sur le plan éthique entre l'aide médicale à mourir et les autres pratiques utilisées en fin de vie dont l'issue est selon toute vraisemblance la mort* » (para 335 du jugement en première instance; para 23 du jugement de la CSC).

- La Cour a suggéré que certaines catégories de personnes qui pourraient vouloir demander une aide médicale à mourir étaient exclues de la portée de sa décision :
 - « Dans son affidavit, le professeur Montero passe en revue plusieurs cas récents, controversés et médiatisés d'aide à mourir en Belgique auxquels ne *s'appliqueraient pas les paramètres proposés dans les présents motifs*, tels que l'euthanasie pour *les mineurs ou pour les personnes affectées de troubles psychiatriques* ou de problèmes de santé mineurs [...] » (para 111)

La CSC a reconnu le rôle du Parlement en matière de politique, incluant le besoin d'équilibre entre les divers intérêts en cause

La jurisprudence reconnaît que dans des affaires complexes en matière de politique sociale impliquant des intérêts opposés, et l'existence de preuve contradictoire en matière de sciences sociales, le législateur est mieux placé que les tribunaux pour déterminer l'équilibre entre les divers intérêts en jeu, et la façon dont sera évaluée la preuve. Dans l'éventualité où la réponse législative se trouverait parmi la gamme de réponses raisonnables, la Cour lui accorderait déférence. Dans l'arrêt *Carter*, la Cour a reconnu que l'aide médicale à mourir est un enjeu d'une telle complexité et a suggéré qu'une grande déférence sera accordée à la réponse législative :

- « Trancher cette question nous oblige à pondérer des valeurs opposées d'une grande

importance. D'une part, 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 » (para 2);

- « Le caractère sacré de la vie est une de nos valeurs sociétales les plus fondamentales. L'article 7 est ancré dans un profond respect pour la valeur de la vie humaine. Cependant, l'article 7 comprend aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant son passage vers la mort. C'est pour cette raison que le caractère sacré "n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix" » (para 63);
- « ... il peut arriver parfois que l'État soit en mesure de démontrer que le bien public — une question ne relevant pas de l'article 7, qui tient uniquement compte de l'effet de la loi sur les personnes revendiquant les droits — justifie que l'on prive une personne de sa vie, de sa liberté ou de sa sécurité en vertu de l'article premier de la *Charte*. Plus particulièrement, dans des cas comme celui en l'espèce où les intérêts opposés de la société sont eux-mêmes protégés par la *Charte*, une restriction aux droits garantis par l'article 7 peut, en fin de compte, être jugée proportionnée à son objectif » (para 95);
- Il peut y avoir « plusieurs solutions à un problème social particulier » (para 97);
- Que « l'aide médicale à mourir soulève des questions complexes de politique sociale et un certain nombre de valeurs sociales opposées. La tâche du législateur confronté à cette question est difficile : il doit soupeser et pondérer le point de vue des personnes qu'un régime permissif pourrait mettre en danger et le point de vue de celles qui demandent de l'aide pour mourir » (para 98);
- « [Le] législateur [...] est mieux placé que les tribunaux pour créer des régimes de réglementation complexes » (para 125);
- Les choix faits par le législateur dans un régime de réglementation complexe commanderait une plus grande déférence que ne l'ont fait les prohibitions (para 98).

La Cour a aussi reconnu dans un certain nombre d'arrêts qu'une loi adoptée par le Parlement peut être différente du régime envisagé par la Cour sans nécessairement être inconstitutionnelle :

- « Tout comme le législateur doit respecter les décisions de la Cour, la Cour doit respecter la décision du législateur que le régime qu'elle a créé peut être amélioré. Insister sur une conformité servile irait à l'encontre du respect mutuel qui sous-tend les rapports entre les tribunaux et le législateur et qui est si essentiel à notre démocratie constitutionnelle » (*R c Mills*, [1999] 3 RSC 668 au para 55).

Annexe C : Aperçu des régimes législatifs existants d'aide médicale à mourir

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
Oregon (1997), Vermont (2013), Washington (2008), Californie (2015)	Suicide assisté par un médecin seulement	<p>Patient doit être en phase terminale, ayant moins de six mois à vivre</p> <p>Maladie terminale : maladie incurable et irréversible qui, selon un jugement médical raisonnable, entraînera la mort dans une période de six mois</p> <p>(Troubles mentaux seulement : non admissibles)</p> <p>Adultes seulement</p> <p>Aucune déclaration anticipée</p>	<p>Approbation de la demande : Médecin traitant + 1 médecin consultant + si nécessaire, un spécialiste de la santé mentale</p> <p>Demandes écrite et orale</p> <p>Demande écrite dans un formulaire prescrit et signée devant 2 témoins indépendants</p> <p>Délais entre les demandes orales, écrites et la prescription</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>
Pays-Bas (2002)	Suicide assisté par un médecin et euthanasie volontaire	<p>Le patient doit éprouver une souffrance insupportable, physique ou psychologique, sans perspective d'amélioration</p> <p>Mineurs de 12 ans et plus</p> <p>Déclaration anticipée</p>	<p>Médecin traitant + 1 médecin consultant indépendant</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>
Belgique (2002)	Euthanasie volontaire	<p>Situation médicale sans issue causant une souffrance physique ou psychologique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une pathologie sérieuse et incurable causée par une affection ou un accident</p> <p>Adultes et mineurs émancipés</p> <p>Mineurs plus jeunes que les mineurs émancipés (de tout âge), mais seulement s'ils se trouvent dans une situation médicale qui entraînera le décès à courte échéance et qui sont confrontés à des souffrances physiques (non psychiques) constantes et insupportables</p> <p>Déclaration anticipée seulement pour le cas où le patient se trouverait dans un état d'inconscience irréversible</p>	<p>Médecin traitant + 1 médecin consultant indépendant</p> <p>Le médecin s'entretient avec le patient à intervalles raisonnables pour s'assurer de la persistance de la demande écrite signée</p> <p>Si maladie non terminale, un psychiatre ou un expert doit être consulté, délai d'un mois après la demande; s'il s'agit d'un enfant, il faut consulter un pédopsychiatre ou un psychologue pour enfants</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
Luxembourg (2009)	Suicide assisté par un médecin et euthanasie volontaire	<p>Situation médicale sans issue, causée par une maladie ou un accident, causant une souffrance physique ou psychologique constante et insupportable qui ne peut être apaisée</p> <p>Adultes seulement</p> <p>Déclaration anticipée seulement pour le cas où le patient se trouverait dans un état d'inconscience irréversible</p>	<p>Médecin traitant + 1 médecin consultant indépendant</p> <p>Le médecin s'entretient avec le patient à des intervalles raisonnables pour s'assurer de la persistance de la demande; demande écrite signée</p> <p>Consultation avec l'équipe médicale, les autres médecins traitant le patient ou un mandataire spécial, à moins que le patient ait des objections</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>
Québec (2014)	Euthanasie volontaire	<p>Le patient doit être « en fin de vie », souffrir d'une maladie grave et incurable, être dans un état de déclin avancé et irréversible de ses capacités et éprouver des souffrances intolérables</p> <p>Patient doit être « en fin de vie » + souffrir d'une maladie grave incurable + déclin avancé et irréversible de ses capacités + souffrances physiques ou psychologiques constantes et intolérables qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que le patient juge tolérables</p> <p>(Troubles mentaux seulement : non admissible)</p> <p>Adultes seulement</p> <p>Aucune déclaration anticipée</p>	<p>Médecin + 1 médecin consultant</p> <p>Consultations avec les membres de l'équipe médicale ou avec la famille (si le patient le souhaite)</p> <p>Demande écrite dans un formulaire prescrit; signée devant un témoin</p> <p>Le médecin s'entretient avec le patient à des intervalles raisonnables pour s'assurer de la persistance de la demande;</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
Colombie (2015)	Euthanasie volontaire	<p>Patient en phase terminale : personne souffrant d'une condition médicale grave ou d'une pathologie qui est progressive et irréversible avec un pronostic de mort imminente ou relativement à courte échéance, pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif dont l'efficacité est établie et qui changerait le pronostic</p> <p>(Troubles mentaux seulement : pas admissibles)</p> <p>Adultes seulement</p> <p>Directives anticipées possibles pour le cas où le patient deviendrait incapable d'exprimer ses volontés dans le futur</p>	<p>Médecin traitant + 1 expert (s) médical (aux) en cas de diagnostic incertain</p> <p>Comité interdisciplinaire composé d'un spécialiste en médecine, d'un avocat et d'un expert en santé mentale doit examiner la demande et confirmer l'intention de mourir du patient dans un délai de 10 jours après avoir reçu la demande; doit s'assurer que la demande est effectuée dans un délai de 15 jours suivant la réitération de la demande par le patient; peut suspendre une demande s'il y a des irrégularités</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>

