

# L'AIDE MÉDICALE À MOURIR À LA CROISÉE DES CHEMINS : PERSPECTIVES DE DROIT COMPARÉ À LA SUITE DE L'ARRÊT CARTER

Marie Annik Grégoire \*

---

*Le présent texte vise à présenter, à la lumière du droit comparé, diverses perspectives pouvant être adoptées au Canada suite à la déclaration d'inconstitutionnalité prononcée dans l'arrêt Carter c Canada (Procureur général) quant à l'aide médicale à mourir. Il présente ainsi les solutions adoptées dans plusieurs États américains et pays, de même que la Loi concernant les soins de fin de vie. Il se prononce sur les solutions qui semblent les plus favorables à une protection optimale des patients exprimant le désir de se prévaloir d'une aide médicale à mourir.*

---

*The objective of this article is to present, in light of comparative law, various viewpoints that may be adopted in Canada in the wake of the unconstitutionality ruling in Carter v Canada (Attorney General) concerning physician-assisted dying. It presents the solutions adopted in several countries and American States, as well as the Act Respecting End-of-Life Care. It comments on the solutions that seem the most likely to provide optimal protection for those patients who express the wish to avail themselves of physician-assisted dying.*

---

## Introduction

Le 6 février 2015, dans l'arrêt *Carter c Canada (Procureur général)*<sup>1</sup>, la Cour suprême du Canada a invalidé la prohibition criminelle de l'aide médicale à mourir, renversant du même coup l'arrêt *Rodriguez*<sup>2</sup> qu'elle avait rendu en 1993 sur cette même question. En libérant de toute responsabilité criminelle, en des circonstances exceptionnelles balisées, les personnes participant à une aide médicale à mourir, ce jugement historique constitue une reconnaissance fondamentale de l'autonomie des majeurs

---

\* Marie Annik Grégoire, Professeure, Faculté de droit, Université de Montréal, et avocate. Ce texte est à jour au 15 décembre 2015

<sup>1</sup> 2015 CSC 5, [2015] 1 RCS 331 [*Carter*].

<sup>2</sup> *Rodriguez c Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519 [*Rodriguez*]. Dans cet arrêt, les juges à 5 c 4 avaient maintenu la disposition 241 Ccr, la majorité jugeant que la vie humaine devait être protégée et que l'interdiction prévue à cet article se justifiait par les craintes d'abus et la difficulté à élaborer des garanties adéquates à l'égard des personnes vulnérables.

aptes dans leurs choix intimes et personnels de fin de vie. En ce sens, cette décision s'inscrit dans une tendance amorcée au sein de certains États américains<sup>3</sup> et pays européens<sup>4</sup> qui autorisent, à certaines conditions, une forme d'aide médicale à mourir. Le présent texte vise à mettre en relief toute la portée de cet arrêt en se basant sur l'expérience étrangère en cette matière.

Un tel regard sur l'expérience étrangère nous paraît important. Bien que la Cour suprême dans l'arrêt *Carter* ait fixé des balises strictes – l'exemption criminelle décrétée ne peut s'appliquer que pour une aide à mourir fournie dans un contexte médical, à l'égard d'adultes aptes ne pouvant supporter des souffrances constantes et incurables – plusieurs prophètes de malheur annoncent déjà un grand péril pour les personnes vulnérables. N'hésitant pas à utiliser le terme « extermination », ces augures, qu'il est souvent facile de lier à des groupes religieux<sup>5</sup>, prédisent que les personnes souffrant d'un handicap ainsi que les aînés feront les frais de l'autonomie personnelle ainsi reconnue. Pourtant, la Cour a spécifiquement rejeté de telles allégations en se fondant sur l'expérience des juridictions à travers le monde qui autorisent l'aide médicale à mourir. Tous ces États ont mis en place différentes balises visant à prévenir les dérives et celles-ci protègent effectivement les plus vulnérables. Ce sont ces standards et protocoles que nous étudierons dans le présent texte. Nous serons ainsi à même de déterminer quelles pourront être les solutions adoptées au Canada et au Québec en matière d'aide médicale à mourir et leurs conséquences possibles.

Afin de saisir toute l'importance de l'arrêt *Carter*, nous étudierons les questions qui semblent réglées par cet arrêt (I) de même que celles qui méritent encore une réflexion et pour lesquelles l'éclairage du droit comparé pourra être utile (II). Finalement, sera étudiée la solution adoptée au Québec en matière de soins de fin de vie (III).

---

<sup>3</sup> Montana, Oregon, Washington, Vermont. Une loi a été adoptée en Californie le 5 octobre 2015, mais la date de son entrée en vigueur demeure encore inconnue. Par ailleurs, la Cour suprême du Nouveau-Mexique a entendu, en date du 26 octobre 2015, l'appel d'une décision de la Cour d'appel qui renversait une première décision ayant décriminalisé le suicide médicalement assisté. Le statut du suicide assisté est donc incertain dans ces États en date du 1<sup>er</sup> novembre 2015.

<sup>4</sup> Suisse, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg.

<sup>5</sup> Il est d'ailleurs intéressant de lire la liste des intervenants dans l'affaire *Carter*, pour constater que la majorité d'entre eux étaient des groupes religieux ou affiliés à des groupes religieux.

*I. L'arrêt Carter : l'unanime reconnaissance du droit à la vie, la liberté et la sécurité en matière d'aide médicale à mourir*

*1. La question principale de l'arrêt Carter*

Le *Code criminel* canadien criminalise à l'article 241 b) le fait pour une personne d'aider ou d'encourager une autre à se donner la mort. De même, l'article 14 Ccr prévoit qu'une personne ne peut consentir à ce que la mort lui soit infligée, un tel consentement ne pouvant exclure la responsabilité criminelle de la personne ayant causé la mort. Ces dispositions auraient pour effet d'interdire la prestation d'une aide médicale à mourir, lorsque celle-ci consiste « pour un médecin, de fournir ou d'administrer un médicament qui provoque intentionnellement le décès du patient à la demande de ce dernier »<sup>6</sup>. Par contre, l'administration de médication ou de soins de nature palliative, même susceptible d'accélérer le moment de la mort, ne constitue pas une aide à mourir au sens du *Code criminel*.

L'arrêt *Carter* découle originellement de la demande de Gloria Taylor, une femme atteinte de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), une maladie neurodégénérative, incurable, fatale et entraînant des souffrances inapaisables. Mme Taylor souhaite obtenir une aide médicale au moment où elle en manifesterait le désir pour mettre fin à sa vie. À ce recours, se joignent, le médecin de Mme Taylor, prêt à l'aider si la prohibition est levée, de même que Lee Carter et son mari, Hollis Johnson, deux personnes susceptibles d'être poursuivies en vertu des dispositions du *Code criminel* pour avoir aidé Kay Carter, mère de Lee, à se rendre en Suisse afin de bénéficier d'une aide médicale à mourir. Ensemble, ils demandent à la Cour d'invalider ces dispositions du *Code criminel* afin de dépénaliser l'aide médicale à mourir en vertu de la *Charte des droits et libertés*<sup>7</sup>. Cette demande est acceptée en première instance, mais rejetée en appel par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, cette dernière invoquant la règle des précédents de la common law prévalant en cette matière, suite à l'arrêt *Rodriguez*. Or, malgré ce dernier arrêt relativement contemporain sur la question, la Cour suprême du Canada accepte d'entendre le pourvoi. C'est donc dans un tel contexte que le plus haut tribunal du pays se prononce, une seconde fois en moins de 25 ans, sur la constitutionnalité des dispositions criminelles prohibant de manière absolue toute aide médicale à mourir.

Dans un jugement unanime, signé par la Cour, les magistrats invalident les deux dispositions du *Code criminel* ci-haut mentionnées,

---

<sup>6</sup> *Carter*, *supra* note 1 au para 40.

<sup>7</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c 11 [*Charte*].

lorsqu'elles sont invoquées dans le cadre restrictif d'une aide médicale à mourir prodiguée à un majeur apte, affligé de souffrances inapaisables et consentant lui-même à une telle procédure :

L'alinéa 241b) et l'art. 14 du *Code criminel* portent atteinte de manière injustifiée à l'art. 7 de la *Charte* et sont inopérants dans la mesure où ils prohibent l'aide médicale à mourir à l'égard d'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.<sup>8</sup>

Par cette décision, la Cour considère que la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir constitue une atteinte aux droits d'une personne à la vie, à la liberté et à la sécurité garantis à l'article 7 de la *Charte* d'une manière non conforme aux principes de justice fondamentale. En effet, bien que l'objectif de ces dispositions consistant à protéger les personnes vulnérables de toute forme d'incitation au suicide dans un moment de faiblesse soit un objectif légitime et urgent, la prohibition absolue de toute aide médicale à mourir entraîne une restriction excessive et disproportionnée à l'égard de personnes qui n'entrent pas dans cette catégorisation et qui pourraient bénéficier d'une telle aide afin de soulager leurs souffrances. De même, une telle prohibition ne peut se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique puisque, selon la Cour, et contrairement à ce qui était notamment allégué par plusieurs représentants de groupes religieux, une preuve probante de l'expérience internationale en cette matière démontre qu'il est possible de poser des balises et garanties, dans le cadre d'un régime plus permissif quant à l'aide médicale à mourir, afin de veiller adéquatement à la protection des personnes vulnérables. La prohibition absolue ne constitue donc pas une atteinte minimale aux droits protégés par la *Charte*.

