



ÉTUDE GÉNÉRALE

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA APRÈS L'ARRÊT *CARTER C. CANADA*

Publication n° 2019-43-F
Le 29 novembre 2019

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, 2019

L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada
(Étude générale)

Publication n° 2019-43-F

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	
1	INTRODUCTION.....1
2	COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR.....2
3	PROJET DE LOI C-14, LOI MODIFIANT LE CODE CRIMINEL ET APPORTANT DES MODIFICATIONS CONNEXES À D'AUTRES LOIS (AIDE MÉDICALE À MOURIR)3
4	CONTESTATIONS JUDICIAIRES DES MODIFICATIONS APPORTÉES AU <i>CODE CRIMINEL</i> CONCERNANT L'AIDE À MOURIR.....4
4.1	Julia Lamb.....5
4.2	<i>Truchon c. Procureur général du Canada</i>5
5	CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES : MINEURS MATURES, DEMANDES ANTICIPÉES ET MALADIE MENTALE.....6
5.1	Mineurs matures7
5.2	Demandes anticipées.....8
5.3	Maladie mentale/trouble mental8
6	EXIGENCES CONCERNANT LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS ET LA PRODUCTION DE RAPPORTS9
6.1	Rapports intérimaires de Santé Canada sur l'aide médicale à mourir au Canada9
6.2	Médecins et infirmiers praticiens tenus de fournir des renseignements en vertu du <i>Règlement</i>10
7	DOCUMENTS D'ORIENTATION À L'INTENTION DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ11
8	LIBERTÉ DE CONSCIENCE DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ12
8.1	L'arrêt <i>Christian Medical and Dental Society of Canada v. College of Physicians and Surgeons of Ontario</i>13
8.2	Les institutions religieuses de soins de santé et l'aide médicale à mourir13
9	CONCLUSION14



RÉSUMÉ

En février 2015, la Cour suprême du Canada rendait son jugement dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)* (l'arrêt *Carter*), une décision importante concernant la législation relative à l'aide à mourir. Vingt ans auparavant, cette loi avait été contestée en vain devant la Cour suprême, dans le cadre de l'affaire *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*. Dans l'arrêt *Carter*, la Cour a établi que les dispositions du *Code criminel* qui criminalisent le fait d'aider une personne à mettre fin à ses jours sont contraires à la *Charte canadienne des droits et libertés*. Ce jugement a amené le gouvernement du Canada, le Parlement et certains groupes à examiner la législation relative à l'aide à mourir et à se pencher sur des façons possibles de la modifier. Au Parlement, un comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes a étudié la question et a présenté au gouvernement ses recommandations sur les dispositions d'une nouvelle loi. Dans son rapport, publié en février 2016, ce comité utilise le terme « aide médicale à mourir » (AMM).

En avril 2016, le gouvernement du Canada a déposé le projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), qui proposait des règles pour déterminer qui pouvait être avoir accès à l'AMM et les mesures que les médecins et les infirmiers praticiens devaient prendre pour confirmer qu'une personne a droit à l'AMM. Il s'agissait notamment de s'assurer que deux médecins ou deux infirmiers praticiens indépendants avaient examiné le dossier du patient et convenu que ce dernier répondait aux critères de l'AMM (y compris le fait de souffrir de « problèmes de santé graves et irrémédiables » et d'être dans un état où la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible »). Ils devaient également s'assurer qu'aucune pression n'avait été exercée sur le patient pour qu'il choisisse d'avoir recours à l'AMM.

Le projet de loi C-14 est devenu loi en juin 2016 et cette dernière a été contestée presque immédiatement pour le motif qu'elle était trop restrictive. En septembre 2019, la Cour supérieure du Québec a déclaré invalide le passage de cette loi où il était précisé que la mort devait être « raisonnablement prévisible » pour que le patient ait accès à l'AMM. Depuis, le premier ministre Justin Trudeau a affirmé que son gouvernement proposerait des modifications à la loi pour en accroître la portée.

L'application de l'AMM ne fait pas l'unanimité et des professionnels de la santé qui jugent l'AMM contraire à leur conscience ou à leurs convictions religieuses veulent être exemptés de l'obligation d'y participer. Certains ordres professionnels de médecins ont adopté une politique selon laquelle le médecin qui s'oppose à l'AMM pour des raisons de conscience ou de religion doit « aiguiller correctement » vers un autre médecin le patient qui souhaite recourir à l'AMM.



La loi exige par ailleurs l'examen indépendant de trois autres questions relatives à l'AMM : l'AMM pour les « mineurs matures », c'est-à-dire les enfants qui ont l'aptitude mentale nécessaire pour prendre leurs propres décisions quant aux traitements qu'ils reçoivent; les demandes anticipées d'AMM, qui permettent à une personne de donner son consentement, alors qu'elle a encore l'aptitude mentale de le faire, en vue de recevoir l'AMM plus tard; et l'AMM pour une personne qui n'est pas malade physiquement, mais qui souffre de maladie mentale.

Le gouvernement du Canada a demandé au Conseil des académies canadiennes (CAC) de se pencher sur ces questions. Le CAC a présenté trois rapports détaillés en décembre 2018 dans lesquels il traitait notamment des expériences observées dans d'autres pays qui ont légalisé l'AMM ainsi que des effets que pourrait avoir la légalisation de l'AMM au Canada, en fonction de trois scénarios possibles. Les rapports mettaient aussi en lumière les lacunes en matière de données ou de connaissances.

La loi sur l'aide médicale à mourir reflète également le besoin de recueillir des renseignements sur l'AMM. Des dispositions réglementaires précisant les types de renseignements à communiquer au gouvernement du Canada sont entrées en vigueur en novembre 2018. En vertu des nouvelles dispositions réglementaires, Santé Canada doit maintenant publier des rapports annuels contenant les renseignements obtenus des médecins et des infirmiers praticiens. Le premier rapport est attendu pour le printemps 2020.

