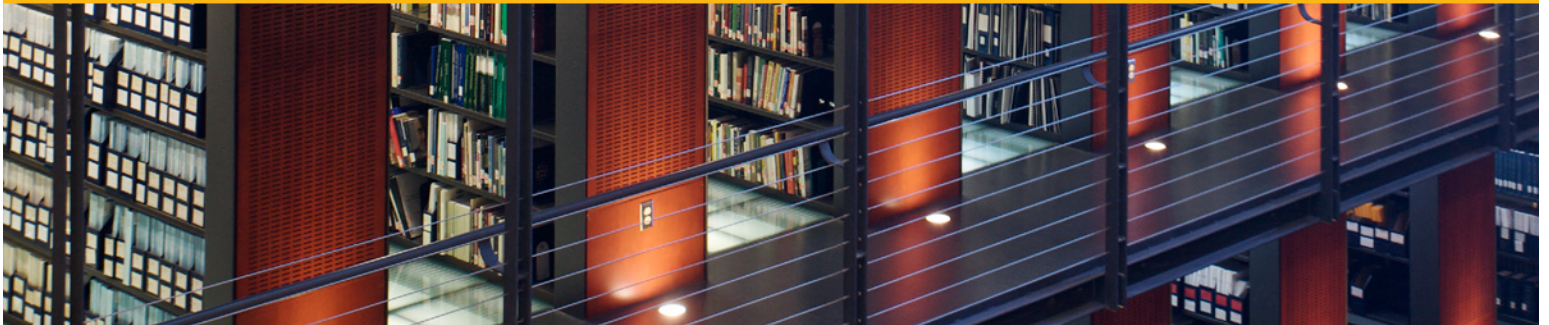




BIBLIOTHÈQUE *du* PARLEMENT

LIBRARY *of* PARLIAMENT

ÉTUDE GÉNÉRALE



L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada

Publication n° 2015-139-F
Le 15 décembre 2015

Julia Nicol
Marlisa Tiedemann

Division des affaires juridiques et sociales
Service d'information et de recherche parlementaires

Les **études générales** de la Bibliothèque du Parlement sont des analyses approfondies de questions stratégiques. Elles présentent notamment le contexte historique, des informations à jour et des références, et abordent souvent les questions avant même qu'elles deviennent actuelles. Les études générales sont préparées par le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque, qui effectue des recherches et fournit des informations et des analyses aux parlementaires ainsi qu'aux comités du Sénat et de la Chambre des communes et aux associations parlementaires, et ce, de façon objective et impartiale.

© Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 2016

L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada
(Étude générale)

Publication n° 2015-139-F

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
2	CONTEXTE ET ANALYSE.....	1
2.1	Contexte général.....	1
2.2	Jurisprudence en matière d'euthanasie et d'aide au suicide.....	3
2.2.1	Définitions.....	3
2.2.2	Le <i>Code criminel</i> et l'euthanasie.....	4
2.2.2.1	<i>R. c. Latimer</i>	5
2.2.3	Le <i>Code criminel</i> et l'aide au suicide.....	5
2.2.3.1	<i>Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)</i>	5
2.2.3.2	<i>Carter c. Canada (Procureur général)</i>	7
2.2.4	La <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> : le Québec.....	9
2.2.5	Le droit de refuser un traitement médical.....	11
2.2.6	Les directives préalables.....	12
2.2.7	Rapports, politiques et consultations.....	12
3	PROJETS DE LOI ET MOTIONS PRÉSENTÉS AU PARLEMENT.....	16
4	CHRONOLOGIE.....	18

L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE AU CANADA *

1 INTRODUCTION

En raison des progrès accomplis dans le domaine médical, il est désormais possible de prolonger la vie et de retarder la mort. Toutefois, la capacité de vivre plus longtemps s'accompagne souvent, chez ceux qui souffrent de maladies dégénératives ou incurables, d'une qualité de vie diminuée. Divers facteurs ont amené les gens à vouloir avoir leur mot à dire sur les décisions relatives à la vie et à la mort, y compris le souhait de se voir épargner une longue agonie et une meilleure compréhension des moyens par lesquels la technologie médicale parvient à prolonger la vie et à influencer sur sa fin. Ces facteurs ont également ravivé l'intérêt pour l'euthanasie et l'aide au suicide, qui font tous deux l'objet d'une interdiction absolue en vertu du *Code criminel* (le *Code*) du Canada¹. Selon un sondage mené à l'échelle nationale en 2015, 77 % des Canadiens interrogés sont favorables à l'aide au suicide pour les malades en phase terminale².

Quant au recours à l'aide d'un médecin pour mourir, en février 2015, la Cour suprême du Canada a conclu, dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*³ (l'arrêt *Carter*), que les dispositions du *Code* qui ont trait aux infractions d'aider ou d'encourager autrui à se donner la mort violent la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*) dans certains cas⁴. À la suite de cet arrêt, le gouvernement fédéral a créé en juillet 2015 le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*. Plus récemment, le 11 décembre 2015, le Parlement a constitué un comité spécial mixte du Sénat et de la Chambre des communes pour examiner le rapport du Comité externe ainsi que d'autres « activités de consultation et études récentes pertinentes » et pour :

consulter les Canadiens, les experts et les intervenants, et formuler des recommandations sur le cadre d'une réponse fédérale à l'aide médicale à mourir respectueuse de la Constitution, de la *Charte canadienne des droits et libertés* et des priorités des Canadiens⁵.

Ce comité doit présenter un rapport final au Parlement d'ici le 26 février 2016.

2 CONTEXTE ET ANALYSE

2.1 CONTEXTE GÉNÉRAL

L'euthanasie a beaucoup attiré l'attention des médias ces derniers temps. Toutefois, ni la pratique elle-même ni la controverse qui l'entoure ne sont nouvelles. Aujourd'hui, l'on insiste sur les distinctions conceptuelles qui existent entre l'euthanasie, le suicide et l'interruption de traitements, mais, autrefois, l'euthanasie était généralement synonyme de suicide.

L'incidence des découvertes scientifiques et médicales ces derniers temps a changé la nature du débat sur le suicide. La capacité de plus en plus grande des médecins de traiter les maladies physiques et de prolonger la vie a poussé l'État à s'intéresser plus directement aux questions de la vie et de la mort dans le contexte médical.

En Amérique du Nord, l'affaire qui a fait date en matière de qualité de vie et d'interruption de traitement est celle de Karen Ann Quinlan, une jeune femme de 21 ans qui a subi des lésions irréversibles au cerveau et a plongé dans le coma après avoir consommé de l'alcool et des drogues. Les parents de Karen Ann ont signé une autorisation permettant aux médecins de débrancher le respirateur qui maintenait leur fille en vie. Devant le refus d'obtempérer opposé par l'hôpital, les Quinlan ont demandé aux tribunaux d'infirmier cette décision. En 1976, pour donner suite à un jugement en ce sens de la Cour suprême du New Jersey⁶, l'hôpital a débranché le respirateur, mais c'est en 1985 que Karen Ann Quinlan est décédée, dans un foyer de soins de santé où elle avait vécu une dizaine d'années dans le coma et sous perfusion.

Au Canada, il y a eu devant les tribunaux deux affaires très médiatisées concernant des femmes atteintes de sclérose latérale amyotrophique (SLA) qui demandaient l'aide d'un médecin pour mourir. La SLA cause une paralysie musculaire progressive, de la douleur chronique et finalement la mort, mais ne touche pas les facultés cognitives. Le cas de Sue Rodriguez et, plus récemment, celui de Gloria Taylor ont joué un rôle charnière dans la législation canadienne. Il en est d'ailleurs question plus en détail ci-dessous.

La plupart des Canadiens savent très bien dans quelle mesure la technologie médicale peut prolonger la vie, abstraction faite des considérations relatives à la qualité de vie des malades. Aussi beaucoup réfléchissent sérieusement aux limites au-delà desquelles ils ne tiennent pas à prolonger les traitements médicaux qu'ils pourraient subir ou qui pourraient être administrés aux membres de leur famille.

Le coût de plus en plus élevé des soins de santé est un autre facteur pertinent. Les estimations selon lesquelles les coûts des soins de santé les plus élevés sont engagés dans les derniers jours de la vie⁷ illustrent l'équilibre délicat qui s'établit entre le maintien de la vie et la volonté de contenir les dépenses en matière de soins de santé. Selon certains analystes des politiques en matière de santé, ce fait deviendra de plus en plus évident à mesure qu'une plus grande proportion de gens atteindra l'âge à partir duquel les coûts relatifs aux soins de santé et les coûts connexes s'accroissent.

Les tenants actuels de la légalisation de l'euthanasie et de l'aide au suicide justifient leur position en s'appuyant sur un certain nombre de motifs, notamment :

- leurs préoccupations relatives à l'autonomie individuelle et à la liberté de choix des personnes;
- les limites de l'efficacité des soins palliatifs en ce qui concerne la réduction de la douleur et de la souffrance de toutes les personnes;
- l'argument selon lequel la loi⁸ viole l'article 15 de la *Charte*, car contrairement aux personnes physiquement aptes, certaines personnes ayant une déficience physique ne sont pas en mesure de se suicider⁹;
- la reconnaissance du fait que l'aide au suicide existe déjà, malgré son caractère illégal, et qu'elle est offerte en l'absence de contrôles suffisants;

- l'argument selon lequel la distinction entre l'abstention ou l'interruption de traitement (qui sont des pratiques acceptées) et l'aide au suicide ne résiste pas à l'examen, car il n'y a pas de véritable distinction morale entre l'acte et l'omission¹⁰.