De l'avis de la Cour, un thème revient constamment parmi les dépositions des témoins : tous souffrent d'être privés de la liberté de pouvoir mettre fin paisiblement à leurs jours au moment et dans l'environnement de leur choix<sup>9</sup>. Tous les demandeurs ont témoigné des choix déchirants auxquels la prohibition totale du *Code criminel* à l'égard d'une aide médicale à mourir les confrontent: mettre fin prématurément à leur vie, alors qu'elles ont la capacité de le faire, mais peuvent encore profiter de celle-ci, exposer leurs proches à des poursuites criminelles pour les avoir aidées au moment où elles souhaiteraient mettre fin à leurs jours ou mourir à petit feu dans une agonie prolongée et douloureuse.

---

<sup>8</sup> *Carter*, supra note 1 au para 147.

<sup>9</sup> *Ibid* au para 14.

La Cour considère que ces personnes ne peuvent être qualifiées de personnes vulnérables qui se suicideraient dans un moment de faiblesse. Elles sont aptes et leur décision de mourir est mûrement réfléchie. Libérée des contraintes criminelles, chacune d'elles serait à même de prendre les décisions les plus personnelles et intimes à l'égard de sa fin de vie si elle se situe à l'intérieur des balises strictes dictées par la Cour : majorité, aptitude et souffrances intolérables. La décision de la Cour confirme l'autonomie personnelle dans ce cadre précis.

Par cette décision, la Cour exempte de toutes poursuites criminelles les médecins et équipes médicales qui fourniront une aide médicale à mourir dans le respect des conditions fixées par la Cour suprême, mais aussi les proches de la personne souhaitant bénéficier d'une telle aide qui favoriseraient la mise en place des conditions matérielles, affectives ou sociales pour que puisse se réaliser le souhait librement exprimé. Ainsi, on ne pourra accuser un proche d'avoir contribué à une « aide médicale au suicide » en reconduisant la personne à ses rendez-vous médicaux ou en ayant aménagé un espace de mort paisible selon les volontés de celle-ci. Aucune poursuite criminelle ne pourra être entreprise contre Lee Carter ou son mari pour avoir aidé la mère de cette dernière à bénéficier d'une aide médicale à mourir en Suisse. Ceci dit, pour être protégés, les proches devront respecter l'encadrement prétorien ou législatif régissant l'aide médicale à mourir. Ne pourra être protégée une personne qui fournirait elle-même l'aide sans être médecin ou sans faire partie d'une équipe médicale autorisée à pratiquer une aide médicale à mourir. De même, pourra être accusée une personne qui exercerait des pressions indues, qui influenceraient le consentement libre et éclairé de la personne souffrante, de telles pressions empêchant de fait l'expression d'un consentement valide. L'arrêt ne vise pas à encourager l'incitation au suicide, bien au contraire, puisqu'il s'appuie sur des principes de respect des droits à la vie, la liberté et la sécurité.

Par ailleurs, la Cour suspend sa décision pour 12 mois afin de permettre au Parlement de modifier le *Code criminel* afin de le rendre conforme aux droits protégés par la *Charte*. À défaut pour le législateur d'intervenir, les articles 241b) et 14 Ccr deviendront inopérants le 6 février 2016 et ne pourront engendrer la responsabilité criminelle d'un médecin qui procèdera à une aide médicale à mourir en respectant les conditions fixées par la Cour.

## 2. *Autres questions incidentes traitées par la Cour suprême*

Outre l'inconstitutionnalité des articles 241b) et 14 Ccr, la Cour suprême examine certains arguments ou objections soulevés par plusieurs

intervenants. Nous en avons relevé trois, soit le partage constitutionnel des compétences en matière d'aide médicale à mourir, le droit des médecins à l'objection de conscience et la définition du droit à la vie.

Premièrement, la Cour suprême confirme le pouvoir des provinces de légiférer en matière d'aide médicale à mourir en vertu de leur compétence législative en matière de santé<sup>10</sup>. Elle refuse néanmoins de délimiter spécifiquement les frontières entre les pouvoirs fédéral et provincial sur cette question, sauf pour spécifier que « les deux ordres de gouvernement peuvent valablement légiférer sur des aspects de l'aide médicale à mourir, en fonction du caractère et de l'objet du texte législatif »<sup>11</sup>. À cet effet, nous pensons que les modalités de l'assouplissement de la prohibition criminelle absolue de l'aide médicale à mourir relèvent très certainement du pouvoir fédéral de légiférer en matière criminelle. Par contre, des protocoles provinciaux visant à encadrer la pratique médicale de l'aide à mourir seraient en toute probabilité valides<sup>12</sup> en fonction du partage des compétences prévu à la *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>13</sup>. L'arrimage poreux entre les deux juridictions risque d'entraîner des contestations quant à certaines modalités d'application de protocoles provinciaux, notamment de la part d'opposants à toute forme d'aide médicale à mourir, le moindre doute leur offrant une opportunité de contestations judiciaires<sup>14</sup>. Par exemple, on peut s'interroger sur les formes d'aide que pourront offrir les médecins. On sait qu'il existe deux types d'aide : la fourniture du médicament que le patient s'administre lui-même, acte que l'on qualifie généralement d'assistance médicale au suicide, et l'administration du médicament par le médecin afin de causer la mort du patient (aussi appelée

---

<sup>10</sup> *Ibid* au para 53.

<sup>11</sup> *Ibid*.

<sup>12</sup> D'ailleurs, par analogie, dans un jugement fort divisé, la Cour suprême a invalidé les dispositions 14 à 18 de la *Loi sur la procréation assistée*, LC 2004, c 2, en spécifiant que ces articles, qui encadraient la pratique médicale et notamment les renseignements à transmettre et obtenir des donneurs et receveurs de gamètes, relevaient du pouvoir provincial en matière de santé et de droits civils et ne se justifiaient pas en fonction du pouvoir du fédéral en matière de prohibition criminelle : *Renvoi relatif à la Loi sur la procréation assistée*, 2010 CSC 61, [2010] 3 RCS 457 [*Procréation assistée*]. On peut penser qu'un raisonnement semblable pourra être adopté à l'égard des protocoles médicaux de soins de fin de vie.

<sup>13</sup> (R-U), 30 & 31 Vict, c 3, reproduite dans LRC 1985, appendice II, n° 5.

<sup>14</sup> Tel qu'en fait notamment foi le recours entrepris en 2014 en jugement déclaratoire et en injonction et pour lequel un premier jugement invalidant temporairement certains articles de la *Loi concernant les soins de fin de vie* RLRQ c S-32.0001 a été rendu le 1<sup>er</sup> décembre 2015, *D'Amico c Québec (Procureur général)*, 2015 QCCS 5556, inf par 2015 QCCA 2138.

euthanasie<sup>15</sup> en Europe). La décision de la Cour autorise-t-elle d'office les deux méthodes ? Dans son jugement, la Cour suprême ne définit pas la forme que pourrait prendre l'aide médicale à mourir (entre la simple prescription du médicament, aussi appelée « assistance médicale au suicide » et l'administration de celui-ci). Elle se contente de mentionner que « les appelants emploient l'expression "aide médicale à mourir" pour décrire le fait, pour un médecin, de fournir ou d'administrer un médicament qui provoque intentionnellement le décès du patient à la demande de ce dernier »<sup>16</sup>, sans préciser expressément si elle adhère à une telle définition. Cette discrétion de la Cour s'explique probablement par une certaine déférence à l'égard des acteurs politiques appelés à définir les circonstances et protocoles d'une aide médicale à mourir, mais ne risque-t-elle pas d'entraîner de nouveaux litiges ? Le problème pourra se produire au Québec où la version actuelle de *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>17</sup> n'autorise que l'administration du médicament létal par un médecin et non par le patient lui-même. Cette limitation respecte-t-elle les droits reconnus dans l'arrêt *Carter* en matière d'autonomie et de liberté ? Ceci dit, la déclaration de la Cour réduit néanmoins sensiblement les chances de réussite de tout recours visant à invalider, en invoquant la compétence exclusive du législateur fédéral en matière criminelle, une loi provinciale établissant un protocole en matière d'aide médicale à mourir, tel que celui préalablement entrepris contre la *Loi [québécoise] concernant les soins de fin de vie*.

Deuxièmement, la Cour réitère que la levée de la prohibition criminelle absolue n'a pas pour conséquence d'obliger un médecin à participer à une telle aide. Elle laisse par ailleurs aux instances législatives et règlementaires le choix de se prononcer sur les obligations du personnel médical tout en rappelant qu'à l'instar des décisions relatives à l'avortement, la décision d'un médecin de participer ou non à une demande d'aide à mourir « relève de la conscience et, dans certains cas, de la croyance religieuse »<sup>18</sup>. On peut certainement comprendre des propos de la Cour qu'elle juge qu'une coercition des médecins pourrait vraisemblablement faire l'objet d'une contestation en vertu notamment de l'article 2a) de la *Charte*. Autrement dit, la Cour reconnaît aux médecins une capacité à s'objecter personnellement à pratiquer une aide médicale à mourir. Il sera

---

<sup>15</sup> Il faut noter par ailleurs que pour des raisons constitutionnelles, le législateur québécois a écarté cette appellation pour plutôt utiliser le terme générique « d'aide médicale à mourir ». Or, dans les faits, la *Loi concernant les soins de fin de vie* exige que le médecin administre lui-même le médicament entraînant le décès du patient, art 3(6) et 30 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, *supra* note 14.