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA APRÈS L'ARRÊT CARTER C. CANADA

1 INTRODUCTION

Dans l'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*¹ (l'arrêt *Carter*) rendu en 2015, la Cour suprême du Canada a déclaré que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code criminel* (le *Code*), qui interdisaient d'aider quelqu'un à se donner la mort, portaient atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne qui voulait accéder à l'aide à mourir².

Le projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)³, a été la réponse législative du gouvernement fédéral à l'arrêt *Carter*. Il a reçu la sanction royale en juin 2016. Ainsi, les médecins et les infirmiers praticiens fournissant l'aide médicale à mourir (AMM) aux patients qui respectent les critères d'admissibilité énoncés dans la loi sont exemptés de l'interdiction s'ils adhèrent à tous les aspects de la loi.

Lorsque le projet de loi C-14 a été présenté, le Québec avait déjà accordé la sanction royale à sa propre loi sur l'aide médicale à mourir, la *Loi concernant les soins de fin de vie*, qui prévoit des critères différents⁴. Le 29 novembre 2019, un groupe d'experts du Québec a recommandé que la portée de la loi québécoise soit élargie afin de permettre à une personne d'exprimer, de façon anticipée, sa volonté de recourir à l'AMM⁵. D'autres provinces et territoires ont également établi leurs propres politiques et lignes directrices en matière d'AMM⁶.

La législation relative à l'AMM et à son application par les fournisseurs de soins de santé continue d'évoluer au Canada. Des affaires hautement médiatisées, comme celles d'Audrey Parker⁷, qui a choisi de recourir à l'AMM pour mettre fin à ses jours plus tôt qu'elle l'aurait souhaité parce qu'elle craignait de perdre sa capacité à consentir, et de Mary Wilson⁸, une femme atteinte de démence qui voulait accéder à l'AMM, alimentent les débats sur les limites qu'il convient d'imposer à l'AMM au pays.

En septembre 2019, la Cour supérieure du Québec a invalidé le critère selon lequel l'AMM peut être accordée uniquement à la personne dont la mort est « raisonnablement prévisible⁹ ». À la suite de l'élection fédérale d'octobre de la même année, le premier ministre Justin Trudeau a annoncé que son gouvernement proposerait des modifications afin d'étendre la portée de la loi sur l'aide à mourir¹⁰.

La présente étude générale met en lumière quelques-uns des principaux enjeux et développements qui sont survenus au Canada dans le sillage de l'arrêt *Carter*, y compris le travail du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le Comité), le dépôt du projet de loi C-14, l'examen de certaines questions par le Conseil des

académies canadiennes (CAC), les exigences relatives aux rapports sur l'AMM et la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé¹¹. On trouvera un compte rendu de l'historique de l'aide à mourir au Canada dans la publication *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*¹² de la Bibliothèque du Parlement. Pour plus de renseignements sur l'aide à mourir dans d'autres pays, on peut consulter le document *Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada*¹³.

2 COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

En réponse à l'arrêt *Carter*, le Sénat et la Chambre des communes ont adopté, en décembre 2015, des motions visant la création d'un comité mixte spécial chargé d'examiner les consultations et les études en cours concernant l'aide à mourir, de mener ses propres consultations et de « 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 Canadiens¹⁴ ».

Dans son rapport de février 2016, le Comité formule 21 recommandations concernant la réponse législative au sujet de l'aide à mourir (le Comité utilise le terme « aide médicale à mourir », ou « AMM »), y compris des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde¹⁵. Les conclusions du Comité ne sont pas unanimes; certains de ses membres conservateurs ont publié une opinion dissidente, tandis que ses membres du Nouveau Parti démocratique (NPD) ont transmis une opinion complémentaire au nom de leur parti¹⁶.

Bon nombre des recommandations du Comité concernant les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde ont été intégrées au projet de loi C-14. Celles qui ne l'ont pas été sont, entre autres, les suivantes :

- que l'on ne juge pas inadmissibles à l'aide médicale à mourir les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique en raison de la nature de leur maladie (recommandation 3);
- que les « mineurs capables et matures » aient accès à l'AMM dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur des dispositions concernant l'AMM pour les adultes capables (et que, durant cette période de trois ans, la question de l'AMM pour les mineurs capables et matures soit étudiée) (recommandation 6);
- que le recours aux demandes anticipées d'AMM soit autorisé dans certaines circonstances (recommandation 7).

3 **PROJET DE LOI C-14, LOI MODIFIANT LE CODE CRIMINEL ET APPORTANT DES MODIFICATIONS CONNEXES À D'AUTRES LOIS (AIDE MÉDICALE À MOURIR)** ¹⁷

Le projet de loi C-14 a été présenté à la Chambre des communes le 14 avril 2016. L'« aide médicale à mourir » y était définie comme étant le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort;
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Le projet de loi prévoyait de modifier le *Code* de manière à ce que certaines personnes qui fournissent l'AMM, dont les médecins et les infirmiers praticiens, de même que certaines personnes qui leur offrent leur assistance, dont les pharmaciens, soient exemptées de la responsabilité pénale. Il prévoyait également l'exemption d'une personne qui en aide une autre à qui l'AMM a été autorisée et qui choisit de s'administrer elle-même une substance qui causera sa mort.

D'autres modifications au *Code* portaient sur les critères d'admissibilité des personnes qui souhaitent obtenir l'AMM et sur les mesures de sauvegarde. Ainsi, pour être admissible à l'AMM, une personne doit :

- avoir droit à des soins de santé financés par l'État au Canada (al. 241.2(1)a) du *Code*);
- être âgée d'au moins 18 ans et être capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé (al. 241.2(1)b));
- souffrir de « problèmes de santé graves et irrémédiables » (al. 241.2(1)c));
- faire une demande d'AMM de manière volontaire, sans pressions extérieures (al. 241.2(1)d));
- donner son consentement de manière éclairée après avoir reçu de l'information sur des façons de soulager ses souffrances (al. 241.2(1)e)).