En revanche, les opposants à la légalisation soulèvent souvent les arguments suivants :

- l'importance de préserver la valeur sociale fondamentale du respect de la vie, et le fait que tuer soit un acte intrinsèquement mauvais;
- le fait que la légalisation peut entraîner des abus, en particulier à l'endroit des personnes vulnérables;
- la possibilité que, dans certains cas, des personnes cherchent de l'aide pour se suicider sous la pression causée par le manque de ressources financières ou institutionnelles;
- l'argument du « doigt dans l'engrenage », selon lequel le fait de permettre à des personnes capables de recevoir de l'aide pour se suicider pourrait entraîner des changements dans la loi quant aux personnes incapables, par exemple les personnes âgées de moins de 18 ans ou celles qui sont incapables de décider d'elles-mêmes pour diverses raisons, dont la maladie mentale;
- la possibilité que des mesures législatives permettant l'euthanasie puissent limiter l'amélioration des soins aux mourants, puisqu'il serait alors « plus rapide et plus facile » de promouvoir l'aide au suicide ou l'euthanasie que de faire de la recherche sur les soins palliatifs¹¹.

2.2 JURISPRUDENCE EN MATIÈRE D'EUTHANASIE ET D'AIDE AU SUICIDE

2.2.1 DÉFINITIONS

Les définitions de l'euthanasie et de l'aide au suicide peuvent varier dans le cadre des discussions, mais celles qui suivent ont été employées par la juge de première instance dans l'affaire *Carter*. L'« euthanasie » est la cessation intentionnelle de la vie d'une personne par une autre personne pour abrégier les souffrances de la première. L'euthanasie est « volontaire » lorsqu'elle est pratiquée conformément à la volonté d'une personne capable, que cette volonté ait été exprimée en personne ou au moyen d'une directive préalable. L'euthanasie est « non volontaire » lorsqu'elle est pratiquée sans que l'on connaisse la volonté d'une personne. Enfin, l'euthanasie est « involontaire » lorsqu'elle est pratiquée contre la volonté de la personne en question¹². On entend par « aide au suicide » ou « suicide assisté » le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens pour le faire, ou les deux¹³.

Dans l'affaire *Carter*, la demanderesse Gloria Taylor réclamait l'aide d'un médecin pour mourir et non l'aide d'un médecin pour se suicider. Selon les demandeurs dans l'affaire *Carter*, l'aide d'un médecin pour mourir englobe à la fois le suicide commis avec l'aide d'un médecin, qu'ils ont défini ainsi :

l'aide au suicide, où, dans le contexte d'une relation entre un patient et son médecin, un médecin [...] ou une personne agissant sous la supervision générale d'un médecin aide un patient atteint d'une maladie grave et irrémédiable à obtenir ou à se faire administrer un médicament ou un autre traitement qui provoque intentionnellement le décès du patient¹⁴

et le « recours consensuel à l'aide d'un médecin pour mourir », qu'ils ont défini ainsi :

à la demande d'un patient atteint d'une maladie grave et irrémédiable, et dans le contexte d'une relation entre le patient et son médecin, l'administration par un médecin [...], ou par une personne agissant sous la supervision générale d'un médecin, d'un médicament ou d'un autre traitement qui provoque intentionnellement le décès du patient¹⁵.

Les requérants ne semblent pas avoir établi une distinction entre « le recours consensuel à l'aide d'un médecin pour mourir » et « l'euthanasie volontaire », et la juge de première instance a rejeté leur position selon laquelle le sens du terme « aide d'un médecin » devrait comprendre « l'aide de personnes autres que des médecins¹⁶ ».

2.2.2 LE CODE CRIMINEL ET L'EUTHANASIE¹⁷

L'article 14 du *Code criminel* prévoit ce qui suit :

Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

L'article 14 est pertinent dans les cas d'euthanasie volontaire. Dans le contexte médical, un médecin qui, à la demande d'un patient, injecterait à celui-ci une substance délétère (c.-à-d. un médecin qui participerait à une euthanasie volontaire) serait criminellement responsable du décès du patient. Dans l'affaire *Carter*, la Cour suprême du Canada a conclu que, dans certaines circonstances, l'article 14 du *Code* viole l'article 7 de la *Charte*. Voir la section 2.2.3.2 du présent document pour en savoir plus sur cet arrêt.

On pourrait s'attendre à ce qu'un cas d'euthanasie soit traité comme une affaire de meurtre au premier degré, puisque *l'intention* est de causer la mort, ce qui est nécessaire à une déclaration de culpabilité de meurtre, et que l'acte est la plupart du temps commis *avec préméditation et de propos délibéré*, ce qui est nécessaire à une déclaration de culpabilité de meurtre au premier degré. Cependant, les accusations portées en matière d'euthanasie ont surtout varié en fonction d'autres critères : le fait que l'intention première était de soulager la souffrance, l'attitude imprévisible des jurés et la difficulté, sur le plan technique, de prouver la cause exacte de la mort chez une personne qui, de toute façon, approchait de la fin de sa vie et recevait de fortes doses d'analgésiques.

2.2.2.1 R. C. LATIMER

Le cas d'euthanasie dont on a le plus parlé au Canada est celui de Robert Latimer, qui, en 1993, a tué sa fille lourdement handicapée, Tracy, en l'exposant au monoxyde de carbone. La Cour suprême du Canada avait déclaré : « On croit qu'elle souffre énormément¹⁸. » Elle avait subi plusieurs chirurgies à la hanche et d'autres chirurgies douloureuses devaient être pratiquées. « Robert Latimer estim[ait] donc que la vie de sa fille ne va[lai]t pas la peine d'être vécue¹⁹. »

M. Latimer a été accusé de meurtre au premier degré et reconnu coupable de meurtre au deuxième degré par le jury. Après plusieurs procès et appels, la Cour suprême du Canada a autorisé M. Latimer à interjeter appel, invoquant plusieurs motifs, à savoir si le jury aurait dû avoir la possibilité d'examiner le moyen de défense fondé sur la nécessité, si le juge de première instance aurait dû informer le jury que M. Latimer, en tant que fondé de pouvoir de sa fille, avait légalement le droit de décider pour elle qu'elle voulait se suicider et si la peine minimale dont le meurtre s'assortit était, en violation de la *Charte*, cruelle et inusitée dans les circonstances²⁰. En janvier 2001, la Cour a confirmé la condamnation et la peine²¹, mais a signalé que l'article 749 du *Code* reconnaît à la Couronne la prérogative de la clémence, prérogative dont l'exécutif peut se prévaloir, mais non les tribunaux.

En février 2008, la section d'appel de la Commission nationale des libérations conditionnelles a accordé à M. Latimer une libération conditionnelle de jour (semi-liberté); aussi a-t-il été libéré sous conditions en mars de la même année. La Commission lui avait refusé une telle libération en décembre 2007. Elle lui a octroyé une libération conditionnelle totale en novembre 2010.

2.2.3 LE CODE CRIMINEL ET L'AIDE AU SUICIDE

L'article 241 du *Code* interdit de conseiller à autrui de se suicider ou d'aider autrui à se suicider. En voici le libellé :

Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas :

- a) conseille à une personne de se donner la mort;
- b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort,

que le suicide s'ensuive ou non.

2.2.3.1 RODRIGUEZ C. COLOMBIE-BRITANNIQUE (PROCUREUR GÉNÉRAL)

En 1992, Sue Rodriguez, atteinte de SLA, a contesté la validité de l'alinéa 241b) du *Code*, au titre de la *Charte*. Elle a tenté de faire abroger cet alinéa, pour le motif qu'il empêche un malade en phase terminale de se suicider avec l'aide d'un médecin. Elle a prétendu que son droit « à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne²² », qui, à son avis, comprenait le droit de choisir la méthode, le moment et les circonstances de la mort, lui était refusé par l'article 241. M^{me} Rodriguez a été déboutée en première instance. La décision a été portée en appel, et M^{me} Rodriguez a été déboutée une fois de plus dans une décision partagée (deux juges contre un).

M^{me} Rodriguez a appelé de cette décision devant la Cour suprême du Canada, qui a rejeté l'appel (cinq juges contre quatre)²³. Elle soutenait que l'alinéa 241b) du *Code*, qui interdit à quiconque d'aider ou d'encourager quelqu'un à se donner la mort, violait les articles 7, 12 et 15 de la *Charte*²⁴.

La Cour a statué, à la majorité, que, bien que l'alinéa 241b) prive M^{me} Rodriguez du droit à la sécurité de sa personne que lui garantit l'article 7 de la *Charte*, cette privation est justifiée parce qu'elle est conforme aux principes de justice fondamentale. S'exprimant au nom de la majorité, le juge Sopinka a déclaré que le respect de la vie est un principe fondamental au sujet duquel il y a un consensus important au Canada. L'interdiction de l'aide au suicide reflète ce consensus et vise à protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à se donner la mort. Permettre le suicide avec l'aide d'un médecin porterait atteinte au principe du caractère sacré de la vie et donnerait à penser que l'État sanctionne le suicide. De plus, il est nécessaire d'interdire l'aide au suicide vu la possibilité d'abus et la difficulté que pose la mise en place de garanties destinées à prévenir les abus.