<sup>16</sup> *Carter*, *supra* note 1 au para 40.

<sup>17</sup> *Supra* note 14.

<sup>18</sup> *Carter*, *supra* note 1 au para 132.

par ailleurs intéressant de vérifier si une telle capacité d'objection de conscience sera étendue aux personnes morales que constituent les établissements de santé<sup>19</sup> et comment de tels droits conflictuels pourront être résolus en fonction des droits garantis à la *Charte*<sup>20</sup>.

Troisièmement, la Cour définit plus amplement le droit à la vie. Alors que plusieurs intervenants pressaient la Cour d'adopter une conception large qui protégerait la qualité de la vie, la Cour choisit de préserver la définition traditionnelle de ce droit, en spécifiant qu'il a pour fonction de combattre une mesure qui « a directement ou indirectement pour effet d'imposer la mort à une personne ou de l'exposer à un risque accru de mort ». Autrement dit, l'atteinte au droit à la vie se définit en fonction des risques de mort. Il n'y a pas d'atteinte à la vie lorsque la seule qualité de vie est en jeu, sans risque accru de décès. La Cour relie néanmoins les préoccupations liées à la qualité de vie à la liberté et la sécurité aussi garanties à l'article 7 de la *Charte*. La qualité de vie est donc protégée par l'article 7, même si elle n'est pas incluse dans le droit à la vie. Par ailleurs, la Cour refuse de reconnaître dans le droit à la vie une formulation existentielle et absolue qui aurait pour conséquence concrète de transformer le *droit* à la vie en une *obligation* de vivre. C'est ainsi que le caractère sacré de la vie « n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix » et qu'il faut ainsi reconnaître, en certaines circonstances, qu'une personne peut effectuer des choix quant à sa fin de vie, y compris y renoncer par une aide médicale.

En somme, l'arrêt *Carter* est un arrêt majeur qui resitue les pouvoirs, droits et libertés de nombreux intervenants, tant politiques que médicaux.

## *II. Les zones d'ombre laissées par la décision de la Cour suprême : la lumière du droit comparé*

Si la décision de la Cour suprême peut être considérée comme une avancée dans la reconnaissance de la liberté, de l'autonomie et de la dignité des patients à l'égard de décisions aussi personnelles et intimes que celles de fin de vie, plusieurs zones d'ombre nous apparaissent toujours présentes.

---

<sup>19</sup> La *Loi* [québécoise] *concernant les soins de fin de vie*, *supra* note 14, prévoit une telle capacité d'objection pour les maisons de soins palliatifs (art 13) et les centres hospitaliers « de soins généraux et spécialisés et qui, parmi les soins pouvant être offerts dans le cadre de la mission d'un tel centre, n'offrent que des soins palliatifs » (art 72). On peut se demander ce qui justifie de telles entorses aux principes généraux de la loi et se demander si ces exemptions n'ont pas été accordées afin de prévenir une contestation judiciaire basée sur la liberté de conscience et de religion au sens de l'arrêt *R c Big M Drug Mart Ltd*, [1985] 1 RCS 295 à la p 314 [*Big M Drug Mart*].

<sup>20</sup> Voir sur le sujet de la liberté de conscience et de religion, au sens de l'article 2a) de la *Charte*, des personnes morales l'arrêt *Big M Drug Mart Ltd*, *supra* note 19.

Celles-ci interpellent directement la réponse législative qui sera donnée au jugement, notamment quant aux questions relatives aux modalités et à l'accessibilité de l'aide médicale à mourir, aux formalités entourant le processus décisionnel, à la liberté de conscience des intervenants et aux procédures administratives à respecter.

À la lumière du droit comparé en matière d'aide médicale à mourir, nous tenterons d'évaluer les impacts de diverses avenues législatives qui pourraient être entreprises tant par le fédéral que par les provinces. Nous diviserons cette section en fonction des modèles états-uniens (1) ou de certains pays européens (2).

### *1. Le modèle états-unien*

Aux États-Unis, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2015, quatre États permettent l'assistance médicale au suicide : l'Oregon, le Montana, le Vermont et l'État de Washington. Par ailleurs, un débat judiciaire fait rage au Nouveau-Mexique, où la Cour suprême de cet État a entendu, le 26 octobre 2015, une cause visant à rétablir une décision de première instance qui autorisait l'assistance médicale au suicide et qui a été renversée par la Cour d'appel de cet État<sup>21</sup>. Aussi, en date du 5 octobre 2015, l'État de la Californie a adopté une loi autorisant cette forme d'assistance médicale à mourir<sup>22</sup>, mais, pour des raisons politiques, la date de son entrée en vigueur est toujours inconnue<sup>23</sup>.

Partout aux États-Unis, toute forme d'euthanasie est, par ailleurs, formellement interdite. Ainsi, l'aide médicale à mourir ne peut consister pour le médecin qu'à la prescription ou la fourniture d'un médicament létal que le patient devra s'administrer lui-même. En aucun cas, le médecin ne peut le faire pour le patient.

Le fait que seule l'aide au suicide soit autorisée entraîne une conséquence importante : seules les personnes assez autonomes pour pouvoir procéder

---

<sup>21</sup> *Morris v Brandenburg*, 35 478 (N Mex Sup Ct), en appel de 2015-NMCA-100 [*Morris Ct App*].

<sup>22</sup> É-U, AB 15, *An act to add and repeal Part 1.85 (commencing with Section 443) of Division 1 of the Health and Safety Code, relating to end of life*, 2015-16, 2d Extra Sess, Cal, 2015 (promulgué) [*California Act*].

<sup>23</sup> Ayant été adoptée dans une session spéciale, cette loi n'entre en vigueur que 90 jours suivant la fin de ladite session, plutôt que le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant une session régulière. Or, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2015, aucune date de fin n'est envisagée, ce qui provoque de nombreuses critiques, voir notamment, les commentaires du journaliste George Skelton à cet effet, parus dans « 'Right-to-die' act hangs in limbo amid special sessions' inaction », *Los Angeles Times* (19 octobre 2015), en ligne : <<http://www.latimes.com/local/politics/la-me-cap-special-session-20151019-column.html>>.

elles-mêmes à l'administration du médicament léthal peuvent bénéficier d'une aide médicale à mourir. Conséquemment, le patient doit démontrer une capacité à la fois mentale et physique.

Ceci dit, il est peu probable que la décision *Carter* soit interprétée aussi restrictivement. À la lecture de la décision, il est raisonnable de penser qu'une telle contrainte de capacité physique pour accéder à une forme d'aide médicale à mourir pourrait être interprétée comme étant excessive à l'égard des personnes handicapées physiquement. La Cour pourrait juger qu'une telle interprétation des exigences d'accès à une aide médicale à mourir risquerait de causer la mort prématurée de personnes qui devraient s'administrer le médicament léthal avant de n'être plus en état de le faire. En ce sens, à l'instar de l'arrêt *Carter*, une telle restriction constituerait une atteinte au droit à la vie garanti par l'article 7 de la *Charte*.

Malgré tout, ce questionnement sur la définition de l'aide médicale entraîné par le positionnement juridique états-unien n'est pas anodin. Nous avons déjà mentionné que la Cour n'a pas officiellement entériné une forme ou une autre d'aide médicale à mourir, se contentant de référer à la définition adoptée par les demandeurs du pourvoi. Ainsi, en cas de silence de la part du législateur, doit-on privilégier une forme particulière d'assistance médicale causant le décès ? Nous sommes d'avis que, même si elle refuse de s'aventurer sur le chemin sinueux de l'article 15 de la *Charte*, la Cour suprême a tout de même consacré une certaine forme d'égalité de traitement dans l'aide médicale à mourir, notamment par son analyse de la notion de justice fondamentale de l'article 7 de la *Charte*. On peut en effet croire que les droits à la liberté et à la sécurité d'une personne handicapée physiquement, mais néanmoins apte mentalement, seraient compromis d'une manière excessive et déraisonnable en ce que « la réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordiale pour sa dignité et son autonomie »<sup>24</sup> et qu'une restriction à ces droits, basée sur une simple incapacité physique à s'administrer le médicament, serait considérée comme n'ayant aucun lien avec l'objectif de protéger les personnes vulnérables dans un moment de faiblesse<sup>25</sup>. Nous croyons qu'implicitement la Cour a avalisé une définition large de la notion d'aide médicale à mourir. Tout majeur apte souffrant de manière intolérable devrait pouvoir s'en prévaloir peu importe sa capacité physique.

C'est pourquoi nous pensons que si le législateur fédéral décide de légiférer pour définir l'aide médicale, il ne pourra pas adopter une définition qui ne décriminaliserait que l'assistance médicale au suicide, ou

---

<sup>24</sup> *Carter*, *supra* note 1 au para 66.

