

Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

L'ÉVOLUTION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC

Mémoire informatif à l'intention des étudiants en médecine du Québec



RÉDACTEURS

Rédaction par :

Amélie Arguin-Therrien, étudiante en médecine, Université Laval

Andréanne Laquerre, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke

Chloé Deschênes, étudiante en médecine, Université Laval

Elisabeth Rajotte, étudiante en médecine, Université Laval

Hanène Mankour, étudiante en médecine, Université Laval

Julien Lépine, étudiant en médecine, Université de Montréal, campus de Mauricie

Margo Abi Hanna, étudiante en médecine, Université Laval

Marika Senechal, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke, campus de Moncton

Roxanne St-Pierre-Alain, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke, campus de Saguenay

Ruxandra Andronache, étudiante en médecine, Université de Montréal

Samuel Montplaisir, étudiant en médecine, Université McGill

Révision supplémentaire par :

Hanène Mankour, étudiante en médecine, Université Laval

Roxanne St-Pierre-Alain, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke, campus de Saguenay

Samuel Montplaisir, étudiant en médecine, Université McGill

INDEX

Préface 4

Introduction 5

Distinctions techniques 6

Survol historique de l'AMM 7

Critères et loi au Canada concernant l'AMM 11

Critères et loi au Québec concernant l'AMM 13

Objections de conscience et l'accès à l'AMM au Québec 14

Directives médicales anticipées 17

Accès à l'AMM aux mineurs 18

L'AMM et la psychiatrie 18

Ailleurs dans le monde 20

Pistes de réflexion pour améliorer l'accès à l'AMM 24

Conclusion 24

Annexe 25

N'étant pas en reste des impacts profonds qu'a eus la pandémie de la COVID-19 sur l'ensemble du milieu médical québécois, le présent mémoire de la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) a subi de nombreux contrecoups quant à sa date de publication. Initialement prévue pour le printemps 2020, la date de publication du mémoire sur l'aide médicale à mourir s'est vu être reportée alors que le sujet de l'aide médicale à mourir disparaissait de la scène médiatique à la faveur de la pandémie de la COVID-19.

Loin des grands titres, toutefois, les discussions quant à l'aide médicale à mourir se poursuivaient sur le plan politique. Au lendemain du jugement Gladu-Truchon rendu par la Cour supérieure du Québec en septembre 2019, le gouvernement fédéral du Canada a poursuivi ses efforts quant à son objectif de modifier son projet de loi sur l'aide médicale à mourir. Alors que la pandémie devenait le paysage quotidien de l'année 2020 et du début de l'année 2021, la FMEQ espérait que le sujet de l'aide médicale à mourir reviendrait sur la scène médiatique alors que le gouvernement fédéral finissait la modification à son projet de loi. C'est dans ce contexte que la FMEQ s'était résignée à attendre un moment plus propice pour la publication de son mémoire sur l'aide médicale à mourir.

Alors que nous débutons l'année 2021, l'échéancier que le gouvernement fédéral s'était proposé pour la modification de son projet de loi sur l'aide médicale à mourir s'est vu prolongé à plusieurs reprises en contexte de pandémie. Le mémoire de la FMEQ sur l'aide médicale à mourir s'est donc vu accidentellement suivre le même rythme du développement du projet de loi sur l'aide médicale à mourir. Nous présentons donc le présent mémoire sur l'aide médicale à mourir sans plus attendre, mis à jour en fonction des derniers développements sur la scène nationale. Il ne fait aucun doute que le sujet de l'aide médicale à mourir sera continuellement l'objet de discussions politiques, sociales et philosophiques. Alors que, le 17 mars 2021, le gouvernement du Canada annonce finalement la mise en vigueur des nouvelles modifications à la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir, il appert que l'attente pour la publication pour le présent mémoire a assez duré et nous le soumettons donc, chère lectrice et cher lecteur, à votre attention.

L'exécutif 2020-2021 de la FMEQ

INTRODUCTION

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus unie. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et de bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, la légalisation du cannabis, le don d'organe, les changements climatiques, la promotion de la médecine familiale et bien d'autres.

Dans le cadre des récents jugements sur l'aide médicale à mourir (AMM ci-après) au Québec, la FMEQ a reçu le mandat clair de renseigner ses membres et d'évaluer l'état de l'éducation médicale au Québec sur le sujet. Ainsi, ce mémoire ne se veut pas une prise de position sur l'aide médicale à mourir et l'élargissement de ses critères, mais plutôt une collecte objective de données de l'éducation médicale sur le sujet, et ce, peu importe le choix sociétal face à l'élargissement des critères de l'aide médicale à mourir.

Dans ce mémoire, vous trouverez l'état de la situation de l'aide médicale à mourir au Québec et au Canada afin de mieux parfaire vos connaissances sur le sujet et mieux comprendre l'évolution de cet enjeu ainsi qu'obtenir un portrait global des aspects éthiques et juridiques qui y sont liés. Ce mémoire proposera aussi des pistes de réflexions sur l'avenir de l'aide médicale à mourir, notamment, dans une perspective d'accessibilité.

Lorsqu'il est question de soins de fin de vie, différentes options sont disponibles depuis déjà plusieurs années déjà pour soulager les souffrances des patients en fin de vie. Afin de bien comprendre ce qu'est l'AMM, il convient de la distinguer des soins de confort et de la sédation palliative.

Les soins de confort sont pratique courante et impliquent de soulager la douleur, les nausées, les vomissements, la dyspnée, l'embaras bronchique, l'agitation, le delirium terminal et la détresse terminale chez les patients en fin de vie, sans toutefois précipiter leur décès[1]. Un exemple relativement commun de soins de confort est le protocole de détresse respiratoire qui est administré aux patients ayant une dyspnée réfractaire. Ce protocole consiste à administrer une combinaison de médicaments pour endormir le patient, soulager ses symptômes et lui permettre de potentiellement récupérer. Cet effet dure environ quatre heures s'il n'est pas répété. Le patient peut ensuite se réveiller progressivement et, s'il n'y a pas une fonction respiratoire satisfaisante et confortable, le protocole peut être réadministré dans l'objectif de soulager le patient. L'objectif de ces soins est donc tout d'abord de soulager le patient de ses souffrances sans qu'il y ait un impact sur la durée de vie du patient.

La seconde pratique est la sédation palliative. Développée dans les deux dernières décennies, elle peut être offerte lorsque le décès est estimé à moins de deux semaines dans des situations précises définies par le Collège des médecins du Québec (CMQ)[2]. La sédation palliative consiste en « l'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires en abaissant le niveau de conscience »[3]. Ces soins visent à soulager les patients dont la souffrance ne diminue pas de façon suffisamment acceptable suivant les méthodes conventionnelles et dont les symptômes peuvent seulement être soulagés par l'induction d'un sommeil pharmacologique. Cette sédation sera maintenue jusqu'au décès naturel. Cette procédure ne provoque pas directement le décès qui n'est alors précipité que par le fait de ne pas boire et manger. Cette procédure a donc pour objectif de soulager les souffrances réfractaires et ainsi assurer le confort du patient en fin de vie imminente.

Cependant, ces soins ne sont disponibles que chez les patients étant dans les derniers jours de leur vie. Pour certains patients, ceci implique d'endurer des conditions de vie hautement difficiles le temps d'être admissible à ces soins. Cela signifie aussi que les patients qui ne sont pas en fin de vie, mais qui doivent néanmoins vivre avec des maladies impliquant des souffrances réfractaires ne peuvent pas avoir recours à ces méthodes. C'est donc en distinction des soins de confort et de la sédation palliative que se définit l'aide médicale à mourir au Québec.