Par ailleurs, la majorité a également rejeté l'argument selon lequel l'alinéa 241b) infligeait à M^{me} Rodriguez un traitement cruel et inusité au sens de l'article 12 de la *Charte*.

Le juge Sopinka a admis que les droits à l'égalité de M^{me} Rodriguez, garantis par le paragraphe 15(1) de la *Charte*, avaient été violés, mais il a ajouté que cette violation était justifiée au sens de l'article premier de la *Charte*. Il a fait remarquer que l'alinéa 241b) du *Code* a pour objet de protéger les personnes contre le contrôle d'autrui sur leur vie. L'introduction d'une exception à l'interdiction de l'aide au suicide pour certains groupes ou certaines personnes créerait une inégalité et appuierait l'argument selon lequel un tel geste équivaldrait à mettre le doigt dans l'engrenage, ouvrant la voie à l'acceptation de l'euthanasie. À son avis, l'élaboration de garanties destinées à prévenir les abus n'est pas une solution satisfaisante et ne contribue pas de façon suffisante à dissiper les craintes d'abus possibles. Même si une exception était introduite pour aider les malades en phase terminale, rien ne garantirait que l'aide au suicide pourrait se limiter aux personnes qui souhaitent sincèrement mourir.

Dans son opinion dissidente, la juge McLachlin a soutenu que l'alinéa 241b) du *Code* viole l'article 7 de la *Charte*. Elle a conclu qu'il serait contraire aux principes de justice fondamentale de priver M^{me} Rodriguez d'un choix qui est accordé aux personnes non handicapées pour la seule raison que d'autres pourraient être victimes d'abus. À son avis, on se sert de M^{me} Rodriguez comme « bouc émissaire » pour protéger les personnes qui pourraient être persuadées, à tort, de se donner la mort.

Le juge en chef Lamer a fondé son opinion dissidente sur le paragraphe 15(1) de la *Charte*. Il a soutenu que l'alinéa 241b) du *Code* crée une inégalité du fait qu'il empêche les personnes physiquement incapables de mettre fin à leur vie sans aide de choisir le suicide sans contrevenir à la loi. Les personnes qui sont capables de mettre un terme à leurs jours sans aide, toutefois, peuvent le faire en toute impunité. Même s'il a dit craindre que la décriminalisation de l'aide au suicide accentue le risque que les personnes vulnérables soient manipulées par d'autres personnes, il a affirmé que de telles conjectures et la peur de « mettre le doigt dans l'engrenage » ne justifiaient pas l'imposition d'une restriction à ceux qui ne sont pas vulnérables et qui consentiraient librement à se donner la mort.

Le juge Cory a appuyé, dans son opinion dissidente, la décision proposée par le juge en chef Lamer, tant pour les motifs avancés par le juge en chef lui-même que pour ceux qu'a invoqués la juge McLachlin. Il a affirmé que le droit de mourir avec dignité devrait être protégé par l'article 7 de la *Charte* et que les malades en phase terminale devraient pouvoir obtenir de l'aide pour mettre fin à leur vie.

2.2.3.2 CARTER C. CANADA (PROCUREUR GÉNÉRAL)

Le 15 juin 2012, soit près de 20 ans après l'arrêt rendu par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Rodriguez*, un tribunal de la Colombie-Britannique a tranché que l'alinéa 241b) du *Code* viole les articles 7 et 15 de la *Charte*²⁵. Gloria Taylor, atteinte de SLA, ainsi que la fille et le gendre de Kay Carter, qui ont accompagné M^{me} Carter en Suisse pour qu'elle puisse se suicider avec l'aide d'un médecin, faisaient partie des demandeurs. Les demandeurs soutenaient que l'alinéa 241b) viole les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne « des personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable », prévus à l'article 7 de la *Charte* et que, compte tenu de ses conséquences disproportionnées pour les personnes atteintes d'une incapacité physique, cette disposition viole le droit à l'égalité des personnes handicapées physiques, garanti à l'article 15²⁶.

La juge Smith était liée par la jurisprudence établie. En effet, selon le principe du *stare decisis* (« s'en tenir à ce qui a été décidé »), les tribunaux d'instance inférieure sont tenus de suivre les décisions des tribunaux d'instance supérieure. La juge Smith a toutefois conclu que le précédent établi par l'arrêt *Rodriguez* ne l'empêchait pas de trancher en faveur des demandeurs pour diverses raisons. Tout d'abord, dans l'affaire *Rodriguez*, aucune décision n'a déterminé si l'alinéa 241b) viole les droits à l'égalité des personnes handicapées. La juge Smith a estimé qu'alors que le *Code criminel* autorise le suicide, il interdit l'aide au suicide, et que cette interdiction impose un fardeau plus lourd aux personnes handicapées physiques, car elle perpétue un désavantage, et viole donc l'article 15²⁷. La juge Smith a aussi déclaré que la Cour suprême avait ajouté deux principes de justice fondamentale à son analyse de l'article 7 depuis l'arrêt *Rodriguez*, ce qui lui permettait de conclure à des violations de l'article 7 dans le cas de chaque demandeur.

La juge Smith a déclaré l'alinéa 241b) invalide. Elle a suspendu la prise d'effet de sa déclaration pendant un an afin de permettre au Parlement de modifier la législation et la rendre conforme à la *Charte*. Elle a également accordé à Gloria Taylor une exemption constitutionnelle lui permettant d'avoir recours au suicide avec l'aide d'un médecin.

Les gouvernements du Canada et de la Colombie-Britannique ont interjeté appel de la déclaration d'invalidité de la juge relativement aux dispositions du *Code* relatives au recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Le 10 octobre 2013, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a infirmé la décision rendue en première instance dans une décision partagée (deux juges contre un)²⁸. Les juges majoritaires n'ont pas examiné le bien-fondé des demandes de nature constitutionnelle en profondeur, portant plutôt leur attention sur le principe du *stare decisis*. Ils ont soutenu que « la juge de première instance était tenue de conclure qu'on avait statué péremptoirement sur l'affaire des demandeurs dans l'arrêt *Rodriguez*²⁹ » et que « [s]'il y a lieu d'examiner la constitutionnalité de l'article 241 du *Code* sans égard à l'arrêt *Rodriguez*, c'est à la Cour suprême du Canada qu'il appartient de le faire³⁰ ».

Même si l'affaire était devenue théorique en raison du décès de M^{me} Taylor, les juges majoritaires de la Cour d'appel ont soutenu que l'exemption constitutionnelle serait appropriée dans les circonstances où « une loi généralement valide [...] a un effet exceptionnel, voire cruel, sur un petit nombre de personnes³¹ ».

La Cour suprême du Canada a entendu l'appel *Carter* le 15 octobre 2014 et a rendu sa décision le 6 février 2015. L'arrêt fait mention du débat qui a lieu au Canada et à l'étranger depuis le prononcé de l'arrêt *Rodriguez*, renvoyant aux projets de loi d'initiative parlementaire sur le sujet, au Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide (1995) et à l'évolution de la législation à l'échelle internationale.

La Cour suprême a conclu qu'il y avait atteinte aux droits prévus à l'article 7 (soit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne) et que cette atteinte n'était pas conforme aux principes de justice fondamentale. La Cour a également conclu que l'interdiction ne pouvait pas être « justifiée » en vertu de l'article premier de la *Charte*³², car la violation de l'article 7 ne constituait pas une « atteinte minimale », ce qui signifie que l'objectif visé par l'alinéa 241b) aurait pu être atteint dans une large mesure sans une interdiction générale, permettant ainsi à certaines personnes d'avoir recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Plus précisément, la Cour a conclu que la preuve présentée en première instance indiquait « qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs³³ ».

La Cour suprême a décidé que, puisqu'elle avait conclu qu'il y avait violation de l'article 7, « point [n'était] besoin d'examiner » s'il y avait violation de l'article 15³⁴.

Ayant conclu que ces dispositions portaient atteinte de manière injustifiée à l'article 7, la Cour suprême a déclaré que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code* :

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 condition³⁵.

Le terme « irrémédiable », selon la Cour, « ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables³⁶ ». La Cour a ajouté que sa déclaration s'appliquait aux situations de fait que présentait l'affaire dont elle était saisie et qu'elle ne se prononçait pas sur d'autres situations où l'aide d'un médecin pour mourir pourrait être demandée³⁷.

Comme il a été indiqué plus haut, la juge de première instance avait accordé à M^{me} Taylor une exemption constitutionnelle personnelle afin qu'elle puisse avoir recours à l'aide d'un médecin pour mourir. La Cour suprême a conclu ce qui suit :

Puisque M^{me} Taylor est maintenant décédée et qu'aucune des autres parties au litige ne demande une exemption personnelle, il ne s'agit pas d'un cas où il convient de créer [un mécanisme d'exemption pendant la période au cours de laquelle la prise d'effet de la déclaration d'invalidité est suspendue]³⁸.