Annexe D : Aperçu des projets de loi étrangers récents sur l'aide médicale à mourir

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
<p>États américains (Alaska, Arizona, Colorado, Hawaii, Iowa, Kansas, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Nebraska, New Hampshire (étude), New Jersey, New York, North Carolina, Rhode Island, Tennessee (étude), Utah, Wisconsin)</p> <p>(considéré par ou présentement devant les assemblées législatives de ces États)</p>	<p>Suicide assisté par un médecin seulement</p>	<p>Patient en phase terminale, ayant moins de six mois à vivre</p> <p>Maladie terminale : maladie incurable et irréversible qui, selon un jugement médical raisonnable, entraînera la mort dans une période de six mois; Tennessee : au moins deux médecins doivent diagnostiquer une maladie terminale</p> <p>(Troubles mentaux seulement : non admissible)</p> <p>Adultes seulement (sauf à Hawaii : personnes âgées d'au moins cinquante ans)</p> <p>Aucune déclaration anticipée</p>	<p>Approbation de la demande : Médecin traitant + 1 médecin consultant + spécialiste en santé mentale au besoin</p> <p>Demandes verbale + écrite; Iowa : pour les patients incapables de présenter une demande verbale, une demande écrite présentée au médecin traitant sera requise; Alaska : patients qui sont incapables de signer la demande peuvent donner des instructions à un tiers qui peut signer pour eux, et des demandes à l'oral peuvent être faites en utilisant divers moyens (électroniques, par exemple); Tennessee : demande écrite doit être notariée</p> <p>Demande écrite dans un formulaire prescrit, signée devant 2 témoins indépendants; Hawaii : si un patient est dans un établissement de soins de santé, il faut un troisième témoin désigné par l'établissement</p> <p>Délais entre les demandes verbales, entre les demandes écrites et la délivrance de l'ordonnance</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
Australie-Méridionale (ajourné en deuxième lecture en juin 2016)	Euthanasie volontaire	Les patients doivent souffrir d'une condition médicale (terminale ou non) qui soit insupportable pour la personne (suivant un critère subjectif) et irrémédiable (suivant une possibilité raisonnable de traitement médical permettant de réduire/de soulager la souffrance) Adultes seulement Aucune déclaration anticipée	Approbation de la demande : médecin traitant + 1 médecin consultant + psychiatre si le médecin traitant le juge nécessaire Demande écrite dans un formulaire prescrit; signée en présence d'un témoin indépendant et d'un médecin traitant Délai entre la demande et l'administration du médicament Patient peut retirer sa demande en tout temps
Nouvelle-Zélande (projet de loi d'initiative parlementaire devant le Parlement)	Suicide assisté par un médecin et euthanasie	Adultes capables qui souffrent d'une maladie terminale, à risque de mourir dans une période de six mois ou qui ont des problèmes de santé graves et irrémédiables; état avancé de déclin irréversible de capacités; et souffrances insupportables qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables Aucune déclaration anticipée	Approbation de la demande : médecin traitant + 1 médecin consultant + spécialiste en santé mentale au besoin Demandes écrite et orale; demande écrite dans un formulaire prescrit signée en présence d'un témoin indépendant et du médecin traitant
France (adoptée, 27 janvier 2016)	Ne permet pas l'aide médicale à mourir Permet une sédation palliative terminale	Patients conscients atteints d'une maladie grave et incurable, et qui décident d'arrêter de prendre des médicaments ou dont le traitement n'est plus efficace Patients ont le droit de refuser les traitements artificiels de maintien de la vie Directives anticipées : adultes peuvent exprimer leur préférence de ne pas être maintenus en vie par des interventions médicales, s'ils deviennent trop malades pour prendre cette décision	Patients peuvent désigner une personne (par ex. un parent ou un médecin traitant) qui pourrait être consultée dans les cas où les patients ne sont plus en mesure d'exprimer leurs volontés relatives à leurs directives anticipées Les directives anticipées peuvent être modifiées ou annulées en tout temps Création d'un registre national de directives
Allemagne (6 novembre 2015)	Interdit la commercialisation de l'aide au suicide	Cette loi criminalise le fait pour une organisation d'aider des patients à mettre fin à leur vie dans un but lucratif, et prévoit des peines maximales de trois ans d'emprisonnement; empêche la commercialisation de la procédure en tant qu'« entreprise de suicide »	

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
Royaume-Uni (rejetée en septembre 2015)	Suicide assisté par un médecin seulement	<p>Patients capables qui ont été diagnostiqués par un médecin autorisé d'une maladie terminale et qui risquent de mourir dans une période de six mois</p> <p>Une maladie terminale est ainsi définie : « condition inévitablement progressive dont le cours ne peut être inversé par traitement »</p> <p>Aucune directive anticipée</p>	<p>Approbation de la demande : médecin traitant + 1 médecin consultant; approbation par une cour familiale</p> <p>Demande écrite dans un formulaire prescrit; signée en présence d'un témoin indépendant et contresignée par un médecin traitant</p> <p>Délais entre la demande écrite et la livraison du médicament</p>
Écosse (rejetée le 27 mai 2015)	Suicide assisté par un médecin seulement	<p>Personne capable (âgée d'au moins 16 ans) atteinte d'une maladie qui est terminale ou abrège la vie ou d'une condition, qui est progressive, et terminale ou qui abrège la vie</p> <p>Aucune directive anticipée</p>	<p>Approbation de la demande : 2 médecins autorisés</p> <p>Trois demandes écrites dans un formulaire prescrit; signées en présence d'un témoin qualifié et confirmées par un médecin</p> <p>Délais entre les demandes</p>
Nouvelle-Galles du Sud (rejetée le 23 mai 2013)	Suicide assisté par un médecin et euthanasie volontaire	<p>Patients doivent souffrir d'une maladie qui, dans le cours normal des choses, causera la mort; la maladie leur cause de la douleur, de la souffrance ou de la détresse qui leur est intolérable; il n'y a pas de mesures médicales acceptables pour le patient susceptibles de guérir la maladie</p> <p>Pas de demandes anticipées</p>	<p>Approbation de la demande : 2 médecins + un psychiatre indépendant + un travailleur social indépendant, si nécessaire</p> <p>Demande orale et écrite ; signée par le patient et les deux médecins; interprètes (si requis par le patient) peuvent être nécessaires pour signer la demande et confirmer que le patient en comprend le contenu; peut avoir recours à un tiers pour signer la demande au nom du patient</p> <p>Délai entre les demandes</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps et par tout moyen</p>

État ou pays	Type d'aide	Critères d'admissibilité	Mesures de sauvegarde
Tasmanie (rejetée le 17 octobre 2013)	Suicide assisté par un médecin et euthanasie volontaire	<p>Patients doivent être atteints d'un problème de santé incurable et irréversible dû à une affection, maladie ou blessure, causant des souffrances persistantes et intolérables, et être à une étape avancée sans perspective raisonnable d'amélioration</p> <p>Aucune déclaration anticipée</p>	<p>Approbation de la demande : médecin traitant + 1 médecin consultant</p> <p>Deux demandes orales et une demande écrite; demande écrite signée en présence de 2 témoins indépendants</p> <p>Délais entre les demandes</p> <p>Patient peut retirer sa demande en tout temps</p>
Parlement de Victoria (étude, juin 2016)	Suicide assisté par un médecin et euthanasie volontaire (pour les cas où le patient est physiquement incapable de prendre le médicament)	<p>Adulte (18+) capable qui est en fin de vie (dernières semaines ou derniers mois), qui souffre d'une condition sérieuse et incurable qui lui cause des souffrances persistantes et intolérables qui ne peuvent être apaisées par un moyen que le patient estime tolérable</p> <p>Si la maladie est de nature psychologique seulement, le patient n'est pas éligible</p> <p>Aucune déclaration anticipée</p>	<p>Approbation de la demande : 2 médecins qualifiés et indépendants + 1 psychiatre si nécessaire</p> <p>Deux demandes à l'oral et une demande écrite, signée par deux témoins indépendants</p> <p>Le patient peut retirer sa demande en tout temps</p>

Annexe E: Bibliographie sur l'aide médicale à mourir

RECHERCHE ET OBSERVATIONS DANS LES DOMAINES JURIDIQUE ET MÉDICAL

Canada

- Beschle, D.L. « *Carter v. Canada (Attorney General)*: Canadian courts revisit the criminalization of assisted suicide » (2013) 59 *Wayne Law Review* 561.
- Claxton-Oldfield, S. et K. Miller. « A study of Canadian hospice palliative care volunteers' attitudes toward physician-assisted suicide » (2015) 32:3 *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 305.
- Keown, John. « A right to voluntary euthanasia? Confusion in Canada in *Carter* » (2014) 28:1 *Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy*.
- Marcoux, I., *et al.* « Health care professionals' comprehension of the legal status of end-of-life practices in Quebec: Study of clinical scenarios » (2015) 61 *Le médecin de famille canadien Canadian Family Physician* e196.
- Murphy, S. « Legalizing therapeutic homicide and assisted suicide: A tour of *Carter v. Canada* » (2012).
- Newman, D.G. « Judicial method and three gaps in the Supreme Court of Canada's assisted suicide judgment in *Carter* » (2015) 78 *Saskatchewan Law Review* 217.
- Schafer, A. « Physician assisted suicide: The great Canadian euthanasia debate » (2013) 36 *International Journal of Law and Psychiatry* 522.
- Surtees, D. « Authorizing of physician-assisted death in *Carter v. Canada (Attorney General)* » (2015) 78 *Saskatchewan Law Review* 225.
- Tigerstrom, Barbara von. « Consenting to physician-assisted death: Issues arising from *Carter v. Canada (Attorney General)* » (2015) 78 *Saskatchewan Law Review* 233.
- Vachon, M. « Quebec proposition of Medical Aid in Dying: A palliative care perspective » (2013) 36 *International Journal of Law and Psychiatry* 532.