[1] Collège des médecins du Québec, *Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie : 05/2015 Guide d'exercice*. (Montréal : Service des communications du Collège des médecins du Québec, 2015), <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-soins-medicaux-derniers-jours-de-la-vie.pdf>

[2] Collège des médecins du Québec, *La sédation palliative en fin de vie : Mise à jour 08/2016 Guide d'exercice*. (Montréal : Service des communications du Collège des médecins du Québec, 2016), <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>

[3] *Ibid.*

30 septembre 1993 : Jugement Rodriguez :
Prohibition du suicide assisté où la cour
suprême invoque que les normes sociétales de
préservation de la vie priment en toutes
circonstances.[4]

[4] Association canadienne de santé publique.
*Énoncé de position de l'Association canadienne de
santé publique : L'aide médicale à mourir.*
(Ottawa: ACSP, 2016),
[https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/p
olicy/maid_statement_f.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/maid_statement_f.pdf)

6 février 2015 : Jugement Carter :
La cour suprême décrète que la
prohibition de l'aide médicale à mourir
n'est plus justifiée en vertu de la
Charte des droits et libertés, vu
l'évolution du point de vue sociétal sur
la justice fondamentale. Date limite de
préparation de la nouvelle loi, 6 juin
2016.[5]

[5] *Ibid.*

10 décembre 2015 :
Entrée en vigueur de la loi québécoise
concernant les soins de fin de vie.[6]

[6] Gouvernement du Canada. *Contexte
législatif : aide médicale à mourir (projet
de loi C-14).*(Ottawa:Gouvernement du
Canada, 2016),
([https://www.justice.gc.ca/fra/pr-
rp/autre-other/am-ad/am-ad.pdf](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/am-ad/am-ad.pdf))

17 juin 2016 :
Adoption de la loi fédérale modifiant le
code criminel en lien avec l'aide
médical à mourir.[7]

[7] *Ibid.*

11 septembre 2019 : Québec : Jugement Truchon et Gladu : La cour supérieure du Québec rend inconstitutionnel le critère d'admissibilité de « mort naturelle raisonnablement prévisible » dans le *Code criminel*, et celui de « fin de vie » de la Loi concernant les soins de vie du Québec. Délai de 6 mois fixé pour effectuer la modification de la loi[8].

[8] Tchandem Kamgang, Alice Chantal. « Aide médicale à mourir: que faire en attendant l'adoption du projet de loi C-7 au fédéral », *RCI*, 11 mars 2020, <https://www.rcinet.ca/fr/2020/03/11/aide-medicale-a-mourir-adoption-projet-loi-c-7-canada%E2%80%89/>

2 mars 2020 : Prolongation jusqu'au 11 juillet 2020 accordée par la juge Beaudoin au gouvernement du Canada pour la modification du code criminel.[9]

[9] *Ibid.*

12 mars 2020 : Le critère de la loi du Québec d'être en fin de vie est retiré. Au fédéral, le critère de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » s'appliquera jusqu'au 11 juillet 2020.[10]

[10] Gouvernement du Québec. *Aide médical à mourir*. (Québec: Gouvernement du Québec. 12 mars 2020), <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/>

5 octobre 2020 : Le ministre de la Justice et procureur général du Canada dépose au Parlement la *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, qui propose des modifications à la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir.[11]

[11] Gouvernement du Canada « Aide médicale à mourir », 26 janvier, 2021, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicales-mourir.html>

17 mars 2021: Le sénat canadien adopte la loi sur l'aide médicale à mourir dans sa version adoptée à la chambre des communes. Les modifications sur la loi sur l'aide médicale à mourir entrent donc officiellement en vigueur.[12]

[12] Parlement du Canada « Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), C-7 », 17 mars, 2021, <https://www.parl.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?billId=10875380&Language=F>

Pour bien apprécier la complexité des débats entourant l'AMM, il convient de faire un bref survol de l'évolution juridique de l'AMM dans les dernières années. En 2014, au Québec, le gouvernement adopte la Loi concernant les soins de fin de vie (projet de loi 52) suite à d'imposants travaux de la commission sur les soins de fin de vie. L'AMM est alors introduite au Québec, mais seulement comme faisant parti des soins offerts en fin de vie [13].

Le 6 février 2015, la Cour suprême du Canada conclue que la prohibition de l'aide médicale à mourir n'est plus justifiée en vertu de la Charte des droits et libertés. Dans le célèbre arrêt *Carter c. Canada*, la Cour suprême juge que « l'alinéa 241b) et l'article 14 du Code criminel, lesquels interdisent le recours à l'aide d'un médecin pour mourir, « portent atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne de ceux qui souhaitent avoir recours à cette aide. » [14]

Les provinces et le fédéral ont alors 12 mois pour modifier leur législation en fonction de cette nouvelle décision. La Cour suprême décidait donc de manière unanime que l'AMM devait être accessible à un adulte qui souffre de manière intolérable en raison d'une condition médicale grave et incurable et qui est capable de fournir un consentement éclairé. En juin 2016, suite à l'arrêt *Carter*, la réponse fédérale tombe sous forme de l'article 241.2 C.cr, qui établit les critères d'admissibilité à l'AMM. Cet article introduit le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible ». En d'autres mots, un adulte qui respecte tous les autres critères, mais dont la mort naturelle n'est pas prévisible n'a plus accès à l'AMM [15].

Des groupes de défense de patients telle que *l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité*, *Dying with Dignity Canada* ainsi que des membres de la communauté médicale ont vivement critiqué le critère de mort raisonnablement prévisible du fédéral et celui de fin de vie du provincial, jugeant qu'ils ne respectaient ni la Charte des droits et libertés ni les principes de l'arrêt *Carter* [16].

C'est dans ce contexte qu'en 2017, Mme Nicole Gladu et M. Jean Truchon deux adultes aptes et souffrant d'handicaps irréversibles (paralysie cérébrale sévère et syndrome post-poliomyélite) provoquant des souffrances intolérables, mais qui n'étaient pas en fin de vie et dont la mort n'était pas prévisible à court ou moyen terme ont décidé de déposer une poursuite en Cour supérieure du Québec. Au cœur du litige se trouvent les articles 7 (droit à la vie, la liberté et la sécurité) ainsi que l'article 15 (droit à l'égalité) de la Charte des Droits et Libertés. Le jugement Gladu-Truchon tombe en septembre 2019 : la juge de la Cour supérieure du Québec Christine Baudoin tranche en faveur des deux Québécois.

[13] Gouvernement du Québec, « Loi concernant les soins de fin de vie » 1er février, 2020, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>.

[14] Langlois Avocats, « Le droit de mourir dignement : la Cour supérieure tranche », 30 septembre, 2019, <https://langlois.ca/le-droit-de-mourir-dignement-la-cour-superieure-tranche/#>.

[15] Butler, Martha. Thiedmann, Marlisa. « *Carter c. Canada* : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir », 29 décembre, 2015, https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201547E.

[16] Langlois Avocats, « Le droit de mourir dignement : la Cour supérieure tranche, » 30 septembre, 2019, <https://langlois.ca/le-droit-de-mourir-dignement-la-cour-superieure-tranche/#>.