La Cour a fait état des préoccupations de certains intervenants quant à la possible atteinte à la liberté de conscience et de religion des médecins (laquelle est protégée par l'al. 2a) de la *Charte*) si ces derniers étaient forcés d'aider quelqu'un à mourir. Elle a précisé que « rien dans la déclaration d'invalidité [...] ne contraindrait les médecins à [aider un patient] à mourir³⁹ » et a souligné « le besoin de concilier les droits garantis par la *Charte* aux patients et aux médecins⁴⁰ ».

En dernière analyse, la Cour a affirmé qu'il « faut donner au législateur l'occasion de concevoir une réparation convenable » et que le législateur « est mieux placé que les tribunaux pour créer des régimes de réglementation complexes⁴¹ ».

2.2.4 LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE : LE QUÉBEC

À la suite de la publication en 2009 d'un document de réflexion du Collège des médecins du Québec recommandant d'examiner l'ajout du suicide avec l'aide d'un médecin à la gamme des soins de fin de vie⁴², le 4 décembre 2009, l'Assemblée nationale du Québec a créé la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Au cours de ses travaux en 2010 et 2011, la Commission a reçu 273 mémoires et a entendu 32 experts et plus de 350 personnes et représentants d'organismes⁴³.

Dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission, le Barreau du Québec a recommandé que le procureur général émette des directives concernant les poursuites judiciaires dans les cas d'euthanasie et d'aide au suicide. Le Barreau a affirmé que le pouvoir qu'a la province d'administrer la législation pénale et la modification de diverses lois provinciales régissant les services de santé permettraient de circonscrire clairement le droit à l'euthanasie et à l'aide au suicide dans la province de Québec sans qu'il soit nécessaire de modifier le *Code criminel*⁴⁴.

En mars 2012, la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité a déposé son rapport⁴⁵. Elle y a formulé 24 recommandations sur les soins palliatifs, la sédation palliative, les directives médicales anticipées, les soins de fin de vie et le recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Plusieurs recommandations portaient sur une réforme législative et un grand nombre visaient un recours plus facile à l'euthanasie.

Pour donner suite au rapport, le gouvernement du Québec a chargé un comité d'experts d'examiner les mesures à prendre pour effectuer les réformes législatives recommandées. Le comité d'experts a publié son rapport en janvier 2013⁴⁶. Il recommande que l'aide médicale pour mourir fasse partie du continuum de soins dans certaines circonstances. Si cette aide était considérée comme un élément des soins de fin de vie, elle pourrait relever de la compétence provinciale en matière de soins de santé.

Le 12 juin 2013, le projet de loi n° 52, Loi concernant les soins de fin de vie, a été présenté à l'Assemblée nationale du Québec. Il a reçu la sanction royale le 5 juin 2014.

La *Loi concernant les soins de fin de vie* (LSFV) précise les droits relatifs aux soins de fin de vie, les règles que doivent respecter les personnes qui donnent des soins de fin de vie, les règles liées à la sédation palliative continue, les pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux (le ministre), les règles relatives aux

directives médicales anticipées ainsi que les règles relatives à l'« aide médicale à mourir ». Par « aide médicale à mourir », on entend un « soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès⁴⁷ ».

L'article 26 de la LSFV prévoit que, pour obtenir une aide médicale à mourir, la personne doit satisfaire à toutes les conditions suivantes :

- elle est une personne assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* (ce qui veut dire que le patient doit être un résident du Québec ou un résident temporaire enregistré auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec);
- elle est majeure (18 ans au Québec);
- elle est apte à consentir aux soins;
- elle est en fin de vie;
- elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables⁴⁸.

La personne doit formuler la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre.

Selon l'article 29, avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit :

- être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions énoncées ci-dessus;
- s'assurer du caractère libre de la demande;
- s'assurer que le patient est informé du pronostic et des possibilités thérapeutiques;
- s'assurer de la persistance des souffrances du patient et de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable;
- s'entretenir de la demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient et, si le patient le souhaite, avec ses proches;
- obtenir l'avis d'un second médecin qui est indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis⁴⁹.

Aux termes de l'article 31, tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou dans un cabinet privé de professionnel et qui refuse la demande d'aide médicale à mourir pour des motifs non fondés sur l'article 29 doit transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir au directeur général de l'établissement, au directeur général de l'instance locale ou à toute autre personne que ces derniers désignent. Le directeur général de l'établissement ou de l'instance locale doit trouver un médecin qui accepte de traiter la demande d'aide médicale à mourir.

La LSFV institue également la Commission sur les soins de fin de vie (art. 38), composée de professionnels de la santé ou des services sociaux, de juristes, d'usagers d'un établissement, d'une personne issue du milieu de l'éthique et d'une personne qui représente les établissements (art. 39). La Commission a pour mandat de donner des avis au ministre, d'évaluer l'application de la loi à l'égard des soins de fin de vie et de soumettre au ministre, tous les cinq ans, un rapport sur la situation des soins de fin de vie (art. 42).

Le médecin qui administre l'aide médicale à mourir à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, en aviser la Commission et lui transmettre les renseignements prévus par règlement du gouvernement (art. 46). La Commission vérifie ensuite si le médecin s'est conformé à la procédure établie (art. 47).

Aux termes de l'article 50 de la LSFV, un médecin qui refuse d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles doit s'assurer de la continuité des soins offerts au patient et respecter la procédure prévue à l'article 31 en avisant le directeur général de l'établissement ou le directeur général de l'instance locale (ou toute autre personne que ces derniers désignent).

La plupart des dispositions de la LSFV devaient entrer en vigueur le 10 décembre 2015. Cependant, le 1^{er} décembre 2015, la Cour supérieure du Québec a déclaré que certaines dispositions étaient incompatibles avec le *Code criminel* et que, jusqu'à l'entrée en vigueur de la déclaration de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*, la doctrine de la prépondérance (en vertu de laquelle la loi fédérale est prépondérante lorsqu'il y a une incompatibilité ou un conflit entre une loi provinciale et une loi fédérale) s'applique, ce qui a pour effet de rendre inopérants les articles du projet de loi n^o 52 qui ont trait à l'aide médicale à mourir⁵⁰. Le 9 décembre 2015, la Cour d'appel du Québec a autorisé un appel, et elle a suspendu les procédures liées à la motion devant la Cour supérieure du Québec⁵¹. Ces dispositions sont donc en vigueur depuis le 10 décembre 2015, en attendant la décision de la Cour d'appel du Québec sur la question. Il faut encore décider si le médecin qui aide quelqu'un à mourir conformément à la loi québécoise pourrait être visé par une procédure pénale, mais le gouvernement du Québec a publié des lignes directrices concernant les poursuites dans de tels cas⁵².

2.2.5 LE DROIT DE REFUSER UN TRAITEMENT MÉDICAL

La common law reconnaît à un adulte capable le droit de refuser un traitement médical ou d'exiger son interruption.

En 1990, dans l'affaire *Malette v. Shulman*⁵³, la Cour d'appel de l'Ontario a statué que les instructions relatives aux transfusions de sang, données lorsqu'un malade est capable de prendre des décisions, doivent être suivies même lorsque cette personne en devient incapable. La Cour a décidé que le médecin doit observer les instructions écrites d'un témoin de Jéhovah refusant toute transfusion, même en cas d'urgence, lorsque le malade est incapable de donner son consentement. Elle a toutefois souligné que cette décision ne s'appliquait qu'à l'affaire dont elle avait été saisie et non aux maladies en phase terminale ou incurables, lorsque le malade cherche à rejeter un traitement médical au moyen d'un testament de vie ou de directives médicales préalables, ni aux situations où la famille d'une personne qui se trouve dans un état végétatif persistant souhaite faire cesser le traitement médical.

Dans une décision rendue en janvier 1992⁵⁴ dans l'affaire Nancy B., la Cour supérieure du Québec a tranché qu'une patiente adulte capable, atteinte d'une maladie incurable et clouée au lit pour la vie avait le droit de demander à son médecin de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie. Dans sa décision, le juge Dufour a cité les articles du *Code civil du Québec* prévoyant que l'être humain est inviolable et que personne ne peut l'obliger à recevoir un traitement sans son consentement.

Cette affaire portait également sur la responsabilité criminelle du médecin qui, à la demande de Nancy B., devrait débrancher le respirateur. Après avoir évoqué les articles 216, 217, 45 et 219 du *Code criminel*, ainsi que les dispositions relatives à l'homicide, le juge a conclu que le médecin ne montrerait pas une insouciance déréglée ou téméraire s'il débranchait le respirateur à la demande de la patiente et laissait la maladie suivre son cours naturel. Il a également statué que le médecin n'aiderait pas la patiente à se suicider et ne commettrait pas non plus un homicide, puisque la mort de Nancy B. résulterait de sa maladie.

2.2.6 LES DIRECTIVES PRÉALABLES

Certaines provinces ont tenté de régler la question du traitement médical dans les cas où le patient devient incapable. Les directives préalables sont maintenant considérées comme une solution possible. Communément appelée « testament de vie », la directive préalable est un document signé par une personne capable concernant les décisions en matière de soins de santé qui devraient être prises à son égard si elle devenait incapable de prendre de telles décisions. Ces directives préalables s'appellent « mandats » dans le *Code civil du Québec*.

On peut classer les directives préalables dans deux catégories, soit :

- l'instruction, dans laquelle la personne établit *les types de traitement* qui ne peuvent pas lui être administrés si elle devient incapable;
- le mandat, dans lequel la personne établit *qui doit prendre ces décisions* à sa place.