Pour être considérée comme ayant des « problèmes de santé graves et irrémédiables », la personne doit répondre aux critères suivants :

- elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables (al. 241.2(2)a));
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités (al. 241.2(2)b));

- elle éprouve des souffrances physiques ou psychologiques persistantes « qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables » (al. 241.2(2)c);
- elle se trouve dans un état où la « mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » (al. 241.2(2)d)).

Les mesures de sauvegarde sont, entre autres, les suivantes :

- le médecin ou l'infirmier praticien appelé à fournir l'AMM doit d'abord être d'avis que la personne qui a fait la demande d'AMM remplit tous les critères d'admissibilité (al. 241.2(3)a);
- un deuxième médecin ou infirmier praticien doit confirmer le respect des critères d'admissibilité (al. 241.2(3)e);
- la demande écrite d'AMM doit être signée devant deux témoins indépendants (al. 241.2(3)c);
- sauf certaines exceptions, au moins dix jours doivent s'écouler entre le jour où la demande est signée et celui où l'AMM est fournie (al. 241.2(3)g)).

Les modifications apportées au *Code* ont aussi créé des infractions criminelles qui s'appliquent en cas de non-respect des mesures de sauvegarde (art. 241.3), de commission d'un faux ou de destruction d'un document (art. 241.4) ou de non-respect des exigences sur la communication de renseignements ou des règlements applicables (par. 241.31(4) et par. 241.31(5)).

Dans sa version définitive, le projet de loi exigeait qu'un examen indépendant soit réalisé au sujet de trois cas de restrictions applicables actuellement à l'AMM. Il s'agit des cas d'AMM pour les mineurs matures, de demandes anticipées d'AMM et de demandes d'AMM où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Cette exigence a été ajoutée à l'étape de l'étude du projet de loi par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. Les résultats de l'examen indépendant sont analysés dans la section 5 ci-dessous.

4 CONTESTATIONS JUDICIAIRES DES MODIFICATIONS APPORTÉES AU CODE CRIMINEL CONCERNANT L'AIDE À MOURIR

Sont résumés ci-dessous deux cas de contestation judiciaire de la loi sur l'aide à mourir, soit l'un en Colombie-Britannique et l'autre au Québec.

4.1 JULIA LAMB

Peu après l'entrée en vigueur du projet de loi C-14, en juin 2016, Julia Lamb, une femme atteinte d'amyotrophie spinale de type 2 et soutenue par l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique (BCCLA), a contesté la loi. M^{me} Lamb et la BCCLA maintenaient que la loi était trop restrictive, car elle exigeait que, pour être admissible à l'AMM, une personne devait être dans « un déclin avancé et irréversible » et « sa mort naturelle [devait être] devenue raisonnablement prévisible ».

Bien qu'elle ait fait l'objet de certaines décisions préliminaires, l'affaire ne s'était pas encore rendue au procès lorsque la procureure générale du Canada de l'époque a soumis un témoignage d'expert dans lequel on estimait qu'il était probable que le cas de Julia Lamb soit jugé conforme au critère de mort naturelle raisonnablement prévisible. Dans ce rapport, il était précisé que

[m]ême s'il était plus prudent d'utiliser des pronostics plus courts afin de donner un avis de mort naturelle raisonnablement prévisible au cours de la première année, certains cliniciens se sont montrés plus disposés à prolonger de nombreuses années la durée du pronostic à la suite des lignes directrices sur la détermination de la mort raisonnablement prévisible en pratique clinique de l'ACEPA [Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM] et de l'arrêt *A.B. v. Canada*. Lorsque M^{me} Lamb a intenté une poursuite au civil, le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible pouvant l'avoir empêchée d'accéder à l'aide médicale à mourir¹⁸.

Compte tenu de ce témoignage et de l'opinion selon laquelle Julia Lamb serait probablement admissible à l'AMM, l'avocat des plaignants a demandé l'ajournement du procès pour une période illimitée. Le procès était prévu pour novembre 2019¹⁹.

4.2 TRUCHON C. PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

Jean Truchon est atteint de la paralysie cérébrale et a reçu, en 2012, un diagnostic de sténose spinale grave avec myélomalacie, affection qui l'a privé de l'usage du bras qu'il pouvait encore utiliser. Nicole Gladu a appris, à 47 ans, qu'elle souffrait du syndrome de post-poliomyélite. Tous deux avaient fait une demande d'AMM, qui avait été jugée conforme à tous les critères d'admissibilité, sauf celui voulant que la mort naturelle soit « raisonnablement prévisible » en vertu du *Code* (al. 241.2(2)d)) et que la personne soit en « fin de vie » conformément à la loi québécoise sur les soins de fin de vie (par. 26(3)). Dans leur contestation, ils faisaient valoir que ces critères portaient atteinte à la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*).

Le 11 septembre 2019, la Cour supérieure du Québec a déclaré que la disposition du *Code* qui exige que la mort soit raisonnablement prévisible était contraire au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, garantis par l'article 7 de la *Charte*²⁰.

La juge a également établi que les dispositions du *Code* et de la loi québécoise concernant les soins de fin de vie qui exigent qu'une personne soit « en fin de vie » portaient atteinte aux droits à l'égalité prévus par l'article 15 de la *Charte*. Les dispositions des deux lois en question ont été déclarées invalides, et la déclaration d'invalidité a été suspendue pour six mois. Les demandeurs ont obtenu une exemption constitutionnelle les autorisant à avoir accès à l'AMM durant la période de suspension.

Ni le gouvernement fédéral ni le gouvernement du Québec n'a fait appel du jugement. Le premier ministre Justin Trudeau a annoncé que le gouvernement fédéral proposerait des modifications à la loi²¹.