<sup>25</sup> *Ibid* au para 86.

autrement dit, la simple prescription du médicament pour une auto-administration par le patient, sous peine de voir, encore une fois, sa disposition législative invalidée. Il nous apparaît qu'une éventuelle loi encadrant l'aide médicale à mourir doit s'éloigner de la solution adoptée dans les États américains autorisant strictement l'assistance au suicide par un médecin.

Parmi les quatre États qui autorisent l'aide médicale au suicide, les États de Washington, de l'Oregon et du Vermont le font en vertu d'une loi établissant des protocoles à respecter, tandis que dans le cas du Montana, la décriminalisation découle strictement d'une décision judiciaire. Cette différence de sources permet d'étudier les différences de pratiques entre les juridictions bénéficiant de protocoles législatifs et celle dont l'aide médicale ne découle que de la simple décriminalisation.

#### *a. L'aide médicale autorisée par une décision judiciaire*

Il est possible que les divers ordres de gouvernement, et plus particulièrement le fédéral, à l'instar de l'avortement, choisissent de ne pas intervenir et laisser la déclaration d'inconstitutionnalité prendre son effet avec pour seuls paramètres ceux fixés par la Cour suprême. Une telle solution nuira-t-elle aux objectifs du jugement, à l'effet de protéger les personnes vulnérables contre une mort non consentie tout en offrant aux adultes aptes qui souffrent de manière intolérable de choisir leur mort en toute dignité et liberté ?

On peut raisonnablement croire qu'une telle solution aboutirait à une situation semblable à celle qui prévaut dans l'État du Montana et éventuellement au Nouveau-Mexique<sup>26</sup>. Même si le sort de l'assistance médicale au suicide fait toujours l'objet d'un débat judiciaire au Nouveau-Mexique, suite à deux appels consécutifs, nous baserons notre analyse sur la décision de première instance qui a autorisé cette aide médicale. En se basant sur un très fort postulat d'autonomie individuelle, les tribunaux de ces deux États ont décriminalisé l'assistance médicale au suicide. De manière semblable à l'arrêt *Carter*, des balises ont été fixées par les décisions judiciaires, et un médecin qui fournit à son patient, dans le cadre précis de celles-ci, un médicament létal que le patient pourra prendre lui-même au moment qui lui convient, sera à l'abri de poursuites pénales. Ces conditions, communes aux deux États, sont les suivantes : l'assistance médicale au suicide est autorisée aux majeurs aptes, résidents de l'État, en

---

<sup>26</sup> *Baxter v Montana*, 2009 MT 449, 354 Mont 234 (2009); *Morris v Brandenburg* (13 janvier 2014), D-202-CV 2012-02909 (N Mex 2d Jud Dist Ct), renversé en appel par *Morris Ct App*, *supra* note 21. Par ailleurs, la Supreme Court of New Mexico a entendu le pourvoi le 26 octobre 2015.

situation de fin de vie suite à une condition médicale terminale et incurable (« terminally-ill patients »). Les tribunaux n'ont par ailleurs imposé aucune forme de contrôle, que cela soit par consultation obligatoire d'un autre médecin, de l'équipe médicale ou par une déclaration obligatoire à un organisme indépendant.

À notre avis, la solution de la seule décriminalisation n'est pas idéale : en l'absence d'un environnement structurant, une lourde responsabilité repose sur le médecin traitant. De même, l'absence de protocoles législatifs a pour conséquence l'inexistence d'un registre officiel et public des prescriptions fournies. Cela rend le suivi et le contrôle plus difficile et potentiellement moins efficace pour les droits des personnes vulnérables et pour la transparence du processus. Finalement, l'absence de balises législatives nuit à l'organisation des conséquences civiles d'une aide médicale au suicide : quels sont les effets civils de celles-ci, notamment quant aux prestations d'assurance-vie ?

Ainsi, il nous apparaît préférable de baliser l'aide médicale à mourir par voie législative. Néanmoins, même en l'absence de celle-ci, nous pouvons penser que l'exigence d'un consentement clairement exprimé par le patient dans le cadre d'une relation médecin-patient constitue un pare-feu suffisant pour assurer qu'aucune personne ne soit tuée sans son consentement et à d'autres fins que celles de soulager ses souffrances incurables. Cette condition de consentement qui ne peut être exclusivement donné que par la personne elle-même est la seule qui soit absolument essentielle et fondamentale pour éviter les dérapages. Or, quelle que soit la source, judiciaire ou législative, à l'origine de l'autorisation d'une forme d'aide médicale à mourir, pas une seule juridiction n'a fait fi de cette condition.

#### *b. L'aide médicale autorisée par balises législatives*

En date du 1<sup>er</sup> juillet 2015, trois États américains ont légiféré pour circonscrire l'aide médicale à mourir. En 1995, l'État de l'Oregon a adopté *The Oregon Death with Dignity Act*<sup>27</sup>. Cette loi-modèle a été par la suite reprise dans son essentiel par les États de Washington<sup>28</sup> (2009), du Vermont<sup>29</sup> (2013) et de la Californie (2015)<sup>30</sup>. La loi californienne n'étant

---

<sup>27</sup> Or Rev Stat c 127 [*Oregon Act*].

<sup>28</sup> *The Washington Death with Dignity Act*, RCW tit 70 c 70.245 [*Washington Act*].

<sup>29</sup> *An Act relating to patient choice and control at end of life*, 18 VSA c 113 [*Vermont Act*].

<sup>30</sup> *California Act*, supra note 22. Cette loi entrera en vigueur 90 jours suivant la fin de la session spéciale dans laquelle elle a été édictée. En date du 1<sup>er</sup> novembre 2015, aucune date de fin n'était encore prévue.

pas en vigueur en date de la rédaction de ces lignes, nous décrivons plus amplement le processus prévus par les 3 autres lois.

Les lois des États de Washington, du Vermont et de l'Oregon décrivent le cadre processuel par lequel un adulte, résident de l'État concerné, apte et en phase terminale d'une maladie, peut obtenir de son médecin la prescription d'un médicament afin de mettre un terme à sa vie d'une manière humaine et digne<sup>31</sup>, les trois lois interdisant toujours l'administration directe dudit médicament par le médecin<sup>32</sup>. Le régime prévu est très formaliste, bien qu'un certain assouplissement soit prévu pour le Vermont en juillet 2016 selon les termes de la loi<sup>33</sup>. Dans les trois cas, la prescription résulte d'une demande écrite, signée par deux témoins<sup>34</sup> à l'effet qu'à leur connaissance la personne est apte et exprime sa volonté propre sans forme de coercition<sup>35</sup>. Cette demande doit être accompagnée de deux demandes verbales, espacées d'au moins 15 jours<sup>36</sup>. À chaque nouvelle demande, de même qu'au moment où il prépare la prescription,

---

<sup>31</sup> Traduction libre de « to obtain a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner » (art 127.800 §1.01 *Oregon Act*). Voir par ailleurs pour les conditions d'accès à l'aide médicale des deux autres États: *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.020 et *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283.

<sup>32</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.880 §3.14; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5292; *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.180.

<sup>33</sup> Selon les dispositions transitoires du *Vermont Act*, *supra* note 29, les formalités proposées à l'article 5283 seront abrogées le 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour être remplacées par des dispositions plus souples basées sur la seule relation de confiance patient (en phase terminale)-médecin. Les formalités liées au nombre de demandes, au délai à respecter entre chacune d'elles, de même que la consultation obligatoire d'un collègue seront abolies : art 5289, 5290, 5292(3)a).

<sup>34</sup> Le Vermont exige que ces témoins ne soient pas des « personnes intéressées » (*Vermont Act*, *supra* note 29 art 5283(4)), tandis que l'Oregon et l'État de Washington prévoient plutôt qu'au moins une de ces personnes ne doit pas être un membre de la famille, un futur héritier ou une personne liée (propriétaire, administrateur ou employé) au centre de soins de santé où est traité le patient. Le médecin traitant ne peut jamais agir comme témoin. Par contre, lorsque la personne habite dans un centre de soins de longue durée, un des témoins doit être une personne désignée par ce centre parmi les personnes autorisées par le département de santé de l'État concerné. Voir *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.030 et *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.810 §2.02.

<sup>35</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.810 §2.02; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(4) (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.030.