Certains pays permettent le recours à des directives préalables pour accéder à l'aide pour mourir⁵⁵.

2.2.7 RAPPORTS, POLITIQUES ET CONSULTATIONS

Les questions relatives à l'euthanasie et à l'aide au suicide ont été examinées en détail pour la première fois au Canada en 1983, lorsque la Commission de réforme du droit du Canada (la Commission) a publié son rapport intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*⁵⁶. Ce rapport a fait suite à un document de travail sur ces questions publié par la Commission l'année précédente.

La Commission a indiqué qu'un vaste consensus se dégagait au Canada à propos des trois principes fondamentaux que reflète la loi :

- la protection de la vie humaine est une valeur fondamentale;

- le malade a droit à l'autonomie et à l'autodétermination lors de la prise de décisions sur les soins médicaux;
- la vie humaine doit être envisagée dans une perspective à la fois quantitative et qualitative.

Après la publication de son rapport, la Commission a recommandé que l'on ajoute au *Code criminel* une disposition selon laquelle personne n'est obligé de poursuivre un traitement médicalement inutile ou pour lequel le consentement est expressément refusé ou retiré. Toutefois, elle n'a pas défini ce qu'elle entendait par « traitement médicalement inutile » ou encore par consentement.

En novembre 1993, à la suite de l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Rodriguez*, le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique a préparé des lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne relativement aux accusations portées contre des personnes qui, par compassion envers quelqu'un, participent à l'interruption de sa vie. Ces lignes directrices précisait que les procureurs de la Couronne approuveraient des poursuites uniquement dans les cas où une déclaration de culpabilité était hautement probable et où les poursuites étaient dictées par l'intérêt public⁵⁷.

En février 1994, le Sénat du Canada a constitué un comité spécial chargé d'étudier les questions de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Le rapport du Comité, publié en juin 1995 et intitulé *De la vie et de la mort*, porte également sur plusieurs questions connexes, dont les soins palliatifs, les pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation, l'abstention et l'interruption de traitements de survie et les directives préalables⁵⁸.

Le Comité a exhorté tous les niveaux de gouvernement au Canada à accorder une priorité absolue aux programmes de soins palliatifs et à élaborer des lignes directrices et des normes nationales à ce sujet. Le Comité a estimé qu'il n'y a aucune différence sur le plan moral entre l'abstention et l'interruption lorsqu'il s'agit d'un traitement de survie. Dans un cas comme dans l'autre, il convient de respecter la volonté des patients capables. Le comité a reconnu l'incertitude de la profession médicale et du grand public au sujet de ce qui est légalement admissible en la matière et a recommandé que soit clarifiée en droit la pratique dans ce domaine.

La question de l'aide au suicide a suscité davantage de différends. Certains membres du Comité ont préconisé la modification de la législation existante, tandis que d'autres s'y sont opposés. La majorité des membres ont recommandé qu'aucune modification ne soit apportée à la disposition du *Code criminel* qui interdit de conseiller le suicide et d'aider une personne à se suicider.

La majorité des membres du Comité se sont opposés à l'euthanasie volontaire et ont recommandé qu'elle demeure une infraction criminelle, assortie toutefois de peines moins sévères dans les cas où intervient un élément de compassion ou de pitié. Les autres membres du Comité ont recommandé que le *Code* soit modifié afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes qui jouissent de toutes leurs facultés mais sont physiquement incapables de se prévaloir de l'aide au suicide.

L'euthanasie non volontaire demeurerait aussi une infraction criminelle. Le Comité a recommandé toutefois qu'une peine moins sévère soit imposée dans les cas où intervient un élément de compassion ou de pitié. Le Comité a recommandé à l'unanimité que l'euthanasie involontaire continue d'être considérée comme un meurtre aux termes du *Code*.

En novembre 1999, un sous-comité sénatorial a été institué pour examiner la mise en œuvre des recommandations unanimes faites dans *De la vie et de la mort*, cinq ans après sa publication. Dans son rapport, présenté en juin 2000 et intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, le sous-comité concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicale nécessaires pour soigner les gens en phase terminale⁵⁹ ».

En juin 2010, l'honorable Sharon Carstairs, sénatrice à l'époque, a publié un rapport sur les soins palliatifs intitulé *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*⁶⁰. Le rapport s'inspire de son expérience au sein du Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide. Il porte principalement sur les soins palliatifs mais s'intéresse également à l'euthanasie et à l'aide au suicide.

En octobre 2009, la Société royale du Canada a formé le Groupe d'experts sur la prise de décisions en fin de vie (le Groupe d'experts). Le rapport du Groupe d'experts, publié en novembre 2011, recommandait « un système permissif, mais étroitement réglementé et surveillé, à l'égard de l'aide à la mort⁶¹ ». Le Groupe d'experts a présenté de nombreuses recommandations relatives aux soins de fin de vie et a recommandé la modification du *Code* de manière à permettre l'euthanasie et l'aide au suicide. Il a soutenu qu'une initiative du Parlement visant à réformer le droit criminel assurerait la plus grande cohérence entre toutes les régions du pays, préciserait les droits et responsabilités des Canadiens, et pourrait permettre à un organisme national d'encadrer l'euthanasie et l'aide au suicide au Canada.

La politique de l'Association médicale canadienne (AMC) sur l'euthanasie et le recours à l'aide d'un médecin pour mourir a évolué au fil des ans. Jusqu'à tout récemment, la politique interdisait aux médecins de participer à l'euthanasie et d'offrir de l'aide au suicide. La version la plus récente de la politique prévoit ce qui suit :

En de rares occasions, les patients souffrent tellement que, malgré l'accès à des soins palliatifs et de fin de vie, ils demandent une aide médicale à mourir. Dans un tel cas, et dans les limites imposées par la loi, il peut convenir d'offrir une aide médicale à mourir⁶².

En juin 2015, l'AMC a publié son avant-projet intitulé *Approches fondées sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada*⁶³.

À la mi-juillet 2015, les ministres fédéraux de la Justice et de la Santé ont annoncé la création d'un comité externe composé de trois personnes ayant pour mission de consulter des autorités médicales et les intervenants dans l'affaire *Carter*⁶⁴. Le comité devait, entre autres, proposer des options de réponse législative à l'arrêt *Carter*. Toutefois, dans une lettre envoyée aux membres du comité après les élections fédérales de 2015, les nouvelles ministres de la Justice et de la Santé ont revu le mandat du comité de sorte qu'il soit plutôt chargé de « préparer un rapport résumant les résultats et les principales conclusions de [ses] consultations⁶⁵ ».

À la mi-août 2015, la création du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir a été annoncée. Ce groupe consultatif devait faire ses travaux « en complément des travaux du comité fédéral d'experts⁶⁶ » et « [fournir] des conseils sur l'élaboration des politiques, des pratiques et des mesures de protection nécessaires que les provinces et territoires devront envisager avec la légalisation de l'aide médicale à mourir sur les territoires respectifs de compétence⁶⁷ ».

Le rapport final du Groupe consultatif, daté du 30 novembre 2015 et publié le 14 décembre 2015, comporte 43 recommandations⁶⁸, les principales étant :

- élaborer une stratégie pancanadienne relative aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir;
- mettre en place un système de coordination financé par l'État afin de mettre les patients en contact avec les fournisseurs de soins;
- modifier le *Code criminel* afin d'autoriser les professionnels de la santé agréés agissant sous la direction d'un médecin, d'une infirmière praticienne ou d'un infirmier praticien à assurer la prestation de l'aide médicale à mourir et afin de protéger les professionnels de la santé qui aident des personnes à mourir;
- modifier le *Code* afin de s'assurer que l'admissibilité à l'aide médicale à mourir soit fondée sur la capacité du patient d'agir en toute lucidité, plutôt que sur son âge;
- demander aux autorités médicales réglementaires d'élaborer des lignes directrices et des outils pour les médecins;
- ne pas prescrire une période d'attente entre la demande et la prestation de l'aide à mourir;
- obliger les fournisseurs de soins de santé qui refusent de pratiquer l'aide médicale à mourir au nom d'« impératifs moraux » à renseigner leurs patients sur toutes les options de fin de vie, dont l'aide médicale à mourir, et à les aiguiller vers d'autres fournisseurs, à transférer directement les soins à d'autres fournisseurs ou à communiquer avec un tiers et à lui transférer le dossier du patient;
- mettre en place des comités d'examen provinciaux et territoriaux afin d'assurer le respect des lois dans tous les cas d'aide médicale à mourir;
- mettre sur pied une commission pancanadienne sur les soins de fin de vie (de préférence en collaboration avec le gouvernement fédéral);
- sensibiliser le public à l'aide médicale à mourir et le mobiliser afin d'éclairer la prise de décisions relatives à l'évolution des lois, politiques et pratiques en matière de soins de fin de vie.

3 PROJETS DE LOI ET MOTIONS PRÉSENTÉS AU PARLEMENT

Jusqu'en 1991, année où des projets de loi d'initiative parlementaire sur la question ont été présentés à la Chambre des communes pour la première fois, l'euthanasie n'avait été évoquée qu'en passant à la Chambre et n'avait jamais fait l'objet de débats. Des projets de loi récents sur la question sont examinés ci-dessous. Les projets de loi présentés entre 1991 et 2014 figurent dans la chronologie à la fin de la présente étude.