Le jugement Gladu-Truchon [17] ayant invalidé le critère de fin de vie et de mort raisonnablement prévisible, a élargi les lois provinciales et fédérale sur l'AMM. Ainsi, cela oblige les gouvernements, les professionnels de la santé impliqués dans l'AMM et la société à réfléchir sur les modalités de cet élargissement, notamment en ce qui a trait à l'accès à l'AMM pour un problème de santé mentale. D'autres enjeux liés à l'AMM tels que les directives médicales anticipées et les défis en santé mentale sont à considérer dans la refonte des lois québécoise et canadienne. Des lois plus permissives que les lois canadienne et québécoise déjà en vigueur dans d'autres pays permettront de guider les réflexions à cet égard. Lorsque vient le temps d'analyser le droit à la vie et le droit à l'égalité, la juge Baudouin explique qu'en effet ils ne sont pas respectés avec le critère de mort raisonnablement prévisible et d'être déjà en fin de vie. Nous vous invitons à consulter l'annexe où l'article 7 et 15 de la Charte sont décortiqués et quel fut le raisonnement derrière leur mise en échec par rapport à l'AMM. À la suite de ce jugement, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral ont décidé de ne pas porter en appel la décision. Les modifications devaient être effectuées avant la mi-avril 2020 mais obtient une seconde prolongation due à la pandémie de la COVID-19.

Le 17 mars 2021, le sénat canadien adopte la loi sur l'aide médicale à mourir dans sa version adoptée à la chambre des communes. Lors de son premier passage au sénat, le projet de modification de la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir – désigné « C-7 » – est renvoyé à la chambre des communes avec des amendements. Après quelques correctifs, le projet de loi C-7 retourne au sénat et est alors adopté. Les modifications sur la loi sur l'aide médicale à mourir entrent donc officiellement en vigueur en supprimant la disposition selon laquelle seuls ceux et celles dont la mort est raisonnablement prévisible ont le droit de demander l'aide médicale à mourir.

Quant à Mme Nicole Gladu et M. Jean Truchon, ils ont obtenu une exemption constitutionnelle leur accordant le droit d'obtenir l'AMM sans attendre les modifications aux critères provinciaux et fédéraux. M. Truchon s'est prévalu de ce droit au cours du printemps 2020.

[17] Éducaloi, « Aide médicale à mourir: des critères invalides, » 17 septembre, 2019, <https://www.educaloi.qc.ca/nouvelles/aide-medicale-mourir-des-criteres-invalides>.

L'AMM est un sujet complexe ayant longtemps semé la controverse et interrogé les valeurs des Canadien(ne)s et Québécois(e)s. En février 2015, la Cour suprême du Canada prend position dans l'affaire Carter c. Canada, dont le jugement avait penché en faveur de l'interdiction de l'AMM. Jugeant cette interdiction en opposition avec la Charte canadienne des droits et libertés, la Cour suprême du Canada décide alors d'abolir l'interdiction de l'AMM. C'est en juin 2016 que le Parlement du Canada adopte la Loi canadienne sur l'AMM permettant aux adultes admissibles de demander l'AMM [18].

Au Canada, l'AMM peut prendre deux formes distinctes. Chacune implique un médecin ou, dans certaines provinces, un infirmier praticien. La première option est celle où le clinicien administre directement une substance qui provoque la mort (AMM administrée par un clinicien). La seconde option est celle où le médecin prescrit un médicament que la personne admissible prend elle-même, afin de provoquer sa propre mort (AMM auto-administrée).

Comme l'AMM est un sujet délicat étroitement lié aux croyances et valeurs de chacun, la législation fédérale n'oblige personne à fournir ou aider à fournir l'AMM [19]. Nous aborderons cet enjeu dans la section *Objection de conscience et accès à l'AMM au Québec*. Selon le Code criminel du Canada, pour être admissible à l'AMM au Canada, il est nécessaire que le patient réponde à l'ensemble des critères suivants:

1. Être admissible à recevoir des services de santé financés par le gouvernement fédéral, une province ou un territoire;
 2. Être âgé d'au moins 18 ans et mentalement capable de prendre des décisions concernant sa santé;
 3. Avoir un problème de santé grave et irrémédiable, c'est à dire :
 - souffrir d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave, et
 - être dans un état de déclin avancé qui ne peut pas être inversé, et
 - ressentir des souffrances physiques ou mentales insupportables causées par la maladie, le handicap ou le déclin des capacités qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que le patient juge acceptables.
-
1. Faire une demande délibérée d'AMM qui ne soit pas le résultat de pressions ou d'influences externes;
 2. Donner un consentement éclairé pour recevoir l'AMM.
- Le patient doit être en mesure de donner son consentement éclairé au moment de la demande et immédiatement avant que l'AMM ne soit administrée.
 - Il est possible de retirer son consentement à tout moment et de n'importe quelle manière [20].

En constante évolution, l'AMM demeure un sujet d'actualité qui continue de soulever des questionnements et de susciter des débats. En février 2020, le ministre de la Justice et procureur général du Canada dépose le projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel (AMM), proposant des modifications à la loi canadienne sur l'AMM, dont entre autres l'abolition du critère exigeant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible pour être admissible à l'AMM. Celle-ci est retirée le 17 mars 2021 [21].

[18] Gouvernement du Canada. « Aide médicale à mourir. » 17 mars, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicales-mourir.html#a2>.

[19] Ibid.

[20] Ibid.

[21] Parlement du Canada. « Projet de loi C-7: Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir). » 17 mars, 2021. <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-1/projet-loi/C-7/premiere-lecture>.

Avant de fournir l'AMM, le médecin ou l'infirmier praticien doit :

1. Être d'avis que la personne qui a fait la demande d'AMM remplit tous les critères;
2. S'assurer que la demande :
 - a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou le tiers autorisé (lorsque la personne qui demande l'AMM est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives), et
 - a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
1. Être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par le tiers devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour;
2. S'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;
3. S'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères a été obtenu;
4. Être convaincu que lui et l'autre médecin ou infirmier praticien sont indépendants;
5. S'assurer qu'au moins dix jours complets se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'AMM est administrée ou, si lui et le médecin ou l'infirmier praticien jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;
6. Immédiatement avant de fournir l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM;
7. Si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision [22].

Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de déterminer où et comment l'AMM est offerte. Ils peuvent adopter des règlements supplémentaires dans la mesure où ils n'entrent pas en conflit avec les dispositions de la loi criminelle [23].

[22] Gouvernement du Canada: Site Web de la législation (Justice). « Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). » 24 mars, 2020. https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2016_3/TexteCompleet.html.

[23] Gouvernement du Canada. « Aide médicale à mourir. » 25 février, 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicale-mourir.html#a2>.

Au Québec, l'aide médicale à mourir est définie selon la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) comme « un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès. » [24] C'est cette même loi qui régit les critères et conditions pour pouvoir bénéficier de l'AMM. Celle-ci se base sur trois principes qui doivent guider la prestation de soins:

1. Le respect de la personne, de ses droits et sa liberté tout au long du processus;
2. Le traitement avec compassion, respect et compréhension de la personne en fin de vie et dans le respect de son autonomie, sa sécurité et ses besoins;
3. Le maintien d'une communication ouverte et honnête des membres de l'équipe de soins avec la personne en fin de vie.

La loi concernant les soins de fin de vie spécifie que seules les personnes qui satisferont aux conditions suivantes pourront recevoir l'AMM. La personne formulant une demande doit :

1. Être assurée au sens de la loi sur l'assurance maladie;
2. Être majeure et apte à consentir;
3. Être atteinte d'une maladie grave et incurable;
4. Être dans une situation médicale qui se caractérise par un déclin irréversible et avancé de ses capacités;
5. Être dans des souffrances constantes, d'ordre physiques ou psychiques, et que celles-ci soient insupportables et ne pouvant être apaisées dans des conditions qu'elle juge raisonnable.