Universitaires et spécialistes canadiens

- Boudreau, J.D., et M.A. Somerville. « Euthanasia is not medical treatment » (2013) 106 *British Medical Bulletin* 45.
- Boudreault, J.D., M.A. Somerville et N. Biller-Andorno. « Physician-Assisted Suicide » (2013) 368 *New England Journal of Medicine* 1450.
- Chochinov, H. M. et al. « Understanding the will to live in patients nearing death » (2005) 46:1 *Psychosomatics* 7.
- Chochinov, H.M. « Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care » (2006) 58 *CA Cancer Journal for Clinicians* 84.
- Chochinov, H.M. et al. « Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study » (2002) 360 *Lancet* 2026.
- Chochinov, H.M. et al. « Dignity in the terminally ill: a developing empirical model » (2002) 54 *Social Science and Medicine* 433.
- Chochinov, H.M. et al. « The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring

- Dignity-Related Distress in Palliative Care » (2008) 36:6 Journal of Pain and Symptom Management 559.
- Chochinov, H.M. et al. « The Landscape of Distress in the Terminally Ill » (2009) 38(5) Journal of Pain and Symptom Management 641.
- Chochinov, H.M. et al. « Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomized controlled trial » (2011) 12 Lancet Oncology 753.
- Chochinov, H.M. et al. « Dignity in the Terminally Ill: Revisited » (2006) 9:3 Journal of Palliative Medicine 666.
- Chochinov, H.M. « Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care » (2007) 335:7612 British Medical Journal 184.
- . « Dignity and the Eye of the Beholder » (2004) 22:7 Journal of Clinical Oncology 1336.
- Heisel, M.J. et P.R. Duberstein. « Suicide prevention in older adults » (2005) 12 Clinical Psychology: Science and Practice 242.
- Heisel, M.J. « Suicide and its prevention among older adults » (2006) 51 Canadian Journal of Psychiatry 143.
- Heisel, M.J. et al. « Concordance of self-and proxy-reported suicide ideation in depressed adults 50 years of age or older » (2011) 56 Canadian Journal of Psychiatry 219
- Mishara, B.L. et D.N. Weisstub. « Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia » (2013) 36 International Journal of Law and Psychiatry 427.
- Mishara, B.L. et D.N. Weisstub. « Ethical, Legal, and Practical Issues in the Control and Regulation of Suicide Promotion and Assistance over the Internet » (2007) 37:1 Suicide and Life-Threatening Behavior 58.
- Mishara, B.L. et D.N. Weisstub. « Resolving Ethical Dilemmas in Suicide Prevention » (2010) 40:2 Suicide Life Threat Behav.159.
- Mishara, B.L. et D.N. Weisstub. « Défis éthiques pour les nouvelles pratiques en prévention du suicide » (2010) 14:114 La Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 6.

États-Unis

- Bostrom, B.A. « Baxter v. State of Montana » (2010) 26 Issues in Law et Medicine 79.
- Breitbart, W. « Physician-assisted suicide ruling in Montana: Struggling with care of the dying, responsibility, and freedom in big sky country » (2010) 8:01 Palliative and Supportive Care 1.
- Campbell, C.S. et M.A. Black. « Dignity, death, and dilemmas: A study of Washington hospices and physician-assisted death » (2014) 47:1 Journal of Pain and Symptom Management 137.
- Cerminara, K.L. et A. Perez. « Therapeutic death: A look at Oregon's law » (2000) 6 Psychology Public Policy Law 503.
- Coleman, D. « Assisted suicide laws create discriminatory double standard for who gets suicide prevention and who gets suicide assistance: Not Dead Yet Responds to Autonomy Inc. » (2010) 3 Disability Health Journal 39.
- Drum, C.E. et al. « *The Oregon Death with Dignity Act*: Results of a literature review and naturalistic inquiry » (2010) 3:1 Disability and Health Journal 3.

- Espino, D.V. et al. « Physician-assisted suicide attitudes of older Mexican-American and Non-Hispanic white adults: Does ethnicity make a difference? » (2010) 58:7 *Journal of the American Geriatrics Society* 1370.
- Foley, K. et H. Hendin. *The Oregon Experiment, in The Case Against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*, Baltimore, (Md) Johns Hopkins University Press, 2002.
- Gamondi, C. et al. « Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland » (2013) 24:6 *Annals of oncology* 1639.
- Ganzini, L. et al. « Oregon Physicians Perceptions of Patients who Request Assisted Suicide and their Families » (2003) 6 *Journal of Palliative Medicine* 381.
- Ganzini, L. et al. « Oregonians Reasons for Requesting Physician Aid in Dying » (2009) 169 *Archives of Internal Medicine* 489.
- Ganzini, L. et al. « Mental Health Outcomes of Family Members of Oregonians who Request Physician Aid in Dying » (2009) 28: 6 *Journal of Pain and Symptom Management* 807.
- Ganzini, L. et al. « Physicians experiences with the *Oregon Death with Dignity Act* » (2000) 342 *New England Journal of Medicine* 557.
- Ganzini, L. et al. « Oregon physicians attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the *Oregon Death with Dignity Act* » (2001) 285:18 *Journal of American Medical Association* 2363.
- Hamilton, N.G. et C.A. Hamilton. « Competing Paradigms of Response to Assisted Suicide Requests in Oregon » (2005) 162:6 *American Journal of Psychiatry* 1060.
- Hendin, H. et K. Foley. « Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective » (2008) 106 *Michigan Law Review* 1613.
- Hedberg, K., D. Hopkins et M. Kohn. « Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon » (2003) 348 *New England Journal of Medicine* 961.
- Lee, B.C. et J.L. Jr. Werth. « Observations on the first year of Oregon's Death with Dignity Act » (2000) 8 *Psychol Public Policy Law* 268.
- Norton, E.M. et P.J. Miller. « What their terms of living and dying might be: Hospice social workers discuss Oregon's Death with Dignity Act » (2012) 8:3 *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 249.
- Oldham, R.L. et al. « Attachment styles of Oregonians who request physician-assisted death » (2011) 9:02 *Palliative and Supportive Care* 123.
- Reynolds, L. « Losing the quality of life: The move towards society's understanding and acceptance of physician aid-in-dying and the Death with Dignity Act » (2013) 48 *New England Law Review* 343.
- Rich, B.A. « *Baxter v. Montana*: What the Montana Supreme Court said about dying, dignity, and palliative options of last resort » (2011) 9:03 *Palliative and Supportive Care* 233.
- Sullivan, A. et al. « Legalized physician-assisted suicide in Oregon: The second year » (2000) 342 *New England Journal of Medicine* 598.
- Svenson, A.G. « Montana's courting of physician aid in dying: Could Des Moines follow suit? » (2010) 29:2 *Politics and the Life Sciences* 2.
- Purvis, T.E. « Debating death: religion, Politics, and the *Oregon Death with Dignity Act* » (2012) 85:2 *The Yale Journal of Biology and Medicine* 271.