5 CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES : MINEURS MATURES, DEMANDES ANTICIPÉES ET MALADIE MENTALE

Comme il a été mentionné précédemment, la loi fédérale sur l'aide médicale à mourir exigeait la tenue d'un examen indépendant des questions relatives à l'AMM pour les mineurs matures, aux demandes anticipées d'AMM et aux demandes d'AMM dans les cas où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

En décembre 2016, la ministre fédérale de la Santé et la ministre fédérale de la Justice et procureure générale du Canada ont demandé au CAC d'examiner ces questions.

Le CAC a formé un comité composé d'experts canadiens et étrangers qui se sont répartis en trois groupes de travail, chacun devant se pencher sur une question.

Comme il est précisé dans le sommaire des rapports des groupes de travail :

Les experts provenaient du milieu universitaire, clinique, juridique et réglementaire et des disciplines de la médecine, des soins infirmiers, du droit, de la bioéthique, de la psychologie, de la philosophie, de l'épidémiologie, de l'anthropologie et de la sociologie. Le comité d'experts a dû définir l'éventail de connaissances et de données probantes correspondant au mandat et examiner et interpréter ces données sous forme de constatations [...] Il admet également que l'expérience est limitée, car peu d'États autorisent une forme ou une autre d'AMM et encore moins autorisent l'AMM dans les trois domaines étudiés. Dans le cadre de son recueil de données probantes, le comité d'experts a lancé un appel à contribution à l'intention des organisations et groupes touchés par l'AMM, ou y participant, partout au Canada. De plus, un cercle des aînés autochtones, animé par des membres autochtones du comité d'experts, s'est réuni pour fournir le point de vue des peuples autochtones au sujet de l'AMM, surtout en ce qui concerne les trois domaines étudiés²².

Le comité d'experts devait également répondre à des sous-questions d'ordre général et à des sous-questions propres à chacun des sujets étudiés. Celles qui touchaient les trois sujets étaient les suivantes :

- les implications potentielles pour les personnes visées;
- les conséquences possibles pour la société de permettre ou d'interdire les demandes d'AMM dans les trois situations étudiées;
- les risques et les mesures de sauvegarde qui pourraient être pris en compte dans les trois situations étudiées;
- les lacunes en matière de connaissances et de recherches, tant au Canada qu'ailleurs dans le monde.

Dans le cadre de l'examen par le CAC, un cercle des aînés autochtones, animé par des membres autochtones du comité d'experts, s'est réuni pour fournir le point de vue des peuples autochtones au sujet de l'AMM. Le cercle des aînés a souligné que les peuples autochtones du Canada n'avaient pas été consultés au sujet de l'AMM. Cette absence de consultation des peuples autochtones avait aussi été signalée lors de l'étude du projet de loi C-14 au Parlement.

5.1 MINEURS MATURES

Le groupe de travail qui a examiné les connaissances sur l'AMM pour les mineurs matures a souligné qu'« une des principales difficultés que soulève la création d'une loi pour les mineurs est de trouver le juste équilibre entre protéger les mineurs contre certains dangers et respecter leurs droits en évitant de leur imposer des contraintes injustes et contraires à l'éthique²³ ». Dans son sommaire, le groupe de travail indique qu'« [a]ucune donnée n'a permis d'établir qu'un âge minimum constituerait une mesure efficace pour protéger ceux qui sont incapables de prendre de manière volontaire une décision éclairée relative à l'AMM²⁴ ». Il ajoute cependant que le fait de refuser l'AMM aux mineurs matures pourrait un jour entraîner une contestation constitutionnelle²⁵. Comme mesure de sauvegarde potentielle, il serait possible d'instaurer des critères d'admissibilité propres aux mineurs, par exemple, ne permettre l'AMM qu'en cas de maladie terminale, et exiger qu'une équipe médicale multidisciplinaire évalue la capacité du mineur concerné²⁶.

Les Pays-Bas et la Belgique sont les seuls États qui autorisent le recours à l'AMM pour les mineurs. Aux Pays-Bas, l'AMM est autorisée pour les enfants âgés de 12 ans ou plus, mais le consentement parental est exigé pour les enfants qui ont entre 12 et 16 ans²⁷. Pour sa part, la Belgique n'impose pas d'âge minimal quant à l'admissibilité à l'AMM, mais elle exige que la personne soit capable de discernement, c'est-à-dire qu'elle doit être « pleinement apte à juger de la situation et de l'entière portée de la demande d'euthanasie et des conséquences de l'acte²⁸ ». Contrairement à celle qui

s'applique aux adultes, la loi belge concernant les mineurs prévoit que les mineurs qui souhaitent obtenir l'AMM en Belgique doivent être en phase terminale²⁹.

Le groupe de travail a constaté que, « en raison des nombreuses lacunes dans les connaissances, il est difficile de parvenir à des réponses définitives³⁰ ». Par exemple, il existe peu de données sur les quelques cas de mineurs qui ont eu recours à l'AMM dans les deux seuls pays où cette pratique est autorisée³¹. Par ailleurs, on en sait peu sur les points de vue des mineurs en phase terminale et de leurs familles ou sur les points de vue d'autres personnes susceptibles d'être touchées par une loi qui autorise le recours à l'AMM pour les mineurs matures, comme les mineurs potentiellement vulnérables.

5.2 DEMANDES ANTICIPÉES

Le groupe de travail qui s'est penché sur les demandes anticipées a observé que les principales raisons qui amènent quelqu'un à faire une demande anticipée d'AMM sont liées au désir de rester maître de sa fin de vie et à la volonté d'éviter la souffrance intolérable³². Le groupe a également constaté que le « principal risque posé par les demandes anticipées d'AMM est qu'une personne reçoive l'aide à mourir contre sa volonté³³ ». Bon nombre des questions soulevées avaient trait à l'incertitude vécue par les personnes qui seraient appelées à prendre une décision sur l'AMM pour une autre personne sans pouvoir confirmer que cette dernière souhaite toujours recevoir l'AMM qu'elle a demandée de manière anticipée. Parmi les nombreux sujets sur lesquels le groupe de travail s'est penché, notons la possible difficulté de déterminer si la souffrance est intolérable (un critère déjà prévu dans la législation pour les demandes d'AMM) dans le contexte d'une demande anticipée et si une demande anticipée repose véritablement sur un consentement éclairé.