Le 15 juin 2005, la députée Francine Lalonde (La Pointe-de-l'Île) a présenté le projet de loi C-407, Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement)⁶⁹. Ce projet de loi devait faire l'objet d'un vote, mais celui-ci n'a pas eu lieu en raison de la dissolution du Parlement et du déclenchement d'élections fédérales. Le projet de loi C-407 aurait modifié les articles 14 (Consentement à la mort), 222 (Homicide) et 241 (Fait de conseiller le suicide ou d'y aider) du *Code criminel*. Ainsi, sous réserve de certaines conditions, il aurait été établi que quiconque aide une personne à mourir ne commet pas un homicide, ne conseille pas à la personne de se suicider et ne l'aide pas non plus à se suicider. Le projet de loi posait cependant comme conditions que la personne en question :

- soit âgée d'au moins 18 ans;
- éprouve « des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement », ou soit atteinte d'une maladie en phase terminale;
- ait remis, alors qu'elle était apparemment lucide, deux demandes à plus de dix jours d'intervalle indiquant expressément son désir libre et éclairé de mourir;
- ait désigné par écrit une personne pour agir en son nom « auprès de la personne aidante ou de tout médecin » dans l'éventualité où elle ne serait apparemment pas lucide.

Le projet de loi posait aussi comme conditions que la personne aidante :

- soit médecin ou assistée d'un médecin;
- ait reçu confirmation du diagnostic de la part d'un médecin (si la personne aidante est elle-même médecin) ou de deux médecins;
- soit autorisée par le droit à prodiguer des soins de santé ou soit assistée par une équipe ayant une telle autorisation;
- agisse selon les modalités indiquées par la personne désireuse de mourir;
- remette au coroner une copie du diagnostic établi par le médecin consulté (si la personne aidante est elle-même médecin) ou les deux médecins consultés.

M^{me} Lalonde a présenté deux projets de loi plus ou moins identiques, qui prévoyaient cependant que seuls les médecins pourraient légalement aider une personne à mourir (le projet de loi C-562 en 2008 et le projet de loi C-384 en 2009). Ni l'un ni l'autre n'a été adopté⁷⁰.

Le 27 mars 2014, deux projets de loi d'initiative parlementaire ont été présentés par l'honorable Steven Fletcher. Le projet de loi C-581, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) aurait modifié l'article 14 du *Code criminel* de façon à y prévoir des exceptions au consentement à la mort aux termes du nouvel article 241.1⁷¹. Le projet de loi aurait également soustrait les médecins de l'application de l'article 241 du *Code* si certaines exigences étaient remplies. Les critères prévus dans le projet de loi reprennent essentiellement ceux qui ont été adoptés par la juge de première instance dans l'affaire *Carter*.

Aux termes du nouveau paragraphe 241.1(3) proposé, pour pouvoir avoir recours à l'aide d'un médecin pour mourir, la personne devait :

- être âgée d'au moins 18 ans;
- être citoyenne ou résidente permanente du Canada;
- avoir « reçu d'un médecin un diagnostic de maladie ou d'incapacité graves (notamment une incapacité découlant d'une blessure traumatique) causant des souffrances physiques ou psychologiques qui sont insupportables et qui ne peuvent être soulagées par aucun traitement médical qui lui soit acceptable, ou [se trouver] dans un état d'affaiblissement avancé de ses capacités sans aucune chance d'amélioration »;
- être apte à consentir au traitement.

Le médecin qui aiderait le patient à mourir et un médecin-conseil devaient examiner le patient (nouveau paragraphe 241.1(4) proposé). Le médecin aidant devait informer le patient du diagnostic médical et du pronostic médical, de ce qu'il adviendrait si l'on accédait à sa demande, des autres traitements possibles ainsi que de son droit de retirer sa demande (nouveau paragraphe 241.1(6) proposé).

Le nouveau paragraphe 241.1(9) proposé dans le projet de loi aurait exigé qu'un délai de 14 jours s'écoule entre le moment où la demande est signée et le moment où l'aide est fournie.

Le nouveau paragraphe 241.1(12) proposé prévoyait également des exigences relatives aux documents versés au dossier.

Le second projet de loi présenté par M. Fletcher, le projet de loi C-582, Loi constituant la Commission canadienne sur l'aide médicale à mourir, aurait établi une Commission ayant « comme mission de produire de l'information publique sur les cas d'aide médicale à mourir et d'appuyer une réforme des lois et des politiques en la matière⁷² ». Entre autres responsabilités, la Commission devait être chargée d'élaborer un formulaire visant à solliciter des renseignements sur les cas d'aide médicale à mourir, et de recueillir et d'analyser les données contenues dans les formulaires remplis. La Commission aurait également fait des recommandations au procureur général du Canada sur une réforme des lois et des politiques en matière d'aide médicale à mourir au Canada.

Le 2 décembre 2014, la sénatrice Nancy Ruth a présenté le projet de loi S-225, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)⁷³. Le projet de loi aurait remplacé l'actuel article 14 du *Code criminel* de façon à prévoir qu'une personne peut consentir à l'euthanasie volontaire en faisant une demande d'aide médicale à mourir et que l'euthanasie volontaire pratiquée par un médecin conformément à un nouvel article 241.1 ne constitue pas un homicide coupable. Les conditions pour accéder à l'aide médicale à mourir reprennent celles énoncées dans le projet de loi de M. Fletcher, mais prévoient en outre que la personne qui demande une aide médicale à mourir doit agir « volontairement, sans contrainte ni influence indue » (nouvel alinéa 241.1(3)e) proposé).

Ces trois projets de loi sont morts au *Feuilleton* en raison de la dissolution du Parlement lors du déclenchement des élections fédérales le 2 août 2015.

Le 24 février 2015, le chef du Parti libéral du Canada, Justin Trudeau, a proposé à la Chambre des communes qu'un comité spécial soit créé pour examiner l'arrêt *Carter*, mener des consultations et formuler des recommandations, mais la motion a été rejetée⁷⁴.

Comme il a été mentionné dans l'introduction, le 11 décembre 2015, une motion a été adoptée à la Chambre des communes afin qu'un comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes soit formé pour :

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

La motion prévoyait également « qu'il soit ordonné au Comité de mener de vastes consultations et d'examiner les démarches adoptées à l'égard de ces questions au Canada et dans les régimes gouvernementaux comparables⁷⁵ ».

4 CHRONOLOGIE

- | | |
|-----------|--|
| 1983 | La Commission de réforme du droit du Canada recommande que l'euthanasie volontaire active ne soit ni légalisée ni décriminalisée. Elle recommande également que l'aide au suicide rendue à un malade en phase terminale ne soit pas décriminalisée. |
| Juin 1987 | La Commission de réforme du droit du Canada publie ses propositions de modification du <i>Code criminel</i> . Ces propositions comprennent la recommandation que l'euthanasie soit considérée comme un meurtre au deuxième degré (« meurtre ordinaire ») plutôt que comme un meurtre au premier degré (« meurtre prémédité »). |

Mars 1991	Le projet de loi C-351, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), présenté par Robert Wenman, franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
Mai 1991	Le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), présenté par Robert Wenman, franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes.
Juin 1991	Le projet de loi C-261, Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie, présenté par Chris Axworthy, franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes.
Septembre 1991	Le projet de loi C-203, Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) est lu pour la deuxième fois et renvoyé au Comité H. Le Comité entreprend ses audiences sur le projet de loi le 29 octobre 1991.
Octobre 1991	Le projet de loi C-261, Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie aux personnes qui la demandent et qui sont atteintes d'une affection irrémédiable, concernant l'abstention et l'interruption de traitement et modifiant le Code criminel est débattu à l'étape de la deuxième lecture puis retiré du <i>Feuilleton</i> .
Janvier 1992	La Cour supérieure du Québec statue, dans le cas de Nancy B., une femme atteinte d'une maladie incurable, que débrancher son respirateur à sa demande et laisser la nature suivre son cours ne constituerait pas un acte criminel.
Janvier 1992	Un chirurgien ontarien est accusé de meurtre au deuxième degré relativement au décès d'un cancéreux gravement malade. Le patient serait décédé d'un arrêt cardiaque après l'administration de morphine et de chlorure de potassium.
Février 1992	Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203 ajourne ses travaux.
Août 1992	Scott Mataya, un infirmier de Toronto qui avait été accusé de meurtre au premier degré pour le meurtre par compassion d'un patient en phase terminale, plaide coupable à une accusation moins grave, soit celle d'avoir administré une substance nocive. Il est condamné avec sursis et se voit retirer son permis d'exercer.
Décembre 1992	Le projet de loi C-385, Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide), présenté par Svend Robinson, franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
Mars 1993	Les députés de la Chambre des communes rejettent une motion demandant au gouvernement de considérer l'opportunité de la présentation d'une loi sur l'euthanasie et de garantir que les personnes qui aident des malades en phase terminale à mourir bénéficieront d'une immunité en matière pénale.