Comme on peut le voir, le fameux critère d'être en fin de vie ne fait plus parti des conditions nécessaires pour bénéficier de l'AMM. Au Québec, ce critère a été retiré le 12 mars 2020 suite au jugement de la cour supérieur du Québec en septembre 2019 dans la cause Truchon et Gladu. Au niveau fédéral, le critère de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » a continué de s'appliquer jusqu'au 11 juillet 2020 [25].

La demande d'aide médicale à mourir doit être formulée par la personne elle-même, de façon libre et éclairée. Elle doit être signée en présence d'un professionnel de la santé et contresignée par celui-ci. Une personne tierce, étant majeure et ne faisant pas partie de l'équipe de soins, peut signer à la place de la personne, si celle-ci en est physiquement incapable ou qu'elle ne sait pas écrire. La personne demanderesse de l'aide peut en tout temps retirer sa demande ou demander le report de son administration. Aucune demande anticipée d'aide médicale à mourir ne peut être formulée (voir la section *Directives médicales anticipées* du présent mémoire).

Pour sa part, le médecin doit :

1. Être d'avis que la personne respecte les conditions mentionnées ci-haut, en s'assurant du caractère libre et éclairé de la demande ainsi de la persistance des souffrances et la volonté de la personne de réitérer la demande. Ceci doit se faire en menant des entrevues avec la personne à divers moments espacés dans le temps, dans un délai raisonnable selon sa condition. Cela est fait pour bien évaluer les critères, informer la personne de toutes les informations concernant sa maladie ainsi que les options de traitements et permettre au médecin de s'entretenir avec l'équipe de soins ou la famille, si demandé, le cas échéant.
2. S'assurer que la personne a eu l'opportunité de discuter de sa demande avec les personnes avec qui elle souhaitait le faire.
3. Obtenir l'avis d'un second médecin qui confirmera le respect des conditions. Ce médecin doit être indépendant et prendre connaissance du dossier. Son avis doit être rendu par écrit.

[24] Gouvernement du Québec. « Aide médicale à mourir. » 12 mars, 2020, <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/>.

[25] Ibid.

Le médecin qui exerce l'AMM, que ce soit en établissement, dans une maison de soins palliatifs ou à domicile, doit en informer dans les 10 jours de son administration le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Le médecin qui exerce l'aide médicale à mourir, dans le cadre d'une pratique privée, doit en informer le Collège des médecins du Québec. Il a également la responsabilité d'administrer lui-même la médication pour l'AMM, d'accompagner et de demeurer avec le patient jusqu'à son décès. S'il refuse la demande d'AMM, il doit informer la personne des raisons de sa décision.

Finalement, un médecin peut tout à fait refuser d'administrer l'AMM en raison de ses valeurs ou ses convictions. Il doit néanmoins s'assurer de la continuité des soins en transmettant la demande à un collègue ou en avisant le directeur général de l'instance locale qui dessert la résidence de la personne qui fera suivre la demande. Ceci est d'ailleurs le sujet de la section suivante.

OBJECTIONS DE CONSCIENCE ET L'ACCÈS À L'AMM AU QUÉBEC

Un médecin qui se voit adresser une demande d'AMM et qui ne veut pas administrer celle-ci pour des raisons personnelles se retrouve face à plusieurs instances décisionnelles avec des règlements plus ou moins vagues à propos de ses droits et ses obligations.

Selon l'article 24 du code de déontologie des médecins, « Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. » [26]

Cependant, au Québec, l'article 31 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, permet aux médecins de refuser d'administrer l'AMM pour des raisons personnelles, et ne les oblige pas personnellement à trouver un autre médecin pour le faire. Cependant, les médecins refusant d'offrir l'AMM doivent le signaler au directeur général de l'établissement ou à toute autre autorité désignée, qui s'occupera de rediriger le patient afin de lui offrir les soins demandés. [27] Ainsi, aucun professionnel de la santé ne peut ignorer une demande d'AMM. Un médecin peut cependant refuser d'administrer l'AMM pour n'importe quelle raison, y compris en raison de ses valeurs personnelles. Précisons bien sûr que « le médecin doit aussi s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne selon ce qui est prévu à son code de déontologie et selon la volonté de la personne. » [28]

Il semble donc qu'il ne devrait pas y avoir de problèmes d'accès aux soins quant à l'AMM. Chaque patient qui se voit refuser ce soin par un médecin devrait toujours être redirigé pour recevoir ce soin par un autre médecin. Pourtant, malgré les règles à ce sujet, il semble qu'il y a encore du chemin à faire afin d'assurer l'accès à l'AMM à travers la province du Québec.

[26] Code de déontologie. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1588792435759>

[27] Canada. Québec. *Loi concernant les soins de fin de vie*, 2014. S-32.0001 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>

[28] "Exigences Requises - Aide Médicale à Mourir," Québec.ca (Gouvernement du Québec, March 12, 2020), <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/exigences-requises/>

Premièrement, presque la moitié des demandes entre le 15 décembre 2015 et le 12 septembre 2017 ont fait face à une objection de conscience. Lors d'une étude qualitative auprès de 22 médecins à Laval, les raisons qui sont ressorties le plus pour leurs refus étaient variées et incluaient entre autres le fardeau émotionnel, la lourdeur de la tâche, la quantité de temps devant être accordé à la prise en charge de la demande, l'impression de manque d'expertise ainsi que des craintes légales [29].

Deuxièmement, de façon plus importante, de nombreuses demandes d'aide médicale à mourir se retrouvent non-écoutées. Selon les données disponibles, 34 % des demandes d'AMM formulées par écrit n'ont pas été administrées, soit 830 demandes sur 2462 faites entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2018. Une demande non-administrée a soit été refusée d'emblée ou plus tard en raison de non-correspondance des critères (dont la capacité à consentir), soit le patient est décédé avant l'administration de l'AMM. Le nombre de demandes non administrées au Québec varie d'une région à une autre et d'un établissement à un autre. Un pourcentage de 23% des demandes non administrées sont expliquées par le fait qu'elles ne répondaient pas aux critères d'admissibilité (191), dans ce groupe, 51% ne remplissaient pas le critère de fin de vie, alors que 30% des patients ont été jugés comme inaptes à consentir aux soins.

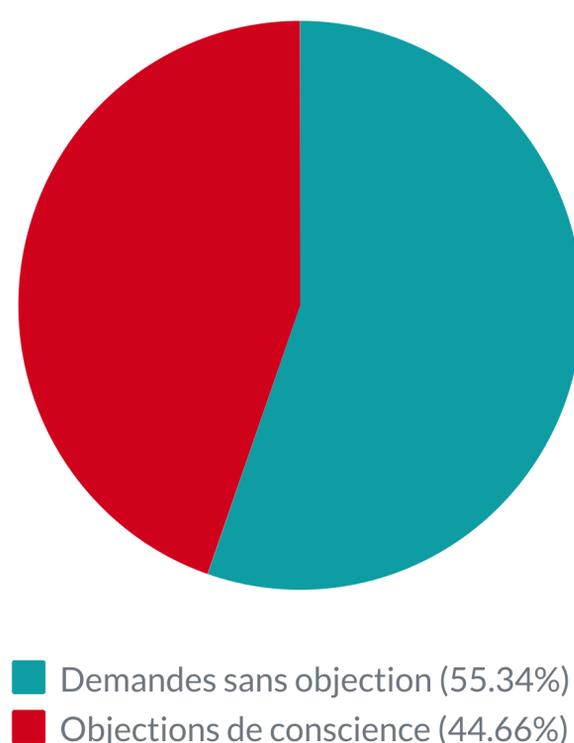


Figure 1 : Objections de conscience au CISSSL du 15 décembre 2015 au 17 septembre 2017 [30]

Les demandes verbales semblent aussi limiter l'accès à l'AMM puisque, selon la Commission sur les soins de fin de vie du Québec, plusieurs demandes verbales ne seraient pas reconnues par le personnel soignant. Ce manque de reconnaissance envers les demandes verbales retarde la prise en charge des demandes officielles, favorisant alors le refus de l'AMM, soit par perte de l'aptitude à consentir aux soins ou par le décès du patient avant de recevoir l'AMM [31].