Dans les quatre pays où elles sont autorisées dans certaines circonstances, les demandes anticipées d'AMM ne sont pas fréquentes et il existe peu de données sur la façon dont ces demandes sont utilisées³⁴. Le groupe de travail a observé d'autres lacunes en matière de connaissances, notamment en ce qui a trait au jugement professionnel dans de tels cas, et aux répercussions sociales que pourrait avoir le fait d'autoriser les demandes anticipées. Des mesures de sauvegarde possibles ont été envisagées, mais les membres ne se sont pas entendus sur celles qui seraient nécessaires ou sur leur capacité à minimiser suffisamment le risque que représentent les demandes anticipées d'AMM³⁵.

5.3 MALADIE MENTALE/TROUBLE MENTAL

Le troisième groupe de travail, qui a utilisé le terme de « trouble mental » par souci de « cohérence avec la pratique clinique et juridique actuelle », a reconnu que le trouble mental constituait un sujet litigieux³⁶. Les membres du groupe étaient en désaccord sur « certaines questions fondamentales » et n'ont pas pu parvenir, sur plusieurs sujets, « à un consensus sur l'interprétation ou la signification des données probantes ni sur

ce qui constitue des données probantes pertinentes »³⁷. Dans leur rapport, ils affirment que, même s'il n'est pas expressément interdit de présenter une demande d'AMM lorsqu'un trouble mental est la seule condition médicale invoquée, il est difficile, dans un tel cas, de répondre aux autres critères d'admissibilité.

Le groupe de travail s'est penché sur les questions clés suivantes :

- la difficulté possible, pour les cliniciens, de déterminer si la présentation d'une demande d'AMM est en soi un symptôme de trouble mental;
- la possibilité de déterminer si le trouble mental d'une personne est incurable;
- la question à savoir si l'autorisation de l'AMM dans de tels cas est compatible avec les efforts de prévention du suicide³⁸.

Le groupe de travail a étudié le cas des pays où la prestation de l'AMM aux personnes atteintes d'un trouble mental est autorisée plus largement qu'au Canada. Il note dans le rapport que l'AMM « demeure controversée » dans ces situations et que « le débat public se poursuit »³⁹. Le groupe de travail a convenu qu'il fallait approfondir les recherches afin de mieux comprendre les effets possibles de l'autorisation de l'AMM dans ces situations, ou du maintien des restrictions à cet égard, sur les personnes atteintes de troubles mentaux, les professionnels de la santé et la société en général⁴⁰. Enfin, les membres du groupe ont examiné différentes mesures de sauvegarde, mais ils ne se sont pas entendus sur leur efficacité pour atténuer les risques.

6 EXIGENCES CONCERNANT LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS ET LA PRODUCTION DE RAPPORTS

Les modifications au *Code* prévues dans le projet de loi visaient notamment la mise en place d'une autorité réglementaire en lien avec la collecte et la communication de renseignements sur l'AMM. Le *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*⁴¹ (le *Règlement*) est entré en vigueur en novembre 2018. Avant novembre 2018, les gouvernements provinciaux et territoriaux transmettaient à Santé Canada, sur une base volontaire, des données plus limitées concernant l'AMM.

6.1 RAPPORTS INTÉRIMAIRES DE SANTÉ CANADA SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA

Les données que les gouvernements provinciaux et territoriaux ont communiquées à Santé Canada ont été compilées et publiées dans quatre rapports intérimaires parus en avril 2017, en octobre 2017, en juin 2018 et en avril 2019⁴².

Selon le quatrième rapport intérimaire, publié en avril 2019, 6 749 personnes ont eu recours à l'AMM au Canada après l'entrée en vigueur des lois québécoise et fédérale à cet égard.

Dans ce rapport (qui repose sur des données allant du 1^{er} janvier au 31 octobre 2018), il est précisé ce qui suit :

- 44 % des personnes qui ont eu recours à l'AMM sont décédées à l'hôpital, tandis que 42 % sont décédées à leur domicile;
- l'âge moyen des personnes qui ont eu recours à l'AMM était 71 ans;
- 51 % des personnes qui ont eu recours à l'AMM étaient des hommes et 49 %, des femmes;
- 64 % des personnes qui ont eu recours à l'AMM avaient le cancer;
- on compte un cas d'autoadministration.

Le rapport présente aussi des données ventilées selon la région⁴³.

6.2 MÉDECINS ET INFIRMIERS PRATICIENS TENUS DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS EN VERTU DU *RÈGLEMENT*

Le *Règlement* précise quels médecins et infirmiers praticiens doivent fournir des renseignements ainsi que les renseignements qu'ils doivent communiquer.

Ces renseignements doivent être transmis au ministre fédéral de la Santé (par. 2(1)) ou, dans certaines circonstances, à d'autres destinataires désignés dans les provinces et les territoires (par. 2(2)).

Des renseignements doivent être fournis dans les situations suivantes :

- un praticien aiguille un patient qui a demandé l'AMM vers un autre praticien ou un service de coordination de soins ou, pour donner suite à la demande, transfère à un autre praticien la responsabilité des soins du patient (par. 4(1));
- un patient retire une demande écrite d'AMM (art. 5);
- un praticien détermine qu'un patient qui demande l'AMM ne remplit pas les critères d'admissibilité (art. 6);
- un praticien fournit ou prescrit une substance à un patient pour que celui-ci se l'administre lui-même (art. 7);
- un praticien administre une substance à un patient qui a demandé l'AMM (art. 8);
- un praticien apprend qu'un patient qui avait demandé l'AMM est décédé d'une cause autre que le fait d'avoir reçu une telle aide (art. 9);
- un pharmacien délivre une substance dans le cadre de la prestation de l'AMM (art. 11).