<sup>36</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.840 §3.06, 127.850 §3.08; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283 (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.090.

le médecin doit offrir au patient la possibilité de renoncer à celle-ci<sup>37</sup>. On comprend donc que le patient doit être apte jusqu'à la toute fin du processus. Aussi, le médecin doit discuter avec son patient et l'informer de son diagnostic, de son pronostic, des conséquences létales du médicament réclamé et des alternatives de traitement<sup>38</sup>. Il doit obligatoirement consulter un collègue qui aura pour tâche de confirmer le diagnostic, ainsi que la capacité et la volonté libre et éclairée du patient<sup>39</sup>. Si le médecin traitant ou celui consulté ont un doute quant à une altération possible du jugement du patient suite à une dépression ou une autre maladie, ils doivent référer le patient à un psychiatre ou un psychologue qui déterminera si la personne est ainsi atteinte<sup>40</sup>. Le médecin qui prépare la prescription doit par la suite transmettre toutes les informations requises à l'instance gouvernementale désignée par la loi<sup>41</sup> et celle-ci est tenue de s'assurer que toutes les formalités de la procédure ont été respectées. De plus, elle prépare un rapport annuel pour des fins d'information du public. Lorsque les conditions prévues par la loi sont respectées, le médecin ayant accepté de procéder est à l'abri d'un quelconque recours civil ou pénal<sup>42</sup>. De même, le patient qui procédera à l'absorption du médicament ne pourra être pénalisé contractuellement, notamment quant à l'exécution des assurances-vie. Les lois sont très claires à l'effet que toute disposition contraire est invalide<sup>43</sup>.

On constate donc que les États américains qui acceptent l'aide médicale à mourir ont tous rejeté l'euthanasie et exigent du patient qu'il s'administre la médication. Dans la mesure où de telles formalités existent

---

<sup>37</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.840 §3.06-127.845 §3.07; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(3), (10)-(11) (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.090-70.245.100.

<sup>38</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.815 §3.01; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(6) (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.040.

<sup>39</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.820 §3.02; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(7) (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.050.

<sup>40</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.825 §3.03; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(8) (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.060.

<sup>41</sup> Department of Human Services: *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.825 §3.03; Department of Health: *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(15) (article à être abrogé le 1<sup>er</sup> juillet 2016); Department of Health: *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.150.

<sup>42</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.885 §4.01; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5283(a) [avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016], 5290 [après le 1<sup>er</sup> juillet 2016]; *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.190(1)a).

<sup>43</sup> *Oregon Act*, *supra* note 27, art 127.870§3.12-127.875 §3.13; *Vermont Act*, *supra* note 29, art 5287; *Washington Act*, *supra* note 28, art 70.245.150, 70.245.170.

et qu'un suivi est assuré, nous avouons avoir de la difficulté à comprendre ce qui sous-tend l'interdiction d'aide médicale administrée par le médecin plutôt que par le patient lui-même dans ce pays. Par ailleurs, les États ayant légiféré sur la question se distinguent de ceux dont l'autorisation découle d'une décision judiciaire, en ce que des formalités précises doivent être respectées, que le processus se caractérise par une certaine publicité et transparence et que les conséquences civiles pour l'ensemble des intervenants et proches du patient ont été prévues.

## 2. *Les balises européennes*

En Europe, quatre pays permettent une forme ou l'autre d'aide à mourir : la Suisse (a) et les trois pays du Benelux, soit la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg (b).

### a. *La Suisse*

La Suisse a opté pour une décriminalisation de l'assistance au suicide lorsqu'elle s'accomplit dans un but altruiste<sup>44</sup>. Le *Code pénal suisse* ne prévoit aucune autre condition pour offrir une telle aide si bien qu'une forme de tourisme d'assistance à mourir, dont s'est d'ailleurs prévalu Kay Carter, s'est développée dans ce pays. L'aide offerte n'est pas médicale au sens strict du terme, puisqu'elle ne se pratique pas en hôpital ou en cabinet, et plusieurs organismes visant à offrir un suicide dit accompagné se sont développés en Suisse. On compte présentement cinq organismes d'assistance au suicide dans ce pays<sup>45</sup>. Chaque organisme établit lui-même ses règles de fonctionnement<sup>46</sup>, si bien que trois d'entre eux acceptent des

---

<sup>44</sup> L'article 115 du *Code pénal suisse* se lit ainsi : « Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »

<sup>45</sup> Ces 5 organismes sont : Exit Suisse alémanique, Exit Suisse romande, DIGNITAS, Ex International, Lifecircle. Source : Chantal Britt, « Le problème du suicide assisté est "très exagéré" », *Swissinfo.ch* (le 10 septembre 2014), en ligne : Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) <<http://www.admd.net/international/la-suisse.html>> et *Swissinfo.ch* <[http://www.swissinfo.ch/fre/soins-palliatifs\\_le-probleme-du-suicide-assiste-est-très-exagéré-/40582678](http://www.swissinfo.ch/fre/soins-palliatifs_le-probleme-du-suicide-assiste-est-très-exagéré-/40582678)>.

<sup>46</sup> Par exemple Exit Suisse romande exige que la personne soit membre de l'association pendant au moins quelques mois (ce qui implique le paiement d'une cotisation), qu'elle soit douée de discernement, qu'elle effectue sa demande par écrit ou par acte notarié, que cette demande soit accompagnée du dossier médical et que sa condition médicale se caractérise d'une des manières suivantes : soit être atteint d'une maladie incurable ou d'une invalidité importante ou avoir des souffrances intolérables, soit être atteint de polyopathologies invalidantes liées à l'âge. L'aide à mourir est par

ressortissants étrangers<sup>47</sup>. Tous s'appuient par ailleurs sur des médecins pour évaluer les demandes des patients et fournir concrètement l'aide au suicide.

Si l'assistance au suicide est autorisée à certaines conditions en Suisse, l'administration par une tierce personne d'un médicament ou toute autre forme d'euthanasie demeure interdite, en ce qu'elle constitue un homicide au sens de la loi suisse. Cela implique encore une fois que la personne qui souhaite mettre fin à ses jours soit en mesure de le faire, de manière totalement autonome ou de manière mécaniquement assistée (à l'aide d'une pompe actionnée par un léger mouvement de la tête par exemple). Il est donc impossible pour une personne totalement paralysée de bénéficier d'une assistance à mourir en Suisse.

Finalement, l'expérience suisse permet de s'interroger sur l'assistance pouvant être offerte à des personnes qui ne résident pas dans ce pays. L'exemption prévue par la Cour suprême ne restreint aucunement sa conclusion d'inconstitutionnalité des articles 241b) et 14 Ccr aux seuls citoyens canadiens. L'invalidation des dispositions criminelles dans les balises fixées par la Cour suprême sans autre intervention des législateurs fédéral ou provinciaux pourraient possiblement permettre à des non-citoyens de se prévaloir d'une aide médicale à mourir<sup>48</sup>. Naturellement, l'aide médicale à mourir étant conçue comme l'aboutissement d'un lien de confiance entre un médecin et son patient, on peut penser que cette option serait, concrètement, assez restreinte. Cependant, certains médecins pourraient, à des fins lucratives ou même altruistes, être tentés de concevoir ce lien dans une perspective plus large, sans qu'un véritable lien thérapeutique profond puisse réellement exister.

---

ailleurs offerte gratuitement pour les membres. Voir en ligne : Association pour le droit de mourir dans la dignité, <<http://www.exit-geneve.ch/conditions.htm>>.

<sup>47</sup> Soit les organismes DIGNITAS, Ex International et Lifecircle.

Voir DIGNITAS, *Le fonctionnement de DIGNITAS : Sur quels principes philosophiques repose l'activité de cette organisation ?*, 3<sup>e</sup> éd, mai 2014, en ligne :

<[http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23&Itemid=84&lang=fr](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=84&lang=fr)>; Lifecircle, *L'association lifecircle : Promouvoir et soutenir la qualité de vie*, en ligne : <<http://www.lifecircle.ch/?l=fr>>. Nous n'avons malheureusement trouvé aucun site en français ou anglais pour l'organisme Ex International.

<sup>48</sup> Il est établi depuis longtemps que la *Charte* protège les droits de non-citoyens sur le territoire canadien : voir notamment l'arrêt *Singh c Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*, [1985] 1 RCS 177.

*b. Les pays du Benelux*

La Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas permettent l'aide médicale à mourir, y compris l'euthanasie<sup>49</sup>, dans le cadre bien précis d'une relation de confiance mutuelle entre un patient et son médecin traitant<sup>50</sup>. Si des différences existent entre les pays, notamment quant à l'âge des personnes admissibles, le système adopté par ces trois pays est essentiellement le même.

Dans ces trois pays, une euthanasie ou une assistance au suicide peuvent être pratiquées par un médecin à l'égard d'un patient qui en fait expressément la demande de manière volontaire alors qu'il n'existe pas d'autres alternatives valables aux yeux de ce patient et de son médecin pour lui procurer un soulagement de ses souffrances physiques ou psychologiques<sup>51</sup> intolérables dans le cadre d'une situation médicale sans issue et sans perspective d'amélioration<sup>52</sup>. En aucun cas, il n'est nécessaire que l'affection dont souffre le patient entraîne la mort à brève échéance. Il suffit qu'elle soit incurable. En toutes circonstances, le médecin traitant doit avoir discuté de la situation médicale avec son patient, des alternatives de traitement, notamment des soins palliatifs disponibles, et avoir la conviction sincère que la demande du patient est libre, volontaire et réfléchie<sup>53</sup>. Le médecin traitant doit aussi avoir consulté un collègue

---

<sup>49</sup> Nous rappelons que l'euthanasie se distingue de l'assistance au suicide en ce que l'administration du médicament létal est effectuée par le médecin plutôt que par le patient. Pour être valide, toute euthanasie implique le consentement du patient lui-même, à l'exclusion de tout consentement substitué.