Troisièmement, il s'avère que peu de médecins administrent l'AMM. Seulement 244 médecins, représentant 1,7% de tous les médecins du Québec, ont déclaré avoir administré l'AMM dans la période du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018. Soit 175 omnipraticiens et 49 spécialistes. Les spécialistes ne représentent donc que 20% des médecins pratiquant l'AMM. Pourtant, certains spécialistes, comme les oncologues, les neurologues, les pneumologues, les cardiologues et les gériatres reçoivent près de 98% des demandes d'AMM [32].

[29] Lucie Opatrny et Marie-Ève Bouthillier. "Décoder l'objection de conscience dans le cas de l'aide médicale à mourir". *Le Spécialiste* 16, no 4 (2017): 36-40.

[30] Julie Cousineau et Mathieu Moreau. "Les soins de fin de vie et l'AMM: Contexte, valeurs et défis éthiques". (Présentation PowerPoint), cours Initiation à la démarche clinique, Université de Montréal, Trois-Rivières, 10 octobre 2019.

[31] Commission sur les soins de fin de vie, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec*, 10 décembre 2015 au 31 mars 2018. (Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Commission sur les soins de fin de vie, 2019), <https://aqdmd.org/chronologie/commission-sur-les-soins-de-fin-de-vie-depot-du-rapport-sur-la-situation-sur-les-soins-de-fin-de-vie-au-quebec/>

[32] Ibid.

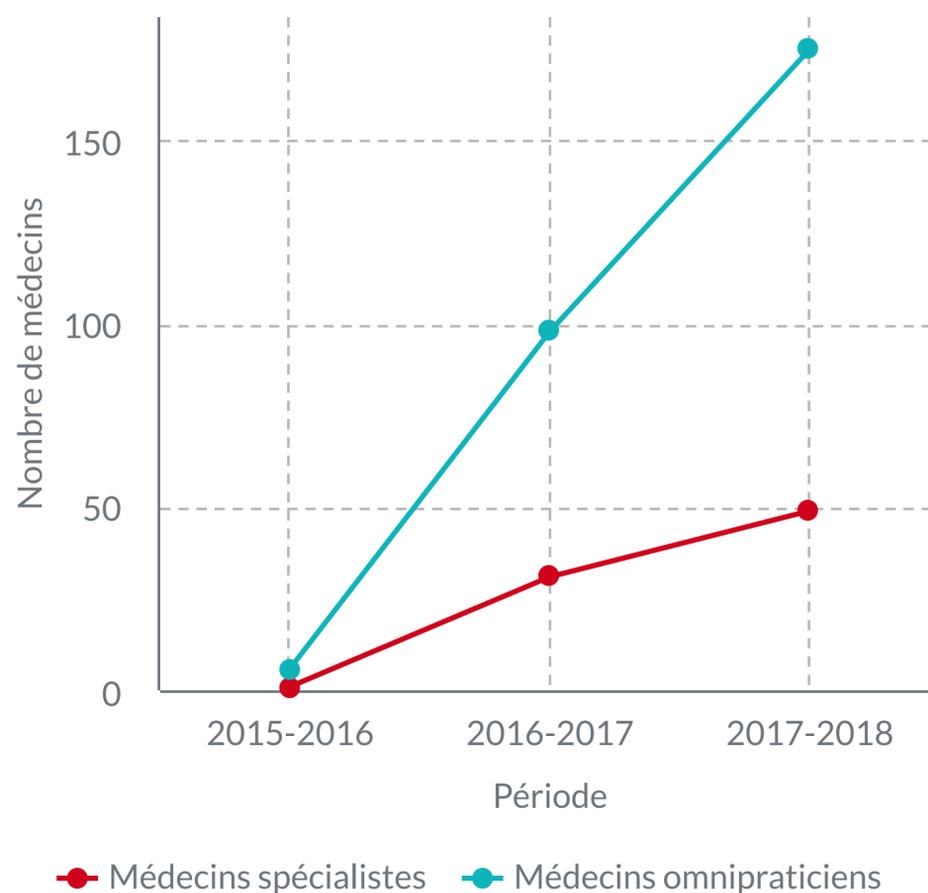


Figure 2 : Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes identifiés par la RAMQ comme ayant administrés l'AMM selon la période [33]

Finalement, les lieux d'administration de l'AMM sont limités dans la province du Québec. La majorité des AMM sont administrées en centre hospitalier et la proportion d'AMM administrée en maison de soins palliatifs est de seulement 1%. À l'extérieur des hôpitaux, la difficulté à obtenir l'AMM persistait dans 29 maisons de soins palliatifs sur 32 à l'automne 2017 [34]. En dehors des maisons de soins palliatifs, l'accès à l'AMM semble également difficile dans plusieurs hôpitaux [35]. En effet, l'accès à l'AMM est très variable dans les régions et les établissements du Québec. Plusieurs facteurs font varier cet accès, y compris la culture face à l'AMM dans ce milieu, le soutien offert par l'établissement et le nombre de médecins volontaires. Ce sont des éléments pouvant expliquer pourquoi dans certains milieux l'AMM est plus facile d'accès que dans d'autres.

[33] Ibid.

[34] Georges l'Espérance, "Aide médicale à mourir: état des lieux". *Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité*, 8 janvier 2018. <https://aqdmd.org/nos-actions/aide-medicale-a-mourir-etat-des-lieux-au-quebec-apres-deux-ans-application/>.

[35] Ibid.

Au sein de l'interrelations des concepts médicaux liés à l'AMM, celui des directives médicales anticipées (DMA) est d'une importance significative. Les DMA sont des directives qu'un patient formule lorsqu'il est apte afin que celles-ci soient appliquées dans le cas où ce dernier deviendrait inapte à donner son accord à différents niveaux de soins de fin de vie. Certains pensent que l'AMM devrait être incluse dans les DMA et donc qu'un patient apte puisse demander qu'on lui administre l'AMM dans le cas où il remplirait les critères mais deviendrait inapte à formuler une telle demande en temps voulu.

À ce jour, il n'existe pas encore de directives claires concernant l'application des DMA dans le contexte de l'AMM. Néanmoins, le sujet est hautement débattu depuis plusieurs années déjà. Au Québec, le gouvernement provincial forme en 2017 le « Groupe d'experts sur la question de l'inaptitude et l'aide médicale ». Composé de treize membres provenant de domaines d'expertise variés et issus de différents milieux, tels que la médecine, la pharmacie, les sciences infirmières, la psychologie, le travail social, la philosophie, le droit et la défense des droits des usagers, ce groupe de travail publie en juin 2019 un rapport étoffé mettant en lumière 14 recommandations qui encadrent la question de l'application éventuelle de l'aide médicale à mourir aux personnes inaptes [36]. Le 27 janvier 2020 avait lieu le « Forum national sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie » à Montréal suite au rapport de novembre. L'objectif était « de mettre en lumière les différents points de vue sur la question de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir, dans un contexte d'inaptitude. » [37] Davantage de consultations publiques, mises à mal par la pandémie de la COVID-19, sont prévues dans le futur.