Les renseignements qui doivent être fournis au destinataire désigné sont décrits dans sept annexes au *Règlement* et comprennent :

- des renseignements de base comme la date de naissance, le sexe et le code postal (annexe 1);
- les motifs de l'aiguillage ou du transfert de la responsabilité des soins d'un patient qui a demandé l'AMM (annexe 2), y compris une mention du praticien indiquant si « sa conscience ou ses croyances l'empêchaient de déterminer si le patient remplissait les critères d'admissibilité ou de fournir l'aide médicale à mourir à ce dernier » (annexe 2, al. 2b));
- les critères d'admissibilité qui ont été pris en considération et une mention indiquant si le patient remplissait chacun des critères (annexe 3, art. 2);
- une mention indiquant si le patient a reçu des soins palliatifs, et dans le cas où le patient n'a pas reçu de tels soins, une mention indiquant si le patient avait accès à ces soins (annexe 3, art. 3);
- une mention indiquant si le patient a reçu des services de soutien aux personnes handicapées, et dans le cas où le patient n'a pas reçu de tels services, une mention indiquant si le patient avait accès à ces services (annexe 3, art. 4);
- une mention indiquant si les exigences en matière de processus ont été respectées (annexe 4);
- des renseignements sur la prescription ou la fourniture d'une substance (annexe 5);
- la date et le lieu de l'administration d'une substance (annexe 6);
- des renseignements sur la délivrance d'une substance par un pharmacien (annexe 7).

Le ministre fédéral de la Santé doit publier ces renseignements au moins une fois par année (art. 13)⁴⁴. Le premier rapport sera vraisemblablement publié au printemps 2020⁴⁵.

7 DOCUMENTS D'ORIENTATION À L'INTENTION DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des professions de la santé ont établi, à l'intention de leurs membres, des codes, des politiques et d'autres outils concernant l'AMM, à l'instar de groupes tels que l'Association canadienne de protection médicale et la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. En outre, l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, qui se compose surtout de médecins praticiens qui fournissent l'AMM, a produit des documents d'orientation clinique, qui portent notamment sur les protocoles relatifs

aux médicaments administrés par voie orale dans le cadre de l'AMM⁴⁶, l'interprétation du terme « raisonnablement prévisible⁴⁷ » et le fait de discuter avec les patients de l'AMM comme option de soins cliniques⁴⁸.

Par ailleurs, en juin 2019, des lignes directrices sur le don d'organes et de tissus dans le contexte de l'AMM ont été publiées dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*⁴⁹.

8 LIBERTÉ DE CONSCIENCE DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

La question de la liberté de conscience et de religion des fournisseurs de soins de santé a suscité de nombreux débats dans le contexte de l'AMM. Elle a d'ailleurs été soulevée devant le Comité mixte spécial et durant les débats sur le projet de loi C-14 au Parlement.

Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a modifié le projet de loi en ajoutant le paragraphe 241.2(9) au *Code de manière* à préciser que l'article 241.2 n'oblige personne à fournir ou à aider à fournir l'AMM. De plus, le préambule du projet de loi indique que « chacun jouit de la liberté de conscience et de religion au titre de l'article 2 de la *Charte canadienne des droits et libertés* » et que « la présente loi n'a pas pour effet de porter atteinte à la garantie dont fait l'objet cette liberté ».

Parallèlement à ces efforts, les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des professions de la santé ont établi des politiques relatives à la participation des médecins praticiens à l'AMM. Dans certains cas, ces politiques prévoient que les médecins praticiens qui ne peuvent pas fournir un service de santé pour des raisons de conscience doivent « aiguiller correctement » le patient pour s'assurer que l'accès de ce dernier aux services de santé n'est pas restreint. Le Comité mixte spécial a par ailleurs recommandé la mise en place d'un processus pour aiguiller correctement les patients⁵⁰.

Pendant de la 42^e législature, deux projets de loi émanant de députés ont été présentés concernant la protection de la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé dans le contexte de l'AMM; ni l'un ni l'autre n'a fait l'objet de débats à la Chambre des communes ou n'a été étudié par un comité⁵¹. Ces projets de loi prévoyaient d'ériger en infraction le fait d'intimider un professionnel de la santé dans le but de le forcer à prendre part, directement ou indirectement, à la prestation de l'AMM. Ils prévoyaient aussi d'ériger en infraction le fait, pour un employeur, de mettre fin à l'emploi d'un professionnel de la santé pour motif qu'il a refusé de prendre part à la prestation de l'AMM, ou de refuser de l'employer pour le même motif.

Par ailleurs, le Manitoba a adopté une loi qui protège la liberté de conscience des fournisseurs de soins de santé⁵². Entre autres mesures, cette loi interdit à tout

organisme de réglementation d'une profession « de prendre des règlements, administratifs ou autres, ou d'adopter des règles ou des normes obligeant les membres de la profession réglementée à fournir l'aide médicale à mourir ou à participer à la prestation de cette aide » (par. 2(3)), et interdit à tout employeur « de prendre des mesures disciplinaires contre les employés qui ont refusé de fournir l'aide médicale à mourir ou de participer à sa prestation en raison de leurs convictions personnelles » (art. 4).

8.1 L'ARRÊT *CHRISTIAN MEDICAL AND DENTAL SOCIETY OF CANADA V. COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO*

Deux politiques de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario – l'une concernant les obligations professionnelles et les droits de la personne, et l'autre, l'aide médicale à mourir – ont fait l'objet d'une contestation en cour. Les plaignants maintenaient que ces politiques portaient atteinte à la liberté de conscience et de religion et aux droits à l'égalité garantis par la *Charte* (al. 2a) et par. 15(1), respectivement). Les deux politiques renferment des dispositions selon lesquelles le médecin qui ne fournit pas un service pour des raisons de conscience ou de religion doit aiguiller correctement le patient⁵³.