Avril 1993	Un médecin ontarien qui a injecté une substance mortelle à un cancéreux gravement malade est accusé d'avoir administré une substance nocive dans le but de mettre la vie en danger. Il est condamné à trois ans d'emprisonnement avec sursis après avoir plaidé coupable. Le médecin avait d'abord été accusé de meurtre au deuxième degré, mais cette accusation a été retirée.
Septembre 1993	Dans une décision partagée (cinq juges contre quatre), la Cour suprême du Canada rejette l'appel de Sue Rodriguez, qui contestait, en vertu de la <i>Charte</i> , la validité de l'interdiction de l'aide au suicide prévue au <i>Code criminel</i> .
Novembre 1993	Le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique publie des lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne sur les accusations portées contre les personnes ayant joué un rôle dans des cas d'euthanasie active et d'aide au suicide.
Février 1994	Sue Rodriguez se suicide avec l'aide d'un médecin. La police fait une enquête, mais ne porte pas d'accusation criminelle.
Février 1994	Le ministre de la Justice, Allan Rock, déclare que le Parlement devrait étudier les questions de l'interruption des traitements et de l'aide au suicide.
Février 1994	Le premier ministre Jean Chrétien déclare que les députés participeront à un vote libre sur la légalisation du suicide commis avec l'aide d'un médecin.
Février 1994	Le projet de loi C-215, Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide), présenté par Svend Robinson, franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Il est rayé du <i>Feuilleton</i> le 21 septembre 1994, à la suite d'un débat.
Février 1994	Un comité sénatorial spécial est constitué afin d'examiner les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et de l'aide au suicide et de présenter un rapport à ce sujet.
Novembre 1994	Robert Latimer est reconnu coupable du meurtre au deuxième degré par asphyxie de sa fille de 12 ans, Tracy, gravement handicapée. Il est condamné à l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans.
Juin 1995	Le Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide publie son rapport, intitulé <i>De la vie et de la mort</i> .
Novembre 1996	La sénatrice Sharon Carstairs présente au Sénat le projet de loi S-13, Loi modifiant le Code criminel (protection des soignants). Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
Février 1997	La Cour suprême du Canada ordonne que Robert Latimer subisse un nouveau procès.

Mai 1997	La D ^{re} Nancy Morrison est accusée du meurtre au premier degré d'un patient en phase terminale débranché de l'appareil qui le maintenait en vie.
Décembre 1997	Robert Latimer, reconnu encore une fois coupable de meurtre au deuxième degré, est condamné à une peine de deux ans moins un jour, malgré le fait que la peine minimale prévue par le <i>Code criminel</i> soit l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans.
Février 1998	Un juge de la Nouvelle-Écosse statue que les preuves sont insuffisantes pour qu'un jury condamne la D ^{re} Nancy Morrison, et il refuse de la citer à procès.
Mai 1998	Le D ^r Maurice Généreux est condamné à une peine de deux ans moins un jour et à trois ans de probation pour avoir prescrit des médicaments à deux malades qui n'étaient pas en phase terminale, afin qu'ils puissent se suicider. L'année suivante, la Cour d'appel de l'Ontario confirme la peine.
Novembre 1998	La Cour d'appel de la Saskatchewan maintient le verdict rendu contre Robert Latimer et le condamne à la détention à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans.
Novembre 1998	La Cour suprême de la Nouvelle-Écosse rejette l'appel de la décision dans le cas de la D ^{re} Nancy Morrison.
Avril 1999	La sénatrice Thérèse Lavoie-Roux présente au Sénat le projet de loi S-29, Loi modifiant le Code criminel (protection des patients et des soignants). Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
Octobre 1999	La sénatrice Sharon Carstairs présente au Sénat le projet de loi S-2, Loi facilitant la prise de décisions médicales légitimes relativement aux traitements de survie et au traitement de la douleur. Le projet de loi est renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles en février 2000, qui n'en fait pas rapport à la Chambre avant la dissolution du Parlement.
Juin 2000	Le sous-comité sénatorial institué pour examiner la mise en œuvre des recommandations unanimes faites dans <i>De la vie et de la mort</i> en 1995 présente son rapport, intitulé <i>Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit</i> .
Janvier 2001	La Cour suprême du Canada maintient le jugement de la Cour d'appel de la Saskatchewan à l'égard de Robert Latimer.
Septembre 2004	Marielle Houle est accusée d'avoir encouragé son fils de 36 ans, Charles Fariala, à se suicider et d'avoir été complice de son acte.
Novembre 2004	Evelyn Martens est acquittée. Elle avait été accusée d'avoir encouragé deux femmes à se suicider en 2002 et d'avoir été complice de leurs actes.

Juin 2005	Francine Lalonde présente le projet de loi C-407, Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement).
Juillet 2005	André Bergeron est accusé de tentative de meurtre sur la personne de sa conjointe, Marielle Gagnon, atteinte de l'ataxie de Friedreich.
Octobre 2005	On accorde au projet de loi C-407 une heure de débat à la Chambre des communes. Le projet de loi meurt cependant au <i>Feuilleton</i> en novembre 2005, à la dissolution du Parlement.
Janvier 2006	Marielle Houle plaide coupable d'avoir encouragé son fils à se suicider et d'avoir été complice de son acte. Elle est condamnée à trois ans de probation.
Septembre 2006	Raymond Kirk plaide coupable d'avoir aidé sa femme souffrante à se suicider. La Cour de justice de l'Ontario lui impose une période de probation de trois ans.
Octobre 2006	André Bergeron est condamné à trois ans de probation pour voies de fait graves relativement au décès de sa femme.
Juin 2007	Le D ^r Ramesh Kumar Sharma est condamné pour avoir aidé Ruth Wolfe, une femme de 93 ans qui souffrait de problèmes cardiaques, à se suicider. Le tribunal lui impose une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour à purger dans la communauté.
Juillet 2007	La GRC décide de ne pas porter d'accusation dans le cas du suicide d'Elizabeth MacDonald, une Canadienne atteinte de sclérose en plaques qui est décédée en Suisse avec l'aide de l'organisation Dignitas.
Février 2008	La section d'appel de la Commission nationale des libérations conditionnelles accorde une libération conditionnelle de jour à Robert Latimer.
Juin 2008	La députée Francine Lalonde présente le projet de loi C-562, Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement).
Septembre 2008	Le projet de loi C-562 meurt au <i>Feuilleton</i> par suite de la dissolution du Parlement.
Décembre 2008	Stéphan Dufour, qui a été accusé d'avoir aidé son oncle à se suicider, est acquitté par un jury en raison de ses capacités mentales limitées. La partie poursuivante interjette appel du jugement, mais sans succès.
Mai 2009	La députée Francine Lalonde présente le projet de loi C-384, qui est identique au projet de loi C-562. Il est rejeté le 21 avril 2010, à 228 voix contre 59.
Décembre 2009	L'Assemblée nationale du Québec donne à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité le mandat de tenir des consultations publiques à l'échelle de la province.

Mai 2010	Peter Fonteece est accusé de négligence criminelle entraînant la mort pour ne pas avoir cherché de l'aide lorsque sa femme s'est tuée dans le cadre de leur pacte de suicide. Il plaide coupable, mais il n'est pas reconnu coupable d'avoir aidé sa femme à se suicider.
Juin 2010	La sénatrice Sharon Carstairs publie un rapport sur les soins palliatifs, intitulé <i>Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada</i> .
Novembre 2010	Robert Latimer obtient sa libération conditionnelle totale.
Novembre 2011	La Société royale du Canada publie <i>Prise de décisions en fin de vie</i> .
Mars 2012	La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité dépose son rapport, dans lequel elle recommande des réformes législatives afin de faciliter le recours à l'euthanasie.
Juin 2012	La Cour suprême de la Colombie-Britannique est saisie de la contestation de Gloria Taylor relative à l'alinéa 241b) du <i>Code criminel</i> et déclare cette disposition invalide.
Janvier 2013	Un comité d'experts du Québec recommande la modification de la législation sur les soins de santé de manière à intégrer l'euthanasie aux soins de fin de vie.
Juin 2013	Le projet de loi n ^o 52, Loi concernant les soins de fin de vie, est présenté à l'Assemblée nationale du Québec.
Octobre 2013	La Cour d'appel de la Colombie-Britannique infirme la décision de la juge de première instance dans l'affaire <i>Carter v. Canada (Attorney General)</i> .
Mars 2014	Le député Steven Fletcher présente le projet de loi C-581, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), et le projet de loi C-582, Loi constituant la Commission canadienne sur l'aide médicale à mourir.
Décembre 2014	La sénatrice Nancy Ruth présente le projet de loi S-225, Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir).
Février 2015	La Cour suprême du Canada déclare que l'article 14 et l'alinéa 241b) du <i>Code criminel</i> sont incompatibles avec la <i>Charte canadienne des droits et libertés</i> dans certaines circonstances, mais elle suspend la prise d'effet de cette déclaration pendant un an afin de permettre au Parlement, aux provinces et aux territoires de légiférer.
Février 2015	Le chef du Parti libéral du Canada, Justin Trudeau, propose à la Chambre des communes la création d'un comité spécial chargé d'examiner l'arrêt <i>Carter c. Canada (Procureur général)</i> , mais la motion est rejetée.
Juin 2015	L'Association médicale canadienne publie un avant-projet intitulé <i>Approches fondées sur des principes pour encadrer l'aide à mourir au Canada</i> .