Belgique

- Andrew, E.V. et al. « Social-cultural factors in end-of-life care in Belgium: a scoping of the research literature » (2011) 27:2 *Palliative medicine* 131.
- Bernheim, J. et al. « Euthanasia and Palliative Care in Belgium: Legitimate Concerns and Unsubstantiated Grievances » (2010) 13:7 *Journal of Palliative Medicine* 798.
- Bernheim, J.L. et al. « The Belgian model of comprehensive end-of-life care: Palliative care and euthanasia as complementing, non-conflicting developments. I. Historical, epidemiological and regulatory data » [en néerlandais] (2012) 68:11 *Tijdschrift voor Geneeskunde* 539.
- Bilsen, J. et al. « Nurses' involvement in physician-assisted dying under the euthanasia law in Belgium » (2014) 51:12 *International Journal of Nursing Studies* 1696.
- Bilsen, J. et al. « Changes in medical end-of-life practices during the legalization process of euthanasia in Belgium » (2007) 65 *Social Science and Medicine* 803.
- Bilsen, J. et al. « Medical End-of-Life Practices under the Euthanasia Law in Belgium » (2009) 361:11 *New England Journal of Medicine* 1119.
- Broeckeaert, B. et al. « Euthanasia and palliative care in Belgium: The attitudes of Flemish palliative care nurses and physicians toward euthanasia » (2010) 1:3 *AJOB Primary Research* 31.
- Chambaere, K. et al. « Characteristics of Belgian life-ending acts without explicit patient request; a large-scale death certificate survey revisited » (2014) 2:4 *Canadian Medical Association Journal Open* E262.
- Chambaere, K. et al. « Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey » (2010) 182:9 *Journal de l'Association médicale canadienne Canadian Medical Association Journal* 895.
- Chambaere, K. et al. « End-of-life decisions in individuals dying with dementia in Belgium » (2015) 63:2 *Journal of the American Geriatrics Society* 290.
- Cohen, J. et al. « Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia » (2012) 75:5 *Social Science & Medicine* 845.
- Cohen, J. et al. « Nationwide survey to evaluate the decision-making process in euthanasia requests in Belgium: do specifically trained 2nd physicians improve quality of consultation? » (2014) 14 *BMC Health Services Research* 307.
- Cohen-Almagor, R. « Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement » (2009) 24:3 *Issues in Law et Medicine* 187.
- . « First do no harm: intentionally shortening lives of patients without their explicit request in Belgium » (2015) *Journal of Medical Ethics* 1.
- . « First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium » (2013) 36 *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Gamester, N. et B. Van Den Eynden. « The Relationship between Palliative Care and Legalized Euthanasia in Belgium » (2009) 12:7 *Journal of Palliative Medicine* 589.
- Giglio, F. et A.G. Spagnolo. « Pediatric euthanasia in Belgium: Some ethical considerations » (2014) 12:3 *Journal of Medicine and the Person* 146.
- Inghelbrecht, E. et al. « The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium » (2010) 182:9 *Canadian Medical Association Journal* 905.

- Meeussen, K. et al. « Physician reports of medication use with explicit intention of hastening the end of life in the absence of explicit patient request in general practice in Belgium » (2010) 10 BMC Public Health 186.
- Meeussen, K. et al. « Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium » (2011) 41:6 Journal of Pain and Symptom Management 1060.
- Pardon, K. et al. « Preferred and actual involvement of advanced lung cancer patients and their families in end-of-life decision making: A multicenter study in 13 hospitals in Flanders, Belgium » (2012) 43:3 Journal of Pain and Symptom Management 515.
- Roelands, M. et al. « Attitudes of Belgian students of medicine, philosophy, and law toward euthanasia and the conditions for its acceptance » (2015) 39:3 Death studies 139.
- Smets, T. et al. « Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases » (2010) 341 British Medical Journal C5174.
- Smets, T., *et al.* « Legal Euthanasia in Belgium Characteristics of All Reported Euthanasia Cases » (2010) 48 Medical Care 187.
- Smets, T. et al. « Euthanasia in patients dying at home in Belgium: interview study on adherence to legal safeguards » (2010) British Journal of General Practice e163.
- Smets, T. et al. « Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law » (2011) 41:3 Journal of Pain and Symptom Management 580.
- Smets, T. et al. « The labelling and reporting of euthanasia by Belgian physicians : a study of hypothetical cases » (2010) 22:1 European Journal of Public Health 19.
- Smets, T. et al. « Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium : cross sectional analysis of reported and unreported cases » (2010) 341 British Medical Journal c5174.
- Thienpont, L. et al. « Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study » (2015) 5:7 enligne British Medical Journal Open.
- Van Brussel, L., P. Van Landeghem et J. Cohen. « Media coverage of medical decision making at the end of life : a Belgian case study » (2014) 38:2 Death studies 125.
- Van den Block, L. et al. « Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium » (2009) 339 British Medical Journal b2772.
- Van den Block, L. et al. « Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow back study in Belgium » (2009) 9 BMC Public Health 79.
- Van Wesemael, Y. et al. « Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey » (2011) 42:5 Journal of Pain and Symptom Management 721.
- Van Wesemael, Y. et al. « Implementation of a service for physicians' consultation and information in euthanasia requests in Belgium » (2012) 104:3 Health Policy 272.

Les Pays-Bas

- Battin, M.P., F. Norwood et G. Kimsma. « Vulnerability and the slippery slope at the end-of life; a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in The Netherlands » (2009) 26:6 Family Practice 472.

- Berghmans, R.L. et G.A. Widdershoven. « Euthanasia in the Netherlands: Consultation and review » (2012) 23:2 *King's Law Journal* 109.
- Booij, S.J. et al. « Euthanasia and physician-assisted suicide in Huntington's disease in The Netherlands » (2013) 25:2 *International Psychogeriatrics* 339.
- Buiting, H. et al. « Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: Descriptive study » (2009) 10:18 *BMC Medical Ethics*.
- Buiting, H.M. et al. « Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001–2009 » (2012) 38:5 *Journal of Medical Ethics* 267.
- Buiting, H.M. et al. « Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective » (2008) 34:9 *Journal of Medical Ethics* e12.
- Cohen-Almagor R. « Non-Voluntary and Involuntary Euthanasia in the Netherlands: Dutch Perspectives » (2002) II:5 *Croatian Journal of Philosophy* 46-63.
- De Boer, M.E. et al. « Advance Directives for Euthanasia in Dementia: How do They Affect Resident Care in Dutch Nursing Homes? Experiences of Physicians and Relatives » (2011) 59 *Journal of the American Geriatrics Society* 989.
- Dees, M.K. et al. « Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: A qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands » (2013) 27:1 *Palliative Medicine* 27.
- Deliens, L. et al. « End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey » (2000) 356:9244 *Lancet* 1806.
- Gordijn, B. et R. Janssens. « The Prevention of Euthanasia through Palliative care: New Developments in the Netherlands » (2000) 41 *Patient Education and Counseling* 35.
- Haverkate, I. et al. « Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire » (2000) 321 *British Medical Journal* 865.
- Hesselink, B.A.M. et al. « Do guidelines on euthanasia and physician-assisted suicide in Dutch hospitals and nursing homes reflect the law? A content analysis » (2012) 38:1 *Journal of Medical Ethics* 35.
- Jansen-van der Weide, M.C. et al. « Quality of consultation and the project 'Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands' (SCEN) » (2007) 80:1 *Health Policy* 97.
- Kim, S.Y., R.G. De Vries et J.R. Peteet. « Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014 » en ligne: (2016) *JAMA Psychiatry*.
- Kimsma, G.K., F. Norwood et M. Battin. « Vulnerability and the slippery slope at the end-of-life: a qualitative study of euthanasia, general practice and home death in the Netherlands » (2009) 26:6 *Family Practice* 472.
- Kimsma, G.K. « Death by request in the Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families » (2010) 13:4 *Medicine, Health Care and Philosophy* 355.
- Kouwenhoven, P.S. et al. « Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach » (2013) 27:3 *Palliative Medicine* 273.
- Kouwenhoven, P.S. et al. « Euthanasia or physician-assisted suicide? A survey from the Netherlands » (2014) 20:1 *The European Journal of General Practice* 25.

- Kouwenhoven, P.S. et al. « Opinions about euthanasia and advance dementia: a qualitative study among Dutch physicians and members of the general public » (2015) 16 *BMC Medical Ethics* 7.
- Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. « Dutch experience of monitoring euthanasia » (2005) 331 *British Medical Journal* 691.
- Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. « Euthanasia and Other End-of-Life Decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001 » (2003) 362 *Lancet* 395.
- Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. « Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross sectional survey » (2012) 380:9845 *Lancet* 908.
- Ost, S. et A. Mullock. « Pushing the boundaries of lawful assisted dying in the Netherlands? Existential suffering and lay assistance » (2011) 18:2 *European Journal of Health Law* 163.
- Pols, H. et S. Oak « Physician-assisted dying and psychiatry: Recent developments in the Netherlands » (2013) 36:5 *International Journal of Law and Psychiatry* 506.
- Rietjens, J. et al. « Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? » (2009) 6 *Journal of Bioethical Inquiry* 271.
- Schoonman, M.K. et al. « Non-physician-assisted suicide in The Netherlands: a cross sectional survey among the general public » (2014) 40:12 *Journal of Medical Ethics* 842.
- Snijdwind, M.C. et al. « Complexities in euthanasia or physician-assisted suicide as perceived by Dutch physicians and patients' relatives » (2014) 48:6 *Journal of Pain and Symptom Management* 1125.
- Snijdwind, M.C. et al. « A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician Assisted Dying in the Netherlands » (2015) 175:10 *American Medical Association Journal of Internal Medicine* 1633.
- Van der Heide, A. et al. « End of life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act » (2007) 356:19 *New England Journal of Medicine* 1957.
- Van Tol, D.G., J.A. Rietjens et A. van der Heide. « Empathy and the application of the “unbearable suffering” criterion in Dutch euthanasia practice » (2012) 105:2 *Health Policy* 296.