En janvier 2018, la Cour divisionnaire de l'Ontario a jugé que, même si les politiques portaient atteinte à la liberté de religion des demandeurs, l'atteinte était justifiée en vertu de l'article 1 de la *Charte*⁵⁴. La cour n'a pas cherché à déterminer si les politiques portaient atteinte à la liberté de conscience. Elle a rejeté l'argument selon lequel les politiques contrevenaient aux droits à l'égalité prévus par la *Charte*.

En mai 2019, la Cour d'appel de l'Ontario a confirmé la décision de la Cour divisionnaire et a débouté les demandeurs en appel⁵⁵.

8.2 LES INSTITUTIONS RELIGIEUSES DE SOINS DE SANTÉ ET L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Les médias ont fait état d'un certain nombre de cas de personnes qui voulaient obtenir l'AMM, mais qui ont vu des barrières s'ériger devant elles parce qu'elles étaient des patientes d'une institution religieuse de soins de santé⁵⁶. Certains établissements de soins affiliés à une organisation religieuse interdisent la tenue d'évaluations de l'AMM et la prestation de l'AMM dans leurs institutions, tandis que d'autres permettent les évaluations de l'AMM, mais en interdisent la prestation. Bien que la *Charte* protège la liberté de conscience et de religion pour les particuliers, il n'est pas certain que les institutions puissent revendiquer une liberté de conscience à protéger⁵⁷.

Dans au moins un cas, une plainte a été présentée contre un médecin praticien qui avait fourni l'AMM dans un établissement de soins de santé affilié à une organisation religieuse. L'établissement en question s'est plaint auprès de l'organisme compétent,

le College of Physicians and Surgeons of British Columbia, qui a jugé que le médecin n'avait pas enfreint ses normes⁵⁸.

9 CONCLUSION

Comme il a été démontré, en dépit des changements considérables que la loi de 2016 sur l'AMM a entraînés dans les domaines du droit et des politiques, les questions relatives à l'AMM au Canada sont loin d'être réglées. En effet, des particuliers ont fait appel aux tribunaux et demandé publiquement que des modifications soient apportées à celles qui ont été faites au *Code criminel* en 2019 touchant à l'AMM afin de rendre la législation moins restrictive. Le premier ministre Justin Trudeau a d'ailleurs indiqué que son gouvernement présenterait des modifications législatives afin d'élargir l'accès à l'AMM. Il reste à voir si les modifications proposées se limiteront à répondre à l'invalidation de l'exigence de la « mort raisonnablement prévisible », prononcée par la Cour supérieure du Québec, ou si elles porteront également sur les questions relatives aux mineurs matures, aux demandes anticipées et aux demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

NOTES

1. [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5.
2. Pour plus de renseignements sur l'arrêt *Carter c. Canada*, 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, 29 décembre 2015.
3. [Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), 1^{re} session, 42^e législature (L.C. 2016, ch. 3).
4. Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q., ch. S-32.0001.
5. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, [L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude : le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence](#), Groupe d'experts sur la question de l'inaptitude et l'aide médicale à mourir, octobre 2019; et « [Aide médicale à mourir : les experts souhaitent un élargissement de la loi](#) », *Radio-Canada Info*, 29 novembre 2019.
6. Outre l'application de politiques relatives à l'aide médicale à mourir (AMM) dans le contexte des soins de santé, l'Ontario a adopté une loi qui a modifié, entre autres, la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* afin d'exiger la création d'un « service de coordination des soins pour aider les patients et les aidants naturels à avoir accès à des renseignements et des services supplémentaires en lien avec l'aide médicale à mourir et d'autres options de soins en fin de vie ». Ontario, [Loi modifiant diverses lois en ce qui concerne l'aide médicale à mourir, 2017](#), L.O. 2017, ch. 7.
7. Voir, par exemple, Radio-Canada, « [Aide à mourir : un appel posthume à modifier la loi canadienne](#) », *ICI Nouvelle-Écosse*, 6 février 2019.
8. Voir, par exemple, Kelly Grant, « [From dementia to medically assisted death: A Canadian woman's journey, and the dilemma of the doctors who helped](#) », *The Globe and Mail*, 12 octobre 2019.
9. [Truchon c. Procureur général du Canada](#), 2019 QCCS 3792.
10. Kathleen Harris, « [Trudeau rules out coalition, promises gender equity in new cabinet](#) », *CBC News*, 23 octobre 2019.

11. La présente étude fait le survol de différents thèmes relatifs à l'AMM; elle n'a pas pour objet d'analyser en profondeur la loi ou son application.
12. Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada](#), publication n° 2015-139-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 15 décembre 2015.
13. Julia Nicol, [Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada](#), publication n° 2015-116-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 29 novembre 2019.
14. Sénat, [Journaux](#), n° 6, 1^{re} session, 42^e législature, 11 décembre 2015, p. 55; et Chambre des communes, [Journaux](#), n° 7, 1^{re} session, 42^e législature, 11 décembre 2015, p. 50.
15. Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, [L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient](#), 1^{re} session, 42^e législature, février 2016, p. 2.
16. *Ibid.*, p. 57 à 62 et p. 63 à 67, respectivement.
17. Cette section du document se fonde en grande partie sur Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [Résumé législatif du projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), publication n° 42-1-C14-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 27 septembre 2018.
18. Témoignages cités dans une lettre de l'avocat des plaignants à la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Joseph J. Arvay, [Letter to the Supreme Court of British Columbia \(Re: Lamb and BCCLA v. AGC SCBC Action No. S-165851, Vancouver Registry\)](#), 6 septembre 2019 [TRADUCTION].
Dans l'arrêt *A.B. v. Canada (Attorney General)*, le juge a interprété ainsi les mots « raisonnablement prévisible » :

À cet égard, les mots sont modifiés par le passage suivant : « compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie ». Selon ce passage, il n'est pas nécessaire que la mort naturelle soit imminente; le fait de déterminer si la mort est raisonnablement prévisible est une question médicale propre à la personne concernée qui doit être décidée sans qu'un pronostic sur l'espérance de vie soit nécessairement établi, mais sans non plus exclure l'établissement d'un tel pronostic.