Juillet 2015	Le gouvernement fédéral crée le Comité externe sur les options de réponse législative à <i>Carter c. Canada</i> .
Août 2015	Le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir est créé.
Décembre 2015	Les dispositions du projet de loi n° 52 du Québec, Loi concernant les soins de fin de vie, entrent en vigueur (jusqu'à ce que la Cour d'appel du Québec ait rendu sa décision sur la compatibilité des dispositions avec le <i>Code criminel</i> fédéral).
Décembre 2015	Le Comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes est créé.
Décembre 2015	Le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir publie son rapport final.
Décembre 2015	Le Comité externe sur les options de réponse législative à <i>Carter c. Canada</i> termine son rapport définitif.

NOTES

- * Ce document est la version révisée d'une publication portant le même titre, publiée le 15 mars 2013 et à laquelle Dominique Valiquet, de la Bibliothèque du Parlement, et Martha Butler, anciennement de la Bibliothèque du Parlement, ont contribué.
1. [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46.
 2. Forum Research Inc., [Support for assisted suicide increases across four years](#), communiqué, 25 août 2015.
 3. [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 C.S.C. 5.
 4. Pour une analyse plus approfondie du jugement rendu dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*, voir Martha Butler et Marlisa Tiedemann, [Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir](#), publication n° 2015-47-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 7 octobre 2015.
 5. Chambre des communes, [Débats](#), 1^{re} session, 42^e législature, 11 décembre 2015, 1015.
 6. [In the Matter of Karen Quinlan, an Alleged Incompetent](#), 70 N.J. 10 (1976).
 7. Voir, par exemple, Peter Tanuseputro *et al.*, « [The Health Care Cost of Dying: A Population-Based Retrospective Cohort Study of the Last Year of Life in Ontario, Canada](#) », *PLoS ONE* 10(3): e0121759, 26 mars 2015.
 8. L'euthanasie et l'aide au suicide sont interdites en vertu du *Code criminel*. Les articles pertinents de la législation sont examinés ci-dessous.
 9. La Cour suprême du Canada a rejeté cet argument dans [Rodriguez c. Colombie-Britannique \(Procureur général\)](#), [1993] 3 R.C.S. 519, mais l'a accepté dans l'affaire [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2012 B.C.S.C. 886. La Cour suprême du Canada a conclu qu'il était inutile d'examiner cet argument dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*.
 10. Jocelyn Downie, *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia and Assisted Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 86, 88 et 97.

11. Margaret A. Somerville, *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2001, p. 82.
12. [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2012 B.C.S.C. 886, par. 38.
13. *Ibid.*, par. 37. Les définitions utilisées dans cette étude sont celles que l'on trouve dans le jugement rendu dans l'affaire *Carter*. À noter également que la terminologie employée pour parler de l'aide au suicide peut porter à controverse. Certains tenants de la pratique préfèrent des expressions comme « mourir dans la dignité » et « aide à mourir ».
14. *Ibid.*, par. 23 [TRADUCTION].
15. *Ibid.* [TRADUCTION].
16. *Ibid.*, par. 1389 [TRADUCTION].
17. Cette section porte principalement sur les questions de droit pénal relatives à l'euthanasie et à l'aide au suicide. La légalisation de ces deux mesures, ou de l'une d'elles, aurait des conséquences sur d'autres domaines du droit et de la réglementation, principalement de compétence provinciale, comme l'administration de l'appareil judiciaire, le droit de la santé, les codes d'éthique des professionnels de la santé et la législation relative aux droits de la personne.
18. [R. c. Latimer](#), [2001] 1 R.C.S. 3, par. 6.
19. *Ibid.*, par. 13.
20. L'art. 12 de la [Charte canadienne des droits et libertés](#) (la *Charte*) dit : « Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels ou inusités. »
21. *R. c. Latimer*.
22. L'art. 7 de la *Charte* précise : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »
23. [Rodriguez c. Colombie-Britannique \(Procureur général\)](#), [1993] 3 R.C.S. 519.
24. Le par. 15(1) de la *Charte* dit :

La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.
25. *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 B.C.S.C. 886.
26. Le résumé de la décision a été extrait de Butler et Tiedemann (2015).
27. [Withler c. Canada](#), 2011 C.S.C. 12.
28. [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2013 B.C.C.A. 435.
29. *Ibid.*, par. 324 [TRADUCTION].
30. *Ibid.*, par. 352 [TRADUCTION].
31. *Ibid.*, par. 326 [TRADUCTION].
32. L'article premier de la *Charte* dit : « La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. »
33. *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 C.S.C. 5, par. 105.
34. *Ibid.*, par. 93.

35. *Ibid.*, par. 127.
36. *Ibid.*
37. *Ibid.*
38. *Ibid.*, par. 129.
39. *Ibid.*, par. 132.
40. *Ibid.*
41. *Ibid.*, par. 125. On peut trouver de l'information concernant les poursuites intentées en vertu de l'alinéa 241b) du *Code criminel* dans la chronologie à la fin de la présente étude, mais il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.
42. Collège des médecins du Québec, [Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie : Document de réflexion](#), 16 octobre 2009.
43. Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (Commission spéciale), [Mourir dans la dignité](#), mars 2012, p. 13.
44. Barreau du Québec, [Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes](#), Montréal, septembre 2010.
45. Commission spéciale (2012).
46. Jean-Pierre Ménard, Michelle Giroux et Jean-Claude Hébert, [Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité : Rapport du Comité de juristes experts](#), janvier 2013.
47. [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q., ch. S-32.0001, par. 3(6).
48. *Ibid.*, art. 26.
49. *Ibid.*, art. 29.
50. [D'Amico c. Québec \(Procureure générale\)](#), 2015 Q.C.C.S. 5556.
51. [Québec \(Procureure générale\) c. D'Amico](#), 2015 Q.C.C.A. 2138.
52. Ministère de la Justice du Québec, [Avis – Orientations et mesures de la ministre de la Justice](#), 9 décembre 2015.
53. [Malette v. Shulman \(Ont. C.A.\)](#), 1990 CanLII 6868 (ON CA).
54. *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec (1992)*, 86 R.J.Q. (4^e) 385 (C.S.).
55. Pour en savoir plus sur les pays qui permettent l'utilisation de directives préalables pour autoriser le recours à l'aide d'un médecin pour mourir, voir Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [Euthanasie et suicide assisté : la législation dans certains pays](#), publication n° 2015-116-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 23 octobre 2015.
56. Commission de réforme du droit du Canada, [Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement](#), Rapport 20, Ottawa, 1983.
57. Ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique, « [Euthanasia and Assisted Suicide](#) », Policy EUT 1, dans *Crown Counsel Policy Manual*, 15 mars 2004, p. 1.
58. Sénat, Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide, [De la vie et de la mort – Rapport final](#), juin 1995.
59. Sénat, Sous-comité de mise à jour de *De la vie et de la mort*, [Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit](#), rapport final, juin 2000, p. 3.
60. L'honorable Sharon Carstairs, [Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada](#), Sénat du Canada, juin 2010.

61. Udo Schuklenk *et al.*, [Groupe d'experts de la Société royale du Canada : Prise de décisions en fin de vie](#), La Société royale du Canada, novembre 2011, p. 10.
62. Association médicale canadienne (AMC), « [Politique de l'AMC : L'euthanasie et l'aide à mourir \(mise à jour 2014\)](#) ».
63. Pour avoir un résumé de la version provisoire du document, voir Butler et Tiedemann (2015). Le document provisoire a été légèrement révisé et inclus dans le mémoire de l'AMC présenté au Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* : AMC, Lettre aux membres du Comité fédéral externe (« [Soumission de l'AMC au comité externe chargé d'examiner des options pour une réponse législative à l'affaire Carter c. Canada](#) »), 19 octobre 2015.
64. Ministère de la Justice, [Le gouvernement du Canada crée un comité externe chargé d'examiner des options pour une réponse législative à l'affaire Carter c. Canada](#), communiqué, Ottawa, 17 juillet 2015. Voir aussi Butler et Tiedemann (2015).
65. Gouvernement du Canada, [Lettre de la ministre Wilson-Raybould et de la ministre Philpott au Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada](#), document d'information, 14 novembre 2015.
66. Gouvernement de l'Ontario, [Les provinces et les territoires mettent sur pied un groupe consultatif d'experts sur l'aide médicale à mourir](#), communiqué, 14 août 2015. Voir aussi Butler et Tiedemann (2015).
67. *Ibid.*
68. Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, [Rapport final](#), 30 novembre 2015.
69. [Projet de loi C-407, Loi modifiant le Code criminel \(droit de mourir dignement\)](#), 1^{re} session, 38^e législature.
70. [Projet de loi C-562, Loi modifiant le Code criminel \(droit de mourir dignement\)](#), 2^e session, 39^e législature; et [Projet de loi C-384, Loi modifiant le Code criminel \(droit de mourir dignement\)](#), 2^e session, 40^e législature.
71. [Projet de loi C-581, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 2^e session, 41^e législature.
72. [Projet de loi C-582, Loi constituant la Commission canadienne sur l'aide médicale à mourir](#), 2^e session, 41^e législature.
73. [Projet de loi S-225, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 2^e session, 41^e législature.
74. Chambre des communes, [Débats](#), 2^e session, 41^e législature, 24 février 2015, 1010.
75. Chambre des communes (11 décembre 2015), 1015.