Suisse

- Black, I. « Existential suffering and the extent of the right to physician assisted suicide in Switzerland » (2014) 22:1 *Medical Law Review* 109.
- Bosshard, G., S. Fischer et W. Bär. « Open regulation and practice in assisted dying – How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon » (2002) 132 *Swiss Medical Weekly* 527.
- Bosshard, G., E. Ulrich et W. Bär. « 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation » (2003) 133 *Swiss Medical Weekly* 310.
- Bosshard, G. et al. « Assessment of requests for assisted suicide by a Swiss Right-to-Die Society » (2008) 62 *Death Studies* 646.
- Bosshard, G. « Switzerland » in J. Griffiths et H. Weyers, eds, *Euthanasia and Law in Europe*, Oregon, Hart Publishing, 2008.
- Brauer, S., C. Bolliger et J.D. Struba. « Swiss physicians' attitudes to assisted suicide » (2015) 145 *Swiss Medical Weekly* w14142.

- Fischer, S. et al. « Suicide assisted by two Swiss right-to-die organizations » (2008) 34:11 Journal of Medical Ethics 810.
- Fischer, S. et al. « Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians » (2009) 139:23-24 Swiss Medical Weekly 333.
- Fischer, S. et al. « Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations » (2008) 34 Journal of Medical Ethics 810.
- Frei, A. et al. « Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die Society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases » (2001) 131 Swiss Medical Weekly 375.
- Gauthier, S. et al. « Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon » en ligne: (2014) 141:8 Journal of medical ethics DOI : <10.1136/medethics-2014-102091>.
- Harmon, S.H. et N. Sethi. « Preserving life and facilitating death: What role for government after *Haas v. Switzerland* » (2011) 18 European Journal of Health Law 355.
- Hurst, S. et A. Mauron. « Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians » (2003) 326 British Medical Journal 271.
- Pereira, J. et al. « The response of a Swiss university hospital's palliative care consult team to assisted suicide within the institution » (2008) 22:5 Palliative Medicine 659.
- Steck, N., M. Zwahlen et M. Egger. « Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort » (2015) 145 Swiss Medical Weekly w14153.

Luxembourg

- Leners, J.C. « Euthanasia, palliative care, hospice and elderly in Luxembourg. Ethical and numerical considerations over 3 years » (2013) 4 European Geriatric Medicine S38.

Études comparatives (Europe, É.-U.)

- Battin, M.P., A. van der Heide, L. Ganzini, G. van der Wal et B.D. Onwuteaka-Philipsen. « Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups » (2007) 33:10 Journal of Medical Ethics 591.
- Bosshard, G., B. et al. « A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries » (2008) 34 Journal of Medical Ethics 28.
- Chambaere, K. et J.L. Bernheim. « Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care? The Belgian and Benelux experience » (2015) 41:8 Journal of Medical Ethics 657.
- Cohen, J. et al. « Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999) » (2006) 16:6 European Journal of Public Health 663.
- Finlay, I.G. et R. George. « Legal physician-assisted suicide in Oregon and The Netherlands: evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups – another perspective on Oregon's data » (2011) 37 Journal of Medical Ethics 171.
- Halliday, S. « Comparative reflections upon the Assisted Dying Bill 2013. A plea for a more European approach » (2013) 13:2-3 Medical Law International 135.
- Van der Heide, A. et al. pour le compte du consortium EURELD. « End-of-life decision making in six European countries: descriptive study » (2003) 362 Lancet 345.

- Keown, J, « Considering Physician-Assisted Suicide: an evaluation of Lord Joffe's Assisted Dying for the Terminally Ill Bill » (2006) Care Not Killing Alliance Report.
- Lewis, P. et I. Black. « Adherence to the request criterion in jurisdictions where assisted dying is lawful? A review of the criteria and evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland » (2013) 41:4 *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 885.
- Price, A. et al. « Prevalence, course and associations of desire for hastened death in a UK palliative population: A cross-sectional study » (2011) 1:2 *British Medical Journal Supportive and Palliative Care* 140.
- Rurup, M.L. et al. « The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: description and comparison of cases » (2012) 26:1 *Palliative Medicine* 43.
- Smets, T., J. Bilsen, J. Cohen, M.L. Rurup, E. De Keyser et L. Deliens. « The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures » (2009) 90 *Health Policy* 181.
- Steck, N. et al. « Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review » (2013) 51:10 *Medical Care* 938.
- Van Wesemael, Y. et al. « Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: experiences in the Netherlands and Belgium » (2009) 9 *BMC Health Services Research* 220.
- Voorhees, J.R. et al. « Discussing physician-assisted dying: Physicians' experiences in the United States and the Netherlands » (2014) 54:5 *The Gerontologist* 808.
- Wesemael, Y.V. et al. « Establishing specialized health services for professional consultation in euthanasia: experiences in the Netherlands and Belgium » (2009) 9 *British Medical Journal: Health Services Research* 220.

Autres

- Aghababaei, N., H. Farahani et J. Hatami. « Euthanasia attitude: A comparison of two scales » (2011) 4 *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 9.
- Anquinet, L. et al. « Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia—professional caregivers' attitudes and experiences: A focus group study » (2013) 27:6 *Palliative Medicine* 553.
- Appelbaum, P.S. « Physician-Assisted Death for Patients With Mental Disorders – Reasons for Concern » (2016) 73:4 *JAMA Psychiatry* 325.
- Back, A.L. et al. « Clinician-Patient Interactions about Requests for Physician-Assisted Suicide » (2003) 162 *Archives of Internal Medicine* 1257.
- Back, A.L. et R.A. Pearlman. « Desire for physician-assisted suicide: Requests for a better death? » (2001) 358 *Lancet* 344.
- Barnow, S. et al. « Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses » (2004) 12:3 *American Journal of Geriatric Psychiatry* 258.
- Bascom, P.B. et S.W. Tolle. « Responding to Requests for Physician Assisted-Suicide: These are uncharted waters for both of us... » (2002) 288:1 *Journal of the American Medical Association* 91.
- Battin, M.P. « Physician-Assisted Dying and the Slippery Slope: the Challenge of Empirical Evidence » (2008) 45 *Willamette Law Review* 91.
- Behuniak, S.M. « Death with « dignity » The wedge that divides the disability rights movement from the right to die movement » (2011) 30:1 *Politics and the Life Sciences* 17.

- Berghmans, R., G. Widdershoven et I. Widdershoven-Heerding. « Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope » (2013) 36:5 *International Journal of Law and Psychiatry* 436.
- Bernheim, J.L. « A flawed debate on assisted dying » (2011) *British Medical Journal* 342.
- Bernheim, J.L. et al. « Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy? » (2008) 336 *British Journal of Medicine* 864.
- Bharucha, A.J. et al. « The Pursuit of Physician-Assisted Suicide: Role of Psychiatric Factors » (2003) 6:6 *Journal of Palliative Medicine* 873.
- Blevins, D., T.A. Preston et J.L. Werlth Jr. « Characteristics of persons approving of physician-assisted death » (2005) 29 *Death Studies* 601.
- Block, S.D. « Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIA End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians- American Society of Internal Medicine » (2000) 132:3 *Annals of Internal Medicine* 209.
- Bolt, E.E. et al. « Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? » (2015) 41:8 *Journal of Medical Ethics* 592.
- Breitbart, W. et al. « Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer » (2000) 284 *Journal of the American Medical Association* 2907.
- Breitbart, W. et al. « Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer » (2000) 284 *Journal of the American Medical Association* 2907.
- Breitbart, W. « The physician's role in physician-assisted suicide » (2012) 10:04 *Palliative and Supportive Care* 237.
- Breitbart, W. et al. « Impact of Treatment for Depression on Desire for Hastened Death in Patients with Advanced AIDS » (2010) 51:2 *Psychosomatics* 98.
- Broekman, M.L.D. et J.S.A. Verlooy. « Attitudes of young neurosurgeons and neurosurgical residents towards euthanasia and physician-assisted suicide » (2013) 155:11 *Acta Neurochirurgica* 2191.
- Buiting, H.M. et al. « Palliative treatment alternatives and euthanasia consultations: a qualitative interview study » (2011) 42:1 *Journal of Pain and Symptom Management* 32.
- Cholbi, M.J. « The terminal, the futile, and the psychiatrically disordered » (2013) 36:5 *International Journal of Law and Psychiatry* 498.
- Clark, C. et G. Kimsma. « “ Medical friendships “in assisted dying » (2004) 13:1 *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 61.
- Clarke, L. « Mental health nursing and the debate on assisted dying » (2013) 20 *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 655.
- Coggon, J. « The wonder of euthanasia: A debate that's being done to death » (2013) 33:2 *Oxford Journal of Legal Studies* 401.
- Coma, L.M., J. Caimey et D.L. Streiner. « Suicide ideation in older adults: Relationship to mental health problems and service use » (2010) 50:6 *Gerontologist* 785.
- Davila, S.L.R. et al. « Management of a request for physician-assisted suicide » (2010) 27:1 *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 63.
- Dees, M. et al. « Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician assisted suicide: an integrative review » (2010) 19:4 *Psycho-Oncology* 339.
- Delbeke, E. « The way assisted suicide is legalised: balancing a medical framework against a demedicalised model » (2011) 18:2 *European Journal of Health Law* 149.
- Denier, Y. et al. « “It's intense, you know.” Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia » (2010) 13:1 *Medicine, Health Care and Philosophy* 41.