[A.B. v. Canada \(Attorney General\)](#), 2017 ONSC 3759 (CanLII), par. 79 [TRADUCTION].
19. Arvay (2019).
20. *Truchon c. Procureur général du Canada*.
21. Harris (2019).
22. Conseil des académies canadiennes (CAC), [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué – Sommaire des rapports](#), 2018, p. 3.
23. *Ibid.*, p. 6.
24. *Ibid.*, p. 14.
25. *Ibid.*
26. *Ibid.*
27. Outre la loi néerlandaise qui autorise l'AMM pour les enfants de 12 ans ou plus, le protocole de Groningen (qui est un ensemble de lignes directrices et non une loi) traite de l'AMM « dans le contexte des nouveau-nés gravement malades dont le pronostic est jugé sans espoir ». CAC, Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM pour les mineurs matures, [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures](#), 2018, p. 128 et 130.
28. *Ibid.*, p. 130.
29. *Ibid.* Pour plus de renseignements sur l'AMM ailleurs qu'au Canada, voir Nicol (2019).
30. CAC, [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué – Sommaire des rapports](#), p. 15.

31. *Ibid.*, p. 16.
32. *Ibid.*, p. 19.
33. *Ibid.*, p. 26.
34. *Ibid.*, p. 24.
35. *Ibid.*, p. 26.
36. *Ibid.*, p. 30 et 44.
37. *Ibid.*, p. 31.
38. *Ibid.*, p. 33 à 35.
39. *Ibid.*, p. 37.
40. *Ibid.*, p. 42.
41. [Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#) (le Règlement), DORS/2018-166.
42. Gouvernement du Canada, [Mise à jour intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada Du 17 juin au 31 décembre 2016](#); gouvernement du Canada, [Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada](#), octobre 2017; gouvernement du Canada, [Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada](#); et gouvernement du Canada, [Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada](#), avril 2019.
43. Certaines limites relatives aux données ont dû s'appliquer dans le quatrième rapport intérimaire; en effet, les nombres recensés dans les territoires étaient suffisamment petits pour empêcher leur divulgation, par respect pour la protection de la vie privée (ce fut aussi le cas des autres rapports intérimaires, sauf le premier). En outre, la commission québécoise sur les soins de fin de vie, qui recueille des données auprès des médecins praticiens et des institutions de santé et de services sociaux, a modifié sa période de rapport. Ainsi, le rapport ne tient pas compte des données du Québec pour la période allant d'avril à octobre 2018.
44. L'article 13 du *Règlement* est entré en vigueur le 1^{er} novembre 2019, un an après les autres articles.
45. Santé Canada, [Le gouvernement du Canada publie le quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir](#), communiqué, 25 avril 2019.
46. C. Harty *et al.*, [The Oral MAiD Option in Canada: Part 1: Medication Protocols – Review and Recommendations](#), Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM (ACEPA), 18 avril 2018 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; et C. Harty *et al.*, [The Oral MAiD Option in Canada: Part 2: Processes for Providing – Review and Recommendations](#), ACEPA, 18 avril 2018 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
47. ACEPA, Guide de pratique clinique [Interprétation clinique de l'expression « mort naturelle raisonnablement prévisible »](#), juin 2017.
48. ACEPA, [Bringing up Medical Assistance In Dying \(MAiD\) as a clinical care option](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
49. J. Downar *et al.*, « [Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, lignes directrices, vol. 191, n° 2, 3 juin 2019 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
50. Parlement du Canada, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (2016), recommandation 10, p. 29.
51. [Projet de loi C-268, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 1^{re} session, 42^e législature; et [Projet de loi C-418, Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 1^{re} session, 42^e législature.
52. Manitoba, [Loi sur l'aide médicale à mourir \(protection des professionnels de la santé et autres\)](#), C.P.L.M., ch. M92.
53. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, [Professional Obligations and Human Rights](#), mars 2015 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; et Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, [Medical Assistance in Dying](#), décembre 2018 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
54. [The Christian Medical and Dental Society of Canada v. College of Physicians and Surgeons of Ontario](#), 2018 ONSC 579 (CanLII) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

55. [Christian Medical and Dental Society of Canada v. College of Physicians and Surgeons of Ontario](#), 2019 ONCA 393 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]. Selon ce qu'indiquent des recherches faites dans la base de données de la Cour suprême du Canada et dans les médias, la Christian Medical and Dental Society of Canada n'aurait pas présenté de requête en autorisation d'appel à la Cour suprême du Canada.
56. Voir, par exemple, Elizabeth Payne, « [Patients must be transferred out of Catholic hospitals to discuss assisted dying](#) », *Ottawa Citizen*, 27 septembre 2016; Nicole Ireland, « [One year after Canada's medically assisted dying law, patients face uneven access](#) », *CBC News*, 18 juin 2017; et Jennie Russell, « [Alberta legislation needed to address Covenant Health assisted-dying policy, says advocacy group](#) », *CBC News*, 5 novembre 2018.
57. Voir, par exemple, Anna Mehler Paperny, « [Right to die: Should public hospitals have freedom of religion?](#) », *Global News*, 26 février 2016; « [Should Catholic hospitals have to provide access to medically assisted dying?](#) », *The Current*, CBC Radio, 11 janvier 2018; et Jocelyn Downie et Daphne Gilbert, « [OPINION: Nova Scotia now a leader in medical assistance in dying](#) », *Chronicle Herald* (Halifax), 19 septembre 2019.
58. Bethany Lindsay, « [Doctor won't be disciplined for providing assisted death at Jewish nursing home in Vancouver](#) », *CBC News*, 7 août 2019.