[36] 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, » 2019, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-828-04W.pdf>

[37] Idem. « Forum national sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, » <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-national-sur-l-evolution-de-la-Loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/>.

ACCÈS À L'AMM AUX MINEURS

Au Québec et au Canada, comme dans la plupart des pays autorisant l'assistance médicale au suicide et/ou l'euthanasie volontaire, il faut avoir au moins 18 ans pour pouvoir recourir à l'AMM [38]. En fait, dans le monde, seulement trois pays permettent à certains mineurs d'avoir accès à l'AMM : la Colombie, la Belgique et les Pays-Bas. Bien que l'accessibilité des mineurs à l'AMM ne soit pas un enjeu au centre des discussions sur l'AMM au Québec et au Canada actuellement, une réflexion à cet effet est de mise.

[38] Gouvernement du Québec. *Aide médical à mourir*. (Québec: Gouvernement du Québec. 12 mars 2020), <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/>

L'AMM ET LA PSYCHIATRIE

La question de comment les problèmes de santé mentale s'arriment à l'AMM est encore hautement débattue. L'objectif de la présente section est d'offrir quelques assises pour bien saisir les nombreux questionnements que la population et les experts peuvent avoir concernant les soins de santé mentale et l'AMM.

Débutons par quelques définitions de certains termes de l'AMM afin d'apprécier les nuances du débat. Dans un rapport du conseil des académies canadiennes de 2018 concernant les demandes d'AMM, on souligne que les médecins ne réussissent pas à s'entendre si les troubles mentaux peuvent être considérés comme *incurables* lorsqu'un trouble de santé mentale est la seule maladie invoquée pour une demande de l'AMM [39]. L'enjeu de cette question tourne autour de l'interprétation du terme « incurable » comme « non guérissable » ou comme « ne pouvant être soulagé » [40]. Il est néanmoins souvent admis que les maladies mentales persistantes sont des troubles chroniques et que les troubles chroniques sont, par définitions, des troubles non guérissable et donc incurable. En contrepartie, puisque maladie mentale n'est pas définie selon une physiopathologie, il peut être difficile de la décrire comme incurable ou curable [41].

En ce qui a trait au déclin des capacités, il est reconnu que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale peuvent avoir une diminution de leurs capacités physiques et mentales [42]. Précisons qu'il peut y avoir un déclin de capacités irréversibles, notamment dans le cas où la personne malade n'ira pas consulter pour d'autres comorbidités dites physiques qui ne seront alors pas détectées [43].

[39] Conseil des académies canadiennes, 2018. L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Ottawa (ON): Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, Conseil des académies canadiennes.

[40] *Ibid.* p.78.

[41] *Ibid.* p.79.

[42] *Ibid.* p.83.

[43] *Ibid.* p.84.

Finalement, la notion de souffrance est elle aussi au centre des questions jumelant la psychiatrie et l'AMM. Rappelons premièrement que le concept de souffrance réfère à la perception du patient, de son expérience vécue [44]. Il a été constaté que la souffrance est souvent en lien avec des « facteurs qui nuisent à la qualité de vie, et à la perception d'une perte de sens et de but dans la vie ». Ainsi, un symptôme dit physique peut devenir insupportable et provoquer de la souffrance chez le patient lorsque celui-ci est convaincu que la douleur, par exemple, ne s'atténuera pas. On dit alors que la souffrance est physique et psychologique. Plusieurs troubles mentaux, notamment ceux somatoformes, peuvent donner lieu à ce type de double souffrance [45].

Un professionnel de la santé qui doit évaluer la souffrance d'un patient, peu importe la maladie sous-jacente (physique ou mentale), devra prendre en considération l'ensemble du patient : sa personnalité, ses valeurs, sa perception du passé, du présent et du futur, etc. C'est sans dire qu'il est aussi important de prendre en compte le contexte clinique actuel dont les traitements antérieurs, les options pour le futur et le pronostic [46]. Toutefois, dans les troubles de santé mentale dont la dépression, il n'est pas rare que le patient ait l'impression que rien ne pourra jamais s'améliorer. Ce sont souvent de fausses perceptions qui peuvent changer et qui doivent être distinguées de la véritable souffrance décrite dans les lois sur l'AMM [47].

Dès le jugement tombé, le Collège des médecins désigne l'élargissement des critères d'accès à l'AMM comme « *une transformation radicale du cadre de réflexion original qui pourrait avoir des conséquences majeures, en particulier en ce qui concerne les enjeux de santé mentale.* » [48] Selon le Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des Médecins du Québec, cela s'explique par le fait que la mortalité des troubles psychiatriques n'est pas nécessairement liée à l'évolution naturelle de la maladie elle-même, mais à multiples facteurs concomitants [49].

Selon le Dr Gilles Chamberland, psychiatre et directeur des services professionnels à l'Institut Philippe-Pinel, il est encore difficile de se prononcer sur la notion de choix éclairé. Il souligne à nouveau qu'en santé mentale ce principe est plus difficile à évaluer, car l'un des aspects de la maladie mentale est qu'elle influence la capacité du patient à interpréter la réalité et sa propre condition médicale comme autrui [50].

Pour conclure, le directeur des services professionnels de l'institut Philippe-Pinel explique qu'en termes de réfraction au traitement, il est encore une fois difficile de se prononcer. Nous n'avons à ce jour pas encore le recul nécessaire pour s'exprimer sur l'incurabilité de nombreuses maladies psychiatriques. Pour appuyer ce point, Dre Varkas, professeure agrégée au Département de psychoéducation de l'Université de Québec à Trois-Rivières, a soulevé son inquiétude par rapport à la déficience actuelle au niveau de l'accès aux soins et services en santé mentale durement touché par nombreuses coupes budgétaires et le manque de ressources en recherche. Dans ce contexte, elle explique qu'il est légitime sur le point éthique de se demander s'il est possible de conclure que le patient est réfractaire aux traitements et qu'il pourrait donc prétendre à l'AMM [51].

Devant ces enjeux, tous les experts sont unanimes, face à une situation avec autant de nuances, il faut mettre en place des balises claires. Le Dr Georges L'Espérance, président de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, tient à rappeler que les patients souffrants de maladies mentales sont des vrais patients et ont de réels problèmes de santé et qu'ils ont les mêmes droits que les autres [52]. Le ministère de la santé avait par ailleurs confirmé que des consultations publiques et élargies pour arriver à un consensus social seront tenus pour trouver une solution à la zone grise en place actuellement.

[44] *Ibid.* p.84.

[45] *Ibid.* p.85.

[46] *Ibid.* p.87.

[47] *Ibid.* p.88

[48] Gentile, David. « Québec repousse l'accès à l'aide à mourir pour ceux qui souffrent de troubles mentaux », 27 janvier 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1500610/mourir-euthanasie-psychiatrie-soins-choix>.

[49] Robert, Yves. « L'aide médicale à mourir (AMM) : une réflexion collective en évolution », 23 janvier 2020, <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/l-aide-medicale-a-mourir-une-reflexion-collective-en-evolution.aspx>

[50] Kouaou, Ahmed. « Maladies mentales : l'aide médicale doit mûrir, » 2 février, 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1500610/mourir-euthanasie-psychiatrie-soins-choix>.