- Dore, M.K. « Physician-assisted suicide: A recipe for elder abuse and the illusion of personal choice » (2011) 27 Vermont Bar Journal 1.
- Downie, J., K. Chambaere et J.L. Bernheim. « Pereira's attack on legalizing euthanasia or assisted suicide: Smoke and mirrors » (2012) 19:3 Current Oncology 133.
- Draper, B. et al. « Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia » (2010) 6:1 Alzheimer's et Dementia 75.
- Emanuel, E.J. et al. « Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients, and their caregivers » (2000) 284 Journal of the American Medical Association 2460.
- Emanuel, E.J., D.L. Fairdough et L.L. Emanuel. « Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers » (2000) 284 Journal of the American Medical Association 2460.
- Fass, J. et A. Fass. « Physician-assisted suicide: Ongoing challenges for pharmacists » (2011) 68 American Journal of Health-System Pharmacy 846.
- Finlay, I. « Crossing the bright light–difficult decision at the end of life » (2006) 6:4 Clinical Medicine 1.
- Gamliel, E. « To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia » (2013) 18:5 Journal of Health Psychology 693.
- Ganzini, L. et al. « Evaluation of Competence to Consent to Assisted Suicide: Views of Forensic Psychiatrists » (2000) 157 American Journal of Psychiatry 595.
- Ganzini, L., E.R. Goy et S.K. Dobscha. « Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians aid in dying: cross sectional survey » (2008) 337:1682 British Medical Journal 1.
- Gather, J. et J. Vollmann. « Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy » (2013) 36:5 International Journal of Law and Psychiatry 444.
- Gill, C.J. « No, we don't think our doctors are out to get us: Responding to the straw man distortions of disability rights arguments against assisted suicide » (2010) 3:1 Disability and Health Journal 31.
- Gillett, G. et J. Chamberlain. « The clinician's dilemma: Two dimensions of ethical care » (2013) 36:5 International Journal of Law and Psychiatry 454.
- Golden, M. et T. Zoanni. « Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide » (2010) 3 Disability and Health Journal 16.
- Gopal, A.A. « Physician-assisted suicide: Considering the evidence, existential distress, and an emerging role for psychiatry » (2015) 43:2 Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 183.
- Gunn III, J.F. et D. Lester. « Moral development and perceptions of attempted suicide and physician-assisted suicide » (2010) 107:3 Psychological Reports 697.
- Hagens, M., H.R. Pasman et B.D. Onwuteaka-Philipsen. « Cross-sectional research into counselling for non-physician assisted suicide: who asks for it and what happens? » (2014) 14:1 BMC Health Services Research 455.
- Hains, C.A.M. et N.J. Hulbert-Williams. « Attitudes toward euthanasia and physician assisted suicide: a study of the multivariate effects of healthcare training, patient characteristics, religion and locus of control » (2013) 39:11 Journal of Medical Ethics 713.
- Harris, C.D. « Physician-assisted suicide: A nurse's perspective » (2014) 44:3 Nursing 55.

- Harvath, T.A. et al. « Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death » (2006) 8 Journal of Hospice Palliative Nursing 200.
- Hendry, M. et al. « Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying » (2013) 27:1 Palliative Medicine 13.
- Hudson, P. et al. « Legalizing physician-assisted suicide and/or euthanasia: Pragmatic implications » (2015) 13:5 Palliative et Supportive Care 1.
- Hudson, P.L. et al. « Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review » (2006) 20:7 Palliative Medicine 693.
- Hudson, P. et al. « Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals » (2006) 20:7 Palliative Medicine 703.
- Huxtable, R. « Splitting the difference? Principled compromise and assisted dying » (2014) 28:9 Bioethics 472.
- Jamison, S. « Factors to consider before participating in a hastened death: Issues for medical professionals » (2000) 6 Psychology Public Policy Law 416.
- Jansen-van der Weide, M.C., B.D. Onwuteaka-Philipsen et G. van der Wal. « Granted, undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician-assisted suicide » (2005) 165 Archives of Internal Medicine 1698.
- Johnson, S.M. et al. « The role of and challenges for psychologists in physician assisted suicide » (2014) 38:9 Death Studies 582.
- Johnstone, M.J. « Organization position statements and the stance of “studied neutrality” on euthanasia in palliative care » (2012) 44:6 Journal of Pain and Symptom Management 896.
- Joiner, T.E. *Why people die by suicide*, Cambridge (Ma) Harvard University Press, 2005.
- Jones, D.A. « Is there a logical slippery slope from voluntary to non-voluntary euthanasia? » (2011) 21:4 Kennedy Institute of Ethics Journal 379.
- Jones, J.M. et al. « Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients » (2003) 55:5 Journal of Psychosomatic Research 411.
- Karlsson, M., A. Milberg et P. Strang. « Suffering and euthanasia : a qualitative study of dying cancer patients’ perspectives » (2012) 20 Support Care Cancer 1065.
- Kelly, B. et al. « Factors associated with the wish to hasten death : A study of patients with terminal illness » (2003) 33 Psychological Medicine 75.
- Kelly, B.D. et D.M. McLoughlin. « Euthanasia, assisted suicide and psychiatry : A Pandora’s Box » (2002) 181 British Journal of Psychiatry 278.
- Keown, J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy : An Argument against Legalisation*, Cambridge, (UK) Cambridge University Press, 2002.
- Keown, J. et E. Jackson. *Debating Euthanasia*, Oxford, (UK) Hart Publishing, 2002.
- Kimsma, G.K. et E. van Leeuwen. « The role of family in euthanasia decision making » (2007) 19:4 HEC Forum 365.
- Kleespies, P.M., O.N. Hughes et F.P. Gallacher. « Suicide in the medically and terminally ill : Psychological and ethical considerations » (2000) 56 Journal of Clinical Psychology 1153.
- Lachman, V. « Physician-assisted suicide : Compassionate liberation or murder » (2010) 19:2 Medsurg Nursing 121.