<sup>50</sup> Les Pays-Bas exigent que l'aide médicale à mourir se fasse dans un contexte de « due medical care and attention », ce qui nécessite, selon l'interprétation qui est faite de ce critère, un lien thérapeutique entre le médecin et son patient : *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, 12 avril 2001, Pays-Bas, art 2(1)f) [Loi néerlandaise]. La Belgique et le Luxembourg exigent plusieurs entretiens, espacés dans le temps, entre le médecin et son patient : voir pour la Belgique : la *Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, Moniteur belge, 22 juin 2002, 28515, art 3§2 al 2 [Loi belge] et pour le Luxembourg, la *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*, JO Lux, 16 mars 2009, 615, art 2(2) al 2 [Loi luxembourgeoise].

<sup>51</sup> Il faut noter par ailleurs qu'en Belgique, seules les souffrances physiques constantes et insupportables donnent ouverture à l'euthanasie d'un mineur. Les souffrances psychologiques ne le permettent pas. Aussi, contrairement au majeur, dont la condition médicale doit être sans issue, mais sans nécessairement entraîner la mort à brève échéance, l'euthanasie du mineur ne peut se faire que dans de telles circonstances : art 3§1 de la Loi belge, *supra* note 50.

<sup>52</sup> *Ibid*; Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(1)b), d); Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 2(1) al 3.

<sup>53</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 3; Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(1); Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 2.

indépendant<sup>54</sup> qui arrive aux mêmes conclusions quant à la situation irrémédiable du patient et au caractère libre et éclairé de son consentement<sup>55</sup>. La Belgique exige même la consultation d'un second médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie, dans le cas où le médecin traitant est d'avis qu'il dispose du temps nécessaire pour effectuer une telle consultation, c'est-à-dire que le décès du patient ne se produira vraisemblablement pas à brève échéance<sup>56</sup>. En certaines situations, l'équipe médicale en contacts réguliers avec le patient sera aussi consultée<sup>57</sup>. La Belgique et le Luxembourg exigent aussi que la demande du patient ait été formulée par écrit<sup>58</sup>.

Nous le constate aisément, l'aide médicale à mourir dans ces pays ne résulte pas de la décision d'un seul médecin. Cet encadrement permet d'autant d'éviter que des personnes vulnérables soient tuées sans leur consentement explicite et d'écartier ainsi tous les arguments dits de la « pente glissante »<sup>59</sup>, arguments alléguant qu'une autorisation d'aide médicale à mourir conduit inévitablement à une « extermination » des personnes vulnérables.

Ces trois pays ont de même instauré un système de contrôle *a posteriori* par le biais d'une commission chargée d'examiner tous les cas d'euthanasies pratiquées et de faire rapport au public des interventions effectuées<sup>60</sup>. Ainsi, le médecin traitant doit rapporter toute aide à mourir prodiguée. La commission s'assure que toutes les conditions préalables ont bien été respectées et peut dénoncer criminellement un médecin dans le cas opposé.

---

<sup>54</sup> C'est-à-dire un médecin qui n'a pas de lien avec le médecin traitant ou avec le patient.

<sup>55</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 3§2 al 3; Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(1)e); Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 2(2) al 3.

<sup>56</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 3§3.

<sup>57</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 3§2 al 4; Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 2(2) al 4.

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> Telle est d'ailleurs la conclusion de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter*, *supra* note 1 aux para 104-117, où la Cour examine toutes les conclusions de la juge de première instance à cet effet et conclut de la manière suivante : « [117] Se fondant sur l'examen qu'elle a fait des divers régimes et de leur fonctionnement, la juge de première instance a conclu qu'il est possible d'établir un régime qui tient compte des risques associés à l'aide médicale à mourir. Nous sommes d'accord avec elle pour dire qu'un système de garanties soigneusement conçu et surveillé peut limiter les risques associés à l'aide médicale à mourir. »

<sup>60</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 5-9; Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 3-17; Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 5-9.

Contrairement à la situation qui prévaut en Amérique du Nord, il n'est pas nécessaire que le patient soit toujours apte et conscient au moment où lui est prodiguée l'aide médicale à mourir. En effet, ces trois pays reconnaissent qu'un patient peut prévoir par écrit et de manière anticipée les circonstances précises dans lesquelles il voudrait recevoir une euthanasie<sup>61</sup>. De telles directives sont reconnues comme un consentement valide en présence des circonstances décrites au document. Ainsi, un patient inapte, mais souffrant de manière inapaisable, pourra bénéficier d'une euthanasie s'il a pris soin de le prévoir dans des directives anticipées alors qu'il était apte. La Belgique et le Luxembourg prévoient d'ailleurs un registre où peuvent être versées de telles directives<sup>62</sup>. Dans ces deux pays, les directives doivent être renouvelées tous les cinq ans afin de s'assurer qu'elles représentent toujours la volonté claire, libre et éclairée du patient<sup>63</sup>.

Finalement, dans ces trois pays, aucun médecin n'est obligé de pratiquer une euthanasie, ni même de référer le patient à un collègue en cas de refus. Ce dernier point a d'ailleurs fait l'objet de vives discussions en Belgique, suite à une proposition d'obliger une telle référence. Ainsi, tout au plus, la Loi belge et la Loi luxembourgeoise prévoient que le médecin ne peut refuser de transférer, à la demande du patient qui souhaite bénéficier d'une aide médicale à mourir, le dossier à un nouveau médecin<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> L'article 4 (1) de la Loi luxembourgeoise nous apparaît bien circonscrire les exigences d'utilisation et de rédaction des dispositions de fin de vie, qui pourraient inspirer le Québec s'il décide de modifier sa *Loi concernant les soins de fin de vie*, *supra* note 14, pour y inclure la possibilité de formuler des directives anticipées :

Toute personne majeure et capable peut, pour les cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit dans des dispositions de fin de vie les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire subir une euthanasie si le médecin constate :

- qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'elle est inconsciente,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Les dispositions de fin de vie peuvent comprendre par ailleurs un volet spécifique où le déclarant fixe les dispositions à prendre quant au mode de sépulture et à la cérémonie de ses funérailles.

[...]

Voir aussi sur la reconnaissance des directives anticipées formulées par écrit : Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(2) (dispositions s'appliquant pour les personnes de 16 ans et plus aptes au moment de la rédaction de leurs volontés) et Loi belge, *supra* note 50, art 4 §1.

<sup>62</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 4 4§1 et Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 4(2).

<sup>63</sup> *Ibid.*

<sup>64</sup> Loi belge, *supra* note 50, art 14; Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 15.

Ainsi, on constate que, dans leur ensemble, les pays du Benelux ont adopté un régime d'assistance médicale au décès assez semblable prônant autonomie, confiance et concertation du corps médical. Dans tous les régimes, la demande doit être effectuée par la personne elle-même soit directement, soit par le biais de directives anticipées. En aucun cas, la demande ne peut être effectuée par un tiers. Par contre, il existe entre ces régimes des distinctions importantes quant à l'âge des personnes admissibles. Le Luxembourg exige que la personne soit majeure<sup>65</sup>. Les Pays-Bas permettent l'aide médicale à mourir à partir de l'âge de 12 ans, lorsque le mineur qui effectue la demande est considéré avoir le discernement nécessaire<sup>66</sup>. La loi exige aussi le consentement de l'autorité parentale lorsqu'il est âgé de moins de 16 ans<sup>67</sup>. Dans le cas d'une demande effectuée par un adolescent de 16 ou 17 ans, on ne fait qu'exiger que les parents soient consultés, sans par ailleurs exiger leur consentement<sup>68</sup>.

Le régime belge est plus complexe en ce qui concerne l'aide médicale à mourir à l'égard des mineurs puisqu'il résulte d'une série de compromis ayant pour origine des tensions sociales entre des groupes en faveur du libre choix en matière d'aide médicale à mourir et les opposants à celle-ci<sup>69</sup>. Il faut par ailleurs noter que la Cour constitutionnelle belge a rejeté un recours en annulation de la loi entrepris par des opposants à son extension aux personnes mineures<sup>70</sup>. Ainsi, en Belgique, les conditions explicitées ci-haut donnant ouverture à une aide médicale à mourir s'appliquent aux personnes majeures ou aux mineurs émancipés. En ce qui concerne les mineurs non émancipés, contrairement aux Pays-Bas, la Belgique ne fixe aucune limite d'âge, mais exige que ce mineur soit doté de la capacité de discernement. Ceci dit, deux conditions lui rendent l'aide médicale à mourir moins accessible qu'à une personne majeure ou à un mineur émancipé. Ainsi, contrairement à la personne majeure, ce mineur doit être dans une situation grave et incurable entraînant son décès à brève échéance. De même, il ne peut se plaindre que de douleurs physiques inapaisables, les seules douleurs psychologiques étant insuffisantes. On constate bien qu'en Belgique, l'ouverture à l'aide médicale à mourir pour un mineur est, par ses conditions différentes, plus restreinte que pour la population majeure.

---

<sup>65</sup> Loi luxembourgeoise, *supra* note 50, art 2(1) al 1.

<sup>66</sup> Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(2)-(4).

<sup>67</sup> Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(4).

<sup>68</sup> Loi néerlandaise, *supra* note 50, art 2(3).