[51] *Ibid.*

[52] *Ibid.*

Tel qu'énoncé précédemment, certains pays ont des lois plus permissives que celles du Canada et du Québec en termes d'AMM. Par exemple, les lois sur l'euthanasie des trois pays du Benelux, soient la Belgique [53], les Pays-Bas [54] et le Luxembourg [55] n'incluent pas de critère de fin de vie et donnent accès aux personnes avec des troubles psychiatriques. Les directives médicales anticipées (DMA) et l'accès à l'aide aux mineurs sont d'autres élargissements observés dans le Benelux qui doivent être réfléchis dans le contexte québécois et canadien.

Alors que le Canada est à l'avant-garde de la plupart des pays du monde en termes de lois sur l'AMM, certains pays sont encore plus permissifs que le Canada en ce qui a trait à l'accès pour des problèmes psychiatriques, les directives médicales anticipées et l'accès aux mineurs. Un survol de l'état de de l'AMM à travers le monde est nécessaire pour comprendre où le Québec et le Canada se situent.

Tout d'abord, pour bien comprendre les pratiques à l'extérieur du Canada, il est important de distinguer l'euthanasie active (ou volontaire), du suicide médicalement assisté (ou aide médicale à mourir auto-administrée) et de l'euthanasie passive. L'euthanasie active et le suicide médicalement assisté impliquent tous les deux l'aide d'un tiers dans l'administration d'une substance létale dans le but de mettre fin immédiatement à la vie d'un individu. La différence entre les deux concepts réside dans la personne qui administre la substance : alors que dans le cas de l'euthanasie active le geste est posé par un autre individu, pour le suicide médicalement assisté, le geste est posé par le patient lui-même [56]. L'euthanasie passive, bien qu'il s'agisse d'un concept très controversé, [57] sera utilisé dans le cadre du présent mémoire pour faire référence au fait de ne pas fournir ou d'arrêter de traitements et d'interventions de maintien en vie (p. ex. : ne pas réanimer, arrêter un respirateur artificiel).

Nous allons ainsi catégoriser les pays et états du monde en quatre groupes : 1) *Illégalité complète*; 2) *Euthanasie passive permise*; 3) *Euthanasie active et/ou assistance médicale au suicide permise(s)*; 4) *Accès élargi*. Il faut cependant à noter que, dans plusieurs pays, il n'y a aucune loi connue permettant ou empêchant quelconque forme d'AMM, entre autres parce qu'il ne s'agit pas d'un enjeu social prioritaire comme c'est le cas dans les endroits où sévit la guerre, la pauvreté et la famine [58].

Dans certains pays, la loi interdit explicitement toute forme d'aide à mourir, même l'euthanasie passive. Des motifs religieux, culturels ou historiques expliquent ces législations. C'est le cas notamment des Philippines [59] de la Chine [60] et de la Pologne [61].

[53] Gouvernement de la Belgique. « Euthanasie. (Bruxelles : gouvernement de la Belgique, janvier 2016), <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie#Loi>

[54] Gouvernement des Pays-Bas. « Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request ». (Amsterdam : Gouvernement des Pays-Bas). Gouvernement de la Belgique. Euthanasie. (Belgique: gouvernement de la Belgique, janvier 2016), <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

[55] Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. « Euthanasie; assistance au suicide ». (Luxembourg: Luxembourg, janvier 2020). <https://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>

[56] Bégin-O'Connor, Isabelle. « Les questions de fin de vie : définitions et concepts clés (lexique) pour rendre possible une communication claire et réelle entre citoyens, patients et familles, professionnels de la santé, élus et juristes. Mémoire déposé à la commission de l'Assemblée Nationale du Québec sur la question de mourir dans la dignité ». Juillet 2010.

[57] Gesang, Bernward. « Passive and active euthanasia: What is the difference? ». *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11 (2018): 175-180. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11019-007-9087-x.pdf>

[58] Srivastava, Vinod. « Euthanasia: a regional perspective ». *Annals of Neurosciences*. 21o3 (2014) : 81-82: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158780/>.

[59] Dyer, Claude. « Philippines considers euthanasia bill ». *British Medical Journal. News* (1997). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126848/pdf/9193287.pdf>

[60] Sleeboom-Faulkner, Margaret. « Chinese Concepts of Euthanasia and Health Care ». *Bioethics*. 20o4 (2006) : 203-212

[61] BBC news. « Euthanasia: a continent divided ». *BBC news*, 11 février 2009. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7322520.stm>

Un autre groupe de pays et états ont des lois un peu moins restrictives permettant une forme d'*euthanasie passive* seulement. On y retrouve la plupart des États américains [62], plusieurs pays européens [63] (Danemark, Norvège, Suède, Irlande du Nord, France, Espagne, Autriche, Slovaquie, Hongrie, Grèce), le Royaume Uni, la plupart des États australiens [64], la Nouvelle-Zélande [65], l'Israël [66], l'Inde [67], le Chili [68], de l'Argentine [69] et l'Uruguay [70]. Le sénat mexicain a également approuvé une loi décriminalisant l'euthanasie passive [71].

En Finlande [72], en Italie [73] et en Allemagne [74], l'euthanasie passive est légale et, bien que cela ne soit pas encore enchâssé dans la loi, l'assistance médicale au suicide n'est plus considérée comme criminelle suite à des jugements ou des positions gouvernementales à cet effet. De même, dans l'état américain du Montana, il a été énoncé que la loi n'empêche pas d'avoir recours à l'assistance médicale au suicide [75]. Par ailleurs en Corée du Sud [76] (février 2018) et au Portugal [77] (février 2020), des lois ont été votées en faveur d'un projet de loi permettant aux personnes en fin de vie d'avoir recours à l'euthanasie active, l'euthanasie passive y étant déjà permise. Aussi, au Japon [78], sans que le gouvernement central n'ait légiféré quant à l'euthanasie, des jugements de cours locales ont bâti les assises d'un cadre légal selon lequel l'euthanasie, autant passive que volontaire pourrait être pratiquée légalement.

[62] Nicol, Julia. « Aide médicale à mourir : la législation dans certains états à l'extérieur du Canada. Étude générale ». Canada: Parlement du Canada, 2015. https://bdp.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/2015116E

[63] Bello, Camille. « Where in Europe is assisted dying legal? ». Euronews, 25 septembre 2015. <https://www.euronews.com/2019/09/25/where-in-europe-is-assisted-dying-legal->

[64] Queensland University of Technology. « Euthanasia and Assisted Dying ». End of Life Law in Australia. 12 mars 2020. <https://end-of-life.qut.edu.au/euthanasia>

[65] Mathieson, Sarah Elizabeth. « Live and Let Die: The Legislation of Euthanasia in New-Zealand ». October 2013. <https://www.otago.ac.nz/law/research/journals/otago085109.pdf>

[66] Jewish Virtual Library. « Jewish Ethics: Euthanasia: The Approach of the Courts in Israel and the Jewish Law ». <https://www.jewishvirtuallibrary.org/euthanasia-the-approach-of-the-courts-in-israel-and-the-application-of-jewish-law>

[67] Times of India. « Aruna Shanbaug case: SC allows passive euthanasia in path-breaking judgment ». 7 mars 2011. <https://timesofindia.indiatimes.com/india/Aruna-Shanbaug-case-SC-allows-passive-euthanasia-in-path-breaking-judgment/articleshow/7644557.cms?referral=PM>

[68] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. « Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud ». 13 décembre 2019. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