- Lavery, J.V. et al. « Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS : a qualitative study » (2001) *Lancet* 362.
- Lee, M.L. et al. « Euthanasia and depression : a prospective cohort study among terminally ill cancer patients » (2005) 23 *Journal of Clinical Oncology* 6607.
- Leeman, C.P. « Distinguishing among irrational suicide and other forms of hastened death : Implications for clinical practice » (2009) 50 *Psychosomatics* 185.
- Lemiengre, J. et al. « Written institutional ethics policies on euthanasia : an empirical-based organizational-ethical framework » (2014) 17:2 *Medicine, Health Care and Philosophy* 215.
- Lesser, H. « Should it be legal to assist suicide? » (2010) 16:2 *Journal of evaluation in clinical practice* 330.
- Levene, I. et M. Parker. « Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide : a systematic review » (2011) 37:4 *Journal of Medical Ethics* 205.
- Lewis, P. « Informal Legal change on assisted suicide : the policy for prosecutors » (2011) 31:1 *Legal Studies* 119.
- . *Assisted Dying and Legal Change*, Oxford, (UK) Oxford University Press, 2007.
- Lipuma, S. « Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/euthanasia : a conceptual analysis » (2013) 38:2 *Journal of Medicine and Philosophy* 190.
- Loewy, E.H. « Terminal Sedation, self-starvation, and orchestrating the end of life » (2001) 161 *Archives of Internal Medicine* 329.
- Maessen, M. et al. « Euthanasia and physician-assisted suicide in amyotrophic lateral sclerosis : a prospective study » (2014) 261:10 *Journal of Neurology* 1894.
- Malpas, P.J. et al. « Why do older people oppose physician-assisted dying? A qualitative study » (2014) 28:4 *Palliative Medicine* 353.
- Maltoni, M. et al. « Palliative sedation therapy does not hasten death : results from a prospective multicentre study » (2009) 20 *Annals of Oncology* 1163.
- Mason, E.R. « Ignoring It Will Not Make It Go Away : Guidelines for Statutory Regulation of Physician-Assisted Death » (2010) 45 *New England Law Review* 139.
- Materstvedt, L.J. et al. « Euthanasia and physician-assisted suicide : a view from an EAPC Ethics Task Force » (2003) 17 *Palliative Medicine* 97.
- Materstvedt, L.J. « Palliative care ethics: The problems of combining palliation and assisted dying » (2013) 21:3 *Progress in Palliative Care* 158.
- Maytal, G. et T.A. Stem. « The desire for death in the setting of terminal illness. A case discussion. *Prim Care Companion*. » (2006) 8 *Journal of Clinical Psychiatry* 299.
- McClain-Jacobson, C. et al. « Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer » (2004) 26 *General Hospital Psychiatry* 484.
- McCormack, R. et R. Fléchais. « The role of psychiatrists and mental disorder in assisted dying practices around the world : a review of the legislation and official reports » (2012) 53:4 *Psychosomatics* 319.
- Mendelson, D. et M. Bagaric. « Assisted suicide through the prism of the right to life » (2013) 36:5 *International Journal of Law and Psychiatry* 406.
- Menzel, PT et B. Steinbock. « Advance directives, dementia, and physician-assisted death » (2013) 41:2 *The Journal of Law Medicine et Ethics* 484.
- Michlowski, S. « Legalising active voluntary euthanasia through the courts: some lessons from Columbia » (2009) 17 *Medical Law Review* 183.

- Monforte-Royo, C. et al. « The wish to hasten death: A review of clinical studies » (2011) 20:8 *Psycho-oncology* 795.
- Morita, T. et al. « Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care » (2004) 27 *Journal of Pain Symptom Management* 44.
- Mortier, T., R. Leiva et R. Cohen-Almagor. « Between Palliative Care and Euthanasia » (2015) *Bioethical Inquiry*.
- Mystakidou, K. et al. « Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain » (2005) 27 *General Hospital Psychiatry* 258.
- Neimeyer, R.A. « Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology » (2000) 28 *Couns Psychol* 551.
- Nissim, R., L. Gagliese et G. Rodin. « The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: A longitudinal qualitative study » (2009) 69:2 *Social Science and Medicine* 165.
- O'Mahoney, S. et al. « Desire for hastened death, cancer pain and depression: Report of a longitudinal observational study » (2005) 29 *Journal of Pain Symptom Management* 446.
- Obstein, K.L., G.K. Kimsma et T. Chambers. « Practicing euthanasia: the perspective of physicians » (2004) 15:3 *Journal Clinical Ethics* 223.
- Ogden, R.D. « The debreather: a report on euthanasia and suicide assistance using adapted scuba technology » (2010) 34:4 *Death studies* 291.
- Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. « The last phase of life: who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? » (2010) 48:7 *Medical Care* 596.
- Orentlicher, D. « Aging populations and physician aid in dying: The evolution of state government policy » (2014) 48 *Indiana Law Review* 111.
- Parpa, E. et al. « Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide » (2010) 97:2 *Health Policy* 160.
- Pasman, H.R.W., D.L. Willems et B.D. Onwuteaka-Philipsen. « What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians » (2013) 92:3 *Patient Education and Counseling* 313.
- Patterson, C. « A History of Ideas Concerning the Morality of Suicide, Assisted Suicide, and Voluntary Euthanasia » (2005).
- Pearlman, R.A. et al. « Motivations for Physician-assisted Suicide - Patient and Family Voices » (2005) 20:3 *Journal of General Internal Medicine* 234.
- Pereira, J. « Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls » (2011) 18:2 *Current Oncology* e38.
- Plaisted, D. « An undignified side of death with dignity legislation » (2013) 23:3 *Kennedy Institute of Ethics Journal* 201.
- Pousset, G. et al. « Attitudes and practices of physicians regarding physician-assisted dying in minors » (2010) *Archives of Disease in Childhood* 182139.
- Prokopetz, J.J. et L.S. Lehmann. « Redefining physicians' role in assisted dying » (2012) 367:2 *New England Journal of Medicine* 97.
- Quill, T.E. « Physicians should “assist in suicide” when it is appropriate » (2012) 40:1 *The Journal of Law Medicine et Ethics* 57.

- Raus, K., S. Sterckx et F. Mortier. « Is continuous sedation at the end of life an ethically preferable alternative to physician-assisted suicide? » (2011) 11:6 *The American Journal of Bioethics* 32.
- Rietjens, J.A. et al. « Medical end-of-life decisions: does its use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis » (2012) 74:8 *Social Science et Medicine* 1282.
- Robinson, J. « Baxter and the return of physician-assisted suicide » (2010) 40:6 *Hastings Center Report* 15.
- Robson, A. et al. « The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature » (2010) 19:12 *Psychooncology* 1250.
- Rodin, G. et al. « The desire for hastened death in patients with metastatic cancer » (2007) 33:6 *Journal of Pain and Symptom Management* 661.
- Rosenfeld, B. et al. « The Schedule of Attitudes toward Hastened Death Measuring desire for death in terminally ill cancer patients » (2000) 88 *Cancer* 2868.
- Rosenfeld, B. et al. « Desire for Hastened Death among Patients with Advanced AIDS » (2006) 47:6 *Psychosomatics* 504.
- Rosenfeld, B. « Assisted suicide, depression, and the right to die » (2000) 6 *Psychology, Public Policy and Law* 467.
- . « Methodological issues in assisted suicide and euthanasia research » (2000) 6 *Psychol Public Policy Law* 559.
- Rubin, E. « Assisted suicide, morality, and law : Why prohibiting assisted suicide violates the Establishment Clause » (2010) 63 *Vanderbilt Law Review* 761.
- Rurup, M.L. et al. « The reporting of rate of euthanasia and physicians-assisted suicide. A study of the trends » (2008) 46 *Medical Care* 1198.
- Rurup, M.L. et al. « Requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease : An interview study » (2005) 35 *Psychological Medicine* 665.
- Safyan, A.R. « A call for international regulation of the thriving industry of death tourism. » (2010) 33 *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review* 287.
- Scoccia, D. « Physician-assisted suicide, disability, and paternalism » (2010) 36:3 *Social Theory and Practice* 479.
- Shariff, M.J. « A Perfection of Means, and Confusion of Aims : Finding the Essence of Autonomy in Assisted Death Laws » (2011) 31:4 *Health Law in Canada* 81.
- . « Immortal Beloved and Beleaguered : Towards the Integration of the Law on Assisted Death and the Scientific Pursuit of Life Extension » (2010) 31:1 *Health Law in Canada*.
- . « Navigating Assisted Death and End-of-Life Care » (2011) 183:6 *Canadian Medical Association Journal* 643.
- . « Slow down on assisted suicide » (2010) 30:4 *The Lawyers Weekly*.
- . « The dying need proper care before we settle assisted suicide » (2010) 30:13 *The Lawyers Weekly*.
- . « Assisted death and the slippery slope—finding clarity amid advocacy, convergence, and complexity » (2012) 19:3 *Current Oncology* 143.
- Silverman, M.M. « Rational suicide, hastened death, and self-destructive behaviors » (2000) 28 *Journal of Counseling Psychology* 540.