<sup>69</sup> Cette possibilité offerte aux mineurs n'est en vigueur que depuis mars 2014 et a notamment fait l'objet de nombreuses critiques virulentes de la part de plusieurs personnes ou groupes religieux ou associés à ceux-ci.

<sup>70</sup> Cour constitutionnelle, 29 octobre 2015, 153/2015 (Belgique).

### *Conclusion sur les balises législatives*

À notre avis, il y a de multiples avantages à poser des balises législatives à l'aide médicale à mourir. De telles balises proposent un encadrement du patient qui, non seulement semble le protéger plus adéquatement, la décision étant discutée et réfléchie, notamment avec plusieurs médecins, l'équipe soignante et les proches de la personne, mais favorise probablement un meilleur support à celle-ci par une plus grande implication de divers intervenants. Nous pensons aussi que, dans un tel contexte, les balises posées protègent mieux les médecins qui acceptent de prodiguer une aide médicale à leur patient. N'ayant pas à supporter seul le fardeau décisionnel, nous pensons que ces médecins y trouvent un certain réconfort. En ce sens, nous croyons que les protocoles précis d'administration d'aide médicale à mourir sont préférables à la simple décriminalisation de l'acte en certaines circonstances. D'ailleurs, il est intéressant de noter que les organismes ou établissements qui pratiquent une forme d'aide médicale à mourir sans balises législatives précises se sont le plus souvent dotés de protocoles internes. À notre avis, plus les conditions sont claires, plus l'aide prodiguée se fera dans un contexte de grande transparence, d'éthique et de confiance. Il nous apparaît qu'un tel contexte ne peut être que bénéfique pour tous.

En date du 1<sup>er</sup> novembre 2015, au Canada, seul le Québec s'est doté d'une législation établissant les paramètres de l'aide médicale à mourir. Bien qu'elle s'inspire clairement de la législation des pays du Benelux, les conditions prévues par la *Loi concernant les soins de fin de vie* québécoise diffèrent de celles-ci en plusieurs aspects. Dans la prochaine section, nous examinerons les conditions prévues par cette loi et analyserons comment elles peuvent, à la lumière du droit comparé, être considérées perfectibles.

### *III. Les balises québécoises*

La *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>71</sup> encadre bien les demandes d'aide médicale à mourir que pourront effectuer les Québécois. Ainsi, les conditions courantes d'une demande écrite, libre, éclairée et réitérée sont expressément prévues. Comme dans toutes les autres juridictions qui autorisent l'aide médicale à mourir, le consentement en cette matière ne pourra jamais être substitué et seule la personne qui bénéficiera de cette aide est autorisée à consentir à celle-ci. De même, l'obligation de consultation d'un second médecin et de l'équipe soignante ainsi que la déclaration obligatoire de l'aide fournie par le médecin sont reprises dans la loi québécoise<sup>72</sup>.

---

<sup>71</sup> *Loi concernant les soins de fin de vie*, supra note 14 [Loi québécoise].

<sup>72</sup> *Ibid*, art 29.

Par ailleurs, la Loi québécoise se distingue de plusieurs autres lois en la matière par quatre éléments. Le premier point concerne les personnes pouvant avoir accès à une telle aide. Pour pouvoir bénéficier d'une aide médicale à mourir, la personne qui fait la demande doit respecter les conditions suivantes<sup>73</sup> :

- 1) être majeure, apte et résider au Québec;
- 2) être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 3) éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et ne pouvant être apaisées convenablement;
- 4) souffrir d'une situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 5) être en situation de fin de vie.

Si les premières conditions sont assez similaires à celles contenues dans la législation des pays du Benelux, la dernière condition d'être en situation de fin de vie s'en démarque<sup>74</sup>. Celle-ci fait en sorte qu'une personne très souffrante, mais dont l'affection ne compromet pas son espérance de vie à plus ou moins brève échéance ne sera pas admissible à une aide médicale à mourir. Cette condition, plus restrictive que celles prévues par la Cour suprême, est, à notre avis, susceptible de porter atteinte à l'article 7 de la *Charte des droits et libertés* en ce qu'elle constitue une « mesure prise par l'État qui cause des souffrances physiques ou de graves souffrances psychologiques »<sup>75</sup>. Elle nous apparaît donc problématique au plan constitutionnel.

Le deuxième point de distinction de la Loi québécoise rejoint un des aspects fondamentaux de la législation états-unienne sur l'aide médicale : la Loi québécoise exige que le patient soit apte au moment où l'aide lui est administrée<sup>76</sup>. Il ne peut, même en connaissant sa condition et le pronostic défavorable, prévoir par des directives anticipées qu'une telle aide lui sera administrée lorsqu'il n'aura plus l'aptitude à consentir à celle-ci et cela même en présence de souffrances intolérables<sup>77</sup>. Pourtant, la Loi québécoise prévoit que des directives anticipées, distinctes de celles prévues dans un mandat de protection, pourront être données concernant

---

<sup>73</sup> Ces conditions se retrouvent à *ibid*, art 26.

<sup>74</sup> Sauf dans le cas précis des mineurs non émancipés belges.

<sup>75</sup> *Carter*, *supra* note 1 au para 64.

<sup>76</sup> Loi québécoise, *supra* note 14, art 29.

<sup>77</sup> *Ibid*, art 51.

les soins de fin de vie et un registre est même mis en place à cette fin<sup>78</sup>. Cependant, ces directives ne pourront concerner l'aide médicale à mourir. En ce sens, la Loi québécoise nous semble hypocrite et discriminatoire. Elle entraîne une grande confusion quant à la nature de diverses volontés exprimées dans un mandat ou dans les nouvelles directives – en prenant pour acquis que le grand public saura faire les distinctions qui s'imposent, ce qui est loin d'être évident – et confine l'aide médicale à ceux dont l'affection n'est pas susceptible d'entraîner une forme d'inaptitude au moment où ils seront en situation de fin de vie. De même, l'obligation d'être en situation de fin de vie jumelée à l'obligation de capacité au moment de l'administration du produit létal par le médecin et la prohibition de directives anticipées autorisant l'aide médicale à mourir risquent d'entraîner les problèmes dénoncés dans l'arrêt *Carter* quant à la possibilité que des personnes s'enlèvent prématurément la vie de peur de ne pouvoir bénéficier d'une telle aide à un stade plus avancé de leur maladie<sup>79</sup>.

Le troisième point de distinction de la Loi québécoise concerne l'absence de choix quant à la forme de l'aide médicale prodiguée : seule l'euthanasie, ou autrement dit l'administration d'un produit létal par un médecin, est autorisée<sup>80</sup>. L'aide au suicide, où le patient s'administre lui-même le médicament, même sous supervision médicale, n'est pas permise. On peut penser que ce choix se justifie par une volonté de s'assurer de l'accompagnement adéquat du patient au moment de l'administration du médicament létal. On se souviendra d'ailleurs que la législation états-unienne ne prévoit pas un tel support. Cependant, on peut aussi penser que certains médecins hésiteront à pratiquer une euthanasie à l'extérieur du contexte hospitalier, ce qui obligera le patient souhaitant bénéficier d'une telle aide à devoir s'en prévaloir dans la froideur d'une chambre d'hôpital, alors que la majorité des personnes souhaiteraient pouvoir mourir chez elles, entourées de leurs proches<sup>81</sup>. Il nous apparaît qu'une liberté de forme d'administration, jumelée à une supervision médicale obligatoire, serait

---

<sup>78</sup> *Ibid*, art 51, 58, 61.

<sup>79</sup> Voir *Carter*, *supra* note 1 notamment au para 57.

<sup>80</sup> L'alinéa 1 de l'article 30 de la Loi québécoise, *supra* note 14, se lit ainsi : « Si le médecin conclut, [...], qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès. »

<sup>81</sup> Il s'agit d'un des constats de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité en s'appuyant sur les témoignages entendus, de même que sur une étude : Québec, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, *Rapport*, Québec, Assemblée nationale, 2012 à la p 27, citant Frederick Burge, Beverly Lawson et Grace Johnston, « Trends in the place of death of cancer patients, 1992-1997 » (2003) 168:3 CMAJ 265.

préférable et permettrait de conjuguer autonomie et liberté de la personne et protection de celle-ci.

Finalement, la Loi québécoise se distingue favorablement des autres lois dans son interprétation de la liberté de conscience des médecins. Bien que ceux-ci ne soient pas obligés de procéder à une euthanasie, un médecin qui refuse pour des motifs personnels doit en informer le directeur général de l'établissement de santé pour lequel il travaille ou auquel il est affilié lorsqu'il pratique en cabinet privé<sup>82</sup>. Ainsi informé, le directeur général doit effectuer des démarches afin de trouver un médecin acceptant de traiter de la demande du patient<sup>83</sup>. Ceci dit, il sera intéressant d'analyser comment une telle obligation de référence sera reçue, notamment par les établissements se prévalant d'exceptions offertes par la loi pour refuser d'offrir une aide médicale à mourir<sup>84</sup> et par les médecins qui invoqueraient des motifs religieux pour refuser de procéder à une euthanasie.