- Siu, W. « Communities of interpretation: euthanasia and assisted suicide debate » (2010) 20:2 *Critical Public Health* 169.
- Sjöstrand, M. et al. « Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique » (2013) 16:2 *Medicine, Health Care and Philosophy* 225.
- Smith, K.A. et al. « Quality of death and dying in patients who request physician-assisted death » (2011) 14:4 *Journal of Palliative Medicine* 445.
- Smith, K.A. et al. « Predictors of pursuit of physician-assisted death. » (2015) 49:3 *Journal of Pain and Symptom Management* 555.
- Spoletini, I. et al. « Suicide and Cancer: Where do we go from here? » (2011) 78:3 *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 206.
- Starks, H. et al. « Family Member Involvement in Hastened Death » (2007) 31 *Death Studies* 105.
- Starks, H. et al. « Why Now? Timing and Circumstances of Hastened Deaths » (2005) 30:3 *Journal of Pain and Symptom Management* 215.
- Steck, N. et al. « Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study » (2014) 43:2 *International Journal of Epidemiology* 614.
- Stevens, K.R. « Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians » (2006) 21:3 *Issues in Law and Medicine* 187.
- Su, A.M. « Physician assisted suicide: Debunking the myths surrounding the elderly, poor and disabled » (2013) 10 *Hastings Race et Poverty Law Journal* 145.
- Sumner, L.W. *Assisted Death – A Study in Ethics and Law*, 1st ed. Oxford, (UK) University Press, 2011.
- Sykes, N. et A. Thorns. « Sedative use in the last week of life and the implications for end of-life decision making » (2003) 163:3 *Archives of Internal Medicine* 341.
- Syme, R. *A Good Death – An argument for voluntary euthanasia*, Melbourne, (Austl) Melbourne University Press, 2008.
- Ten Have, H. et J.V. Welie. « Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment » (2014) 47:1 *Journal of Pain and Symptom Management* 123.
- Tieman, E. et al. « Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer » (2002) 95 *Journal of the Royal Society of Medicine* 386.
- Titterton, V.B., P.M. Rivolta et S. Schraufnagel. « Right-to-die legislation: A note on factors associated with its adoption » (2013) 33:4 *Sociological Spectrum* 358.
- Tomlinson, E. et J. Stott. « Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these » (2015) 30:1 *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10.
- Torjesen, I. « More people opt to use assisted dying laws for great variety of reasons. » *British Medical Journal* 2015; 351.
- Tsou, J.Y. « Depression and suicide are natural kinds: Implications for physician-assisted suicide » (2013) 36:5 *International Journal of Law and Psychiatry* 461.
- Tucker, R.P. et al. « Does the experience of interpersonal predictors of suicidal desire predict positive attitudes toward physician assisted suicide? » (2014) 69:2 *OMEGA-Journal of Death and Dying* 137.
- Turk, T. « On the Moral and Social Implications of Legalized Euthanasia: An Argument for the Moral Permissibility of Euthanasia and an Evaluation of the Leading Moral and

- Social Objections to Legalized Euthanasia in Support of the Continuation of Death with Dignity Initiatives. » (LLM Thesis, Lawrence University 2002) [article non publié].
- Unützer, J. et al. « Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients » (2006) 54 *Journal of the American Geriatric Society* 1550.
- Van Norman, G.A. « Physician aid-in-dying: cautionary words » (2014) 27:2 *Current Opinion in Anesthesiology* 177.
- Varelius, J. « Voluntary euthanasia, physician-assisted suicide, and the right to do wrong » (2013) 25(3) *HEC forum* 229.
- Vizcarrondo, F.E. « Neonatal euthanasia: The Groningen Protocol » (2014) 81:4 *The Linacre Quarterly* 388.
- Wagner, B. et al. « Social acknowledgement as a predictor of post-traumatic stress and complicated grief after witnessing assisted suicide » (2012) 58:4 *International Journal of Social Psychiatry* 381.
- Wasserfallen, J.B., R. Chioléro et F. Stiefel. « Assisted Suicide in an Acute Care Hospital: 18 Months Experience » (2000) 138:15-16 *Swiss Medical Weekly* 239.
- Wilson, K. et al. « Desire for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Palliative Cancer Care » (2007) 26:3 *Health Psychology* 314.
- Wittwer, H. « The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician assisted suicide » (2013) 36:5 *International Journal of Law and Psychiatry* 419.
- Wolf, S.M. « Assessing physician compliance with the rules for euthanasia and assisted suicide » (2005) 165 *Archives in Internal Medicine* 1677.
- Ziegler S.J. et Bosshard G. « Role of non-governmental organizations in physician assisted suicide » (2007) 334 *British Medical Journal*.
- Foley, K. et H. Hendin. *The Case Against Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care*, Baltimore (É.-U) Johns Hopkins University Press, 2002.

DOCUMENTS ET RAPPORTS INTERNATIONAUX, RÉGIONAUX ET GOUVERNEMENTAUX

Canada

- Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, (Ottawa) Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.
- Nicol, J., M. Tiedemann et D. Valiquet, Canada, *Euthanasie et suicide assisté : l'expérience internationale*, (Étude générale), Division des affaires juridiques et sociales, Services d'information et de recherche parlementaires. Publication n° 2011-67-F, Ottawa (Ont.) : Bibliothèque du Parlement, 2013.
- Butler, M. et al. *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, (Étude générale), Division des affaires juridiques et législatives, Service d'information et de recherche parlementaires, Publication n° 2010-68-F, Ottawa (Ont.) : Bibliothèque du Parlement, 2013.
- Canada, Parlement du Canada, Comité parlementaire sur les soins palliatifs et soins de compassion *On ne les oublie pas : repenser la vie avec un handicap au Canada : une approche fonctionnelle et prospective* (23 mars 2015) (coprésidents : Joe Comartin, Harold Albrecht et Frank Valeriotte).

Canada, Parlement du Canada, Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les soins de compassion, *Avec dignité et compassion – Soins destinés aux Canadiens vulnérables* (novembre 2011) (coprésidents : Joe Comartin, Harold Albrecht et Frank Valeriotte).

Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, *Rapport final* (30 novembre 2015) (coprésidents : Jenifer Gibson et Maureen Taylor).

Québec, Assemblée nationale, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, *Mourir dans la dignité*, Document de consultation, (mai 2010).

Québec, Assemblée nationale, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, *Mourir dans la dignité*, Rapport, (mars 2012).

Canada, Sénat du Canada, Sous-comité du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit* (juin 2000) (présidente : l'hon. Sharon Carstairs).

Canada, Sénat du Canada, Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide, *De la vie et de la mort – Rapport final* (juin 1995).

Consultations canadiennes

Canada, Parlement du Canada, Comité spécial sur l'aide médicale à mourir, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient* (février 2016) (les coprésidents : l'hon. Kelvin Kenneth Ogilvie et Robert Oliphant).

Canada, Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*, *Consultations sur l'aide médicale à mourir – Résumé des résultats et des principales constatations - Rapport final* (17 décembre 2015).

Association médicale canadienne, *Approche fondée sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada* (21 janvier 2016).

Association médicale canadienne, *Les soins de fin de vie : un dialogue national – Consultation des membres de l'AMC* (juillet 2014).

Association médicale canadienne, *Les soins de fin de vie : un dialogue national* (10 juin 2014).

Collège des médecins de famille du Canada, *Guide de réflexion sur les enjeux éthiques liés au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire* (septembre 2015).

LÉGISLATION

Canada

PL 52, *Loi concernant les soins de fin de vie*, 1^e sess, 41^e lég, Québec, 2014 (sanctionné le 10 juin 2014), LRQ c S-32.

Lois internationales

É-U

É-U, ORS 127.805, *The Oregon Death with Dignity Act*, 1994 Or, 1994.

É-U, RCW 70.245, *The Washington Death with Dignity Act*, 2008, Wash, 2008.

É-U, S-77, *An Act relating to Patient Choice and Control at End of Life*, 2013-2014 Reg Sess, Vt, 2013.

É-U, SB-128, *End of Life Option Act*, 2015-2016 Re Sess, Cal, 2015.

Belgique

Loi relative à l'euthanasie, MB, 22 juin 2002.

Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, MB, 12 mars 2014.

Luxembourg

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, JO, 16 mars 2009.

Pays-Bas

Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, JO, 1^{er} avril 2002.

Colombie

Résolution 1216 de 2015, DO, 20 avril 2015.

Derniers rapports internationaux

Pays-Bas, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaaverslag 2014*. (en néerlandais).

Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation sur l'euthanasie, *Sixième rapport aux Chambres Législatives*, par W. De Bondt, E. De Groot, M. Englert, J. Herremans, L. Proot et J.-M. Thomas, 2012-2013, (le 24 juin 2014).

Luxembourg, Commission nationale de contrôle et d'évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Deuxième rapport à l'attention de la Chambre de Députés*, 2011-2012.

É-U (Or), Division de la santé publique de l'Oregon, *Oregon's Death with Dignity Act*, 2014.

É-U (Wash), Département de la Santé de l'État de Washington, *Washington State Department of Health 2014 Death with Dignity Act Report*, 2015.

Pays-Bas, NIVEL Netherlands Institute for Health Services Research, *Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands*, 2003.

AUTRES RAPPORTS (ARTICLE D'OPINION, EXAMEN DE LA DOCUMENTATION, EXPOSÉS JURIDIQUES ETC.)

Association canadienne de soins palliatifs, *Cadre national « Aller de l'avant » : feuille de route pour l'intégration de l'approche palliative*, (mars 2015).

KNMG. « The role of the physician in the voluntary termination of life », (2011).

Lewis Penney et Isra Black, « *The effectiveness of legal safeguards in jurisdictions that allow assisted dying* » (2012) Rapport mené par The Commission on Assisted Dying (président: Lord Charles Falconer).

Groupe d'experts de la Société royale du Canada, *Prise de décisions en fin de vie* (novembre 2011).

University of Toronto, Joint Centre for Bioethics, Task Force on Physician Assisted Death. *After Carter v. Canada: Physician Assisted Death in Canada – Report and Recommendations* (décembre 2015).