### Conclusion

Les balises fixées par la Cour suprême qui ont pour objectif d'éviter toute forme de « dérive » à l'égard de personnes vulnérables qui seraient poussées au suicide sont relativement les mêmes et s'inscrivent dans les postulats fondamentaux mondialement reconnus au sein des juridictions qui autorisent une forme ou l'autre d'aide médicale à mourir : le consentement doit être donné par la personne elle-même alors qu'elle est apte à le faire et par elle seulement<sup>85</sup>. Ainsi, même si, à l'instar de l'avortement, le législateur fédéral se contentait de ne pas réagir – avec pour conséquence de rendre, aux conditions prévues par la Cour suprême, les articles invalidés inopérants et de mettre ainsi à l'abri de poursuites criminelles les médecins qui procèderaient à une aide médicale à mourir – l'expérience de ces États démontrent que les personnes vulnérables ne sont

---

<sup>82</sup> Loi québécoise, *supra* note 14, art 31.

<sup>83</sup> *Ibid.*

<sup>84</sup> Des exceptions existent pour les maisons de soins palliatifs (*Ibid.*, art 13) et d'une manière fort surprenante, pour tout « établissement qui [au moment de l'entrée en vigueur de la loi] exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui, parmi les soins pouvant être offerts dans le cadre de la mission d'un tel centre, n'offre que des soins palliatifs », lequel « peut continuer à n'offrir que de tels soins » (*Ibid.*, art 72).

<sup>85</sup> On peut penser que les autres conditions, soit les conditions d'être en phase terminale d'une maladie incurable et d'une limitation importante des actes pouvant être posés par le médecin, ceux-ci se limitant à fournir un médicament que le patient doit impérativement s'administrer lui-même, relèvent plutôt d'une certaine morale particulière à l'égard de l'ordre public et du caractère sacré de la vie. Il nous apparaît que de telles restrictions n'offrent pas davantage de protection aux personnes vulnérables dont la faiblesse pourrait être exploitée.

pas affectées et visées. Par contre, l'absence de protocoles précis entraîne plusieurs inconvénients, dont la sécurité d'une organisation structurelle pour les médecins voulant offrir une telle aide pourrait en freiner l'implantation pancanadienne. Pensons à certaines localités plus conservatrices, où le fardeau personnel et professionnel pour un seul médecin offrant une telle aide pourrait s'avérer très lourd. Nous croyons donc que le législateur fédéral devrait légiférer pour moduler la prohibition générale d'une aide médicale à mourir en fonction des critères établis par la Cour suprême. De plus, les provinces devraient, en collaboration avec les collèges des médecins, établir des protocoles de consentement et les modalités d'administration et de contrôle de l'exercice de cette aide. Si un régime politique fédéral doit tolérer une certaine disparité dans les conditions d'accès et les formalités administratives à respecter, nous sommes d'avis que l'autonomie des patients dans leur choix de fin de vie devrait être favorisée par un soutien structurel aux médecins.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que toutes les juridictions américaines et européennes qui ont introduit des protocoles régissant l'aide médicale à mourir prévoient que la décision de procéder à une telle aide ne relève jamais d'un seul médecin<sup>86</sup>. Ainsi, toutes ces législations prévoient la consultation d'au moins un collègue, parfois deux et de l'équipe soignante, le cas échéant. Tant le médecin traitant que celui consulté doivent se prononcer sur l'aspect volontaire et éclairé de la décision du patient, l'absence de contraintes et de pression indue dans la prise de décision et le caractère intolérable des souffrances vécues par celui-ci. De telles formalités ont la particularité d'assurer une protection tant au patient qu'au médecin qui procure une aide à mourir.

Dans une perspective de protection du patient, la majorité des processus prévoient une demande écrite de la part du patient et réitérée lors d'entretiens réguliers avec le médecin sur une certaine période, variant le plus souvent de 15 jours à un mois, selon les juridictions et l'état de santé du patient. Encore une fois, un tel protocole, documenté au dossier du patient, protège l'ensemble des intervenants.

Qui plus est, toutes les juridictions prévoyant un protocole précis ont aussi mis sur pied une commission, assortie d'une obligation de rapport de la part du médecin procurant une telle aide, visant à examiner tous les cas d'aide médicale à mourir et, en cas de non-respect des procédures, à soumettre le dossier à l'instance pouvant tenter des recours contre le médecin fautif. De plus, toutes ces commissions ont l'obligation de préparer un rapport statistique public des décès découlant d'une aide

---

<sup>86</sup> Avec pour celle possible exception le processus réformé du Vermont dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Voir à ce sujet la note 33.

médicale, favorisant une transparence à l'égard de ces pratiques. Une telle instance de contrôle ne peut que favoriser la protection du public. Ceci dit, à la lumière de la réaction fédérale quant à la *Loi sur la procréation assistée* et à l'abolition de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée en 2012<sup>87</sup>, il est possible que le Gouvernement fédéral choisisse de laisser ce contrôle et ces statistiques aux provinces. Il faut mentionner par ailleurs que l'effectivité d'une telle commission avait été pratiquement annihilée par la déclaration d'inconstitutionnalité des articles qui prévoyaient la transmission obligatoire à ladite agence d'informations médicales concernant tous les participants à une procréation assistée de même que les personnes qui en sont issues<sup>88</sup>.

Ainsi, l'instauration de directives permet de consolider la protection des médecins, des patients et même du public en général. Il serait donc souhaitable que les instances législatives – Parlement fédéral et législatures provinciales et règlementaires (Collèges des médecins notamment) – se prévalent de leur prérogative en cette matière.

Au Québec, plusieurs acteurs politiques se réjouissent du cadre législatif déjà adopté, qualifiant même cette loi de « modèle » pour le reste du Canada. La Loi québécoise s'inscrit d'ailleurs dans la tendance des juridictions ayant balisé la pratique et prévoit des conditions strictes d'accès à l'aide médicale à mourir. La Cour suprême juge que l'expérience acquise à l'étranger au sein des juridictions qui autorisent une forme d'aide médicale à mourir démontre que de telles conditions sont efficaces pour éviter toute forme de « dérapage » ou « pente glissante » à l'égard des personnes vulnérables. D'ailleurs, avec des protocoles stricts et surtout l'assurance du consentement libre et éclairé du patient, il est difficile de comprendre pourquoi l'aide médicale à mourir entraînerait une dérive plus importante que les autres méthodes médicalement acceptées ayant pourtant pour conséquence d'abréger ou de mettre fin à la vie que sont l'arrêt de traitement et surtout la sédation palliative.

Il semble apparemment que la Loi québécoise satisfasse les barèmes posés par la Cour suprême pour garantir la vie et la sécurité des personnes vulnérables. Par contre, un doute demeure quant à la portée de la Loi québécoise : la Cour n'a pas limité l'aide médicale à mourir aux seules personnes en situation de fin de vie. En ce sens, la Loi québécoise comporte une restriction difficilement conciliable avec les droits à la vie, à

---

<sup>87</sup> *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, LC 2012, c 19, art 722.

<sup>88</sup> *Procréation assistée*, *supra* note 12, qui a notamment invalidé pour cause d'empiètement sur les compétences provinciales en matière de santé et de droits civils, les articles 14 et 18 de la *Loi sur la procréation assistée*, *supra* note 12. Les articles ont été abrogés depuis (*Ibid.*, art 720).

la liberté et à la sécurité reconnus par la Cour suprême dans l'exercice du droit de se prévaloir d'une aide médicale à mourir à tout majeur apte souffrant de manière inapaisable. Conséquemment, nous croyons que la condition d'être en situation de fin de vie devra être retirée de la Loi afin que des Québécois souffrant sans soulagement puissent en bénéficier peu importe leur pronostic.

La Loi québécoise prévoit de même que le médecin qui accepte de fournir une aide médicale à mourir devra l'administrer lui-même et accompagner la personne jusqu'à son décès. Nous l'avons déjà mentionné, la Cour suprême ne s'exprime pas sur la définition de l'aide médicale à mourir, se contentant de référer, sans l'adopter – du moins expressément – à la définition large, qui comprend à la fois la fourniture et l'administration d'un médicament, soumise par les appelants. Dans un contexte de concurrence législative entre les instances fédérale et provinciales, il apparaît difficile de prédire si la forme restrictive prévue par la Loi québécoise sera valable ou suffisante. Or, ironiquement, la position québécoise, qui nous semble en quelque sorte timorée devant les principes émis par la Cour suprême, pourrait au contraire être trop d'avant-garde devant la résistance manifestée face à cette question au sein de certaines communautés et d'une partie de l'élite politique conservatrice canadienne. Pourtant, la législation québécoise propose un protocole et des conditions minimales qui ne peuvent qu'être bonifiées pour respecter les standards constitutionnels posés par l'arrêt *Carter*.

En somme, la brèche résultant de l'arrêt *Carter* est réelle. Le Canada ne peut plus faire fi du droit d'une personne majeure et apte à exercer sa liberté et son autonomie même dans ses choix de fin de vie. Un pas est franchi et, malgré certaines prétentions, le retour en arrière apparaît improbable. Par contre, la mise en application concrète de ce droit semble encore semée d'embûches. Les prochains mois seront cruciaux pour une mise en œuvre réelle, effective et pancanadienne de l'aide médicale à mourir.