[69] Alonso, Juan Pedro, Agustina Villarejo et Eugenia Brage. « Parliamentary debates on death with dignity in Argentina: the rights of the terminal patients on legislative agenda, 1996-2012 ». *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 24(4) (2017). http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702017000401031&script=sci_arttext&lng=en

[70] Hornos, Conrado. « Uruguay approves "right to die" for terminally ill ». Reuters, 17 mars 2009. <https://uk.reuters.com/article/uk-uruguay-euthanasia/uruguay-approves-right-to-die-for-terminally-ill-idUKTRE52H0FA20090318>

[71] Reuters. « Mexico moves to legalise euthanasia ». 12 avril 2007. <https://uk.reuters.com/article/uk-mexico-euthanasia/mexico-moves-to-legalise-euthanasia-idUKN1238979720070413>

[72] Ministère des affaires sociales et de la santé de la Finlande. « Human dignity, hospice care and euthanasia ». Helsinki : Ministère des affaires sociales et de la santé. Janvier, 2012. <https://etene.fi/documents/1429646/1561478/2012+Position+Human+Dignity%2C+Hospice+Care+and+Euthanasia%2C+1.1.2012.pdf/a761a5ae-fb66-43fe-8c0f-08a1ed8d456c/2012+Position+Human+Dignity%2C+Hospice+Care+and+Euthanasia%2C+1.1.2012.pdf>

[73] Euronews. « Italy's top court rules assisted suicide not always a crime in landmark case ». 26 septembre 2019. <https://www.euronews.com/2019/09/25/italy-s-constitutional-court-to-clarify-law-on-assisted-suicide>

[74] BBC News. « Germany overturns ban on professionally assisted suicide ». 26 février 2020. <https://www.bbc.com/news/world-europe-51643306>

[75] Death with Dignity National Center. « Death with dignity Acts ». <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/>

[76] Umeda, Sayuri. « South Korea: Pilot Program Started for the Well-Dying Law ». Washington: Library of Congress, 2017. <https://www.loc.gov/law/foreign-news/article/south-korea-pilot-program-started-for-the-well-dying-law/>

[77] Associated Press. « Portugal lawmakers vote to allow euthanasia for terminally ill ». NBC News, 20 février 2020. <https://www.nbcnews.com/news/world/portugal-lawmakers-vote-allow-euthanasia-terminally-ill-n1139971>

[78] Hongo, Jun. « Euthanasia : the dilemma of choice ». Japan Times, 15 février 2014. https://www.japantimes.co.jp/life/2014/02/15/general/euthanasia-the-dilemma-of-choice/#.Xrwz_KtKg_U

L'Australie [79] et les États-Unis [80] sont deux pays dont certains états seulement ont légalisé le suicide assisté. En effet, les États australiens de Victoria (2017) et de l'Australie de l'Ouest (2019; entrée en vigueur en 2021) ainsi que les États américains de l'Oregon (1994), de Washington (2009), du Vermont (2013), la Californie (2016), le District de Columbia (2016), le Colorado (2016), Hawaï (2018), le Maine (2019) et New Jersey (2019) ont tous voté des lois permettant le suicide assisté pour les personnes majeures (>18 ans) et conscientes vivant les souffrances insupportables d'un problème de santé incurable et dont le pronostic est de tout au plus six mois (ce pronostic peut aller jusqu'à 12 mois dans le cas de maladies dégénératives en Australie). Une maladie mentale comme unique problème de santé n'est pas suffisant pour être éligible. Dans le cas des lois australiennes, il est précisé que le médecin peut procéder à l'administration de la substance létale si le patient n'est physiquement pas en mesure de le faire.

Finalement, nous avons regroupé dans ce groupe les pays qui, comme le Canada depuis le jugement Truchon-Gladu, ont élargi d'une manière ou d'un autre l'accès à l'AMM par rapport aux pays et états nommés plus haut. Nous y avons inclus la Suisse, la Belgique, les Pays-Bas, le Luxembourg et la Colombie.

La Suisse constitue un cas bien particulier. En effet, bien que l'euthanasie active y soit proscrite et punie, le suicide médicalement assisté y est légal depuis 1942 [81], ce qui en fait le premier pays à le permettre par la loi une forme quelconque d'AMM. Également, tout comme la Belgique, le Luxembourg et les Pays-Bas, la Suisse, permet aux personnes qui ne sont pas en fin de vie d'avoir accès à l'AMM [82]. De plus, la Suisse se démarque des autres pays par le fait qu'elle ne limite pas l'accès au suicide assisté à ses résidents. Cela fait en sorte que la Suisse est une destination de choix pour les résidents de juridictions où l'AMM n'est pas accessible pour les individus qui ne sont pas considérés en fin de vie, comme c'était le cas au Canada avant le jugement Gladu-Truchon, ou, tout simplement pour les endroits où l'aide médicale à mourir n'est pas permise [83].

Les pays du Benelux (Belgique, Luxembourg, Pays-Bas), sont considéré comme les plus inclusifs en ce qui a trait à l'AMM. Ils pourraient servir d'exemple d'élargissements possibles des lois québécoise et canadienne en termes d'accès à l'AMM pour les problèmes de santé mentale, de DMA et d'accès aux mineurs. Le premier pays à légaliser l'euthanasie volontaire en Amérique latine, la Colombie, s'est inspirée de la loi canadienne sur l'AMM et a élargi l'accès aux mineurs; elle doit donc également être considérée dans ces réflexions [84].

Les pays du Benelux (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg) sont les seuls pays où l'euthanasie active est autorisée pour les personnes avec des souffrances psychologiques. En Belgique, en 2018, sur plus de 2300 administrations d'euthanasie, 55 ont été fait pour des raisons psychologiques. Aux Pays-Bas en 2017, 1% des 6585 euthanasies ou suicides assistés aux Pays-Bas étaient liés à un problème de santé mentale [85]. Ces pays sont également les seuls endroits où l'on peut formuler des DMA en lien avec l'administration de l'AMM. Alors qu'en Belgique et au Luxembourg, ces directives ne peuvent être appliquées que lorsque le patient est inconscient, les Pays-bas vont plus loin en permettant leur utilisation dans les cas de démence [86]. Seulement trois pays dans le monde permettent à certains mineurs d'avoir accès à l'AMM : la Colombie, la Belgique et les Pays-Bas.

[79] Queensland University of Technology. *Op. cit.*

[80] Death with Dignity National Center. *Op. cit.*

[81] Chong, Frédérique. « Où permet-t-on l'aide médicale à mourir dans le monde? La réponse en carte ». Radio-Canada, 6 juin 2016. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/776223/euthanasie-suicide-assiste-aide-medicale-carte-monde>

[82] Institut Européen de Bioéthique. « Code pénal Suisse / mort provoquée ». 12 mars 2009. <https://www.ieb-eib.org/fr/loi/fin-de-vie/non-classes/code-penal-suisse-mort-provoquee-97.html>

[83] Nicol, Julia. *Op. cit.*

https://bdp.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/2015116E

[84] Lopez Benavides, Lynda Lynda. « The right to die with dignitiy in Columbia ». Forensic Reasearch and Criminology International Journal. 6o6 (2018) <https://medcraveonline.com/FRCIJ/FRCIJ-06-00239.pdf>

[85] Evenblij, Kirsten et coll. « Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists ». Biomedical Center Psychiatry. 19o74 (2019). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2053-3>

[86] Nicol, Julia. *Op. cit.*

- En Belgique, un enfant de tout âge peut en faire la demande, mais celui-ci doit être doté de la capacité de discernement et ses représentants légaux doivent approuver sa demande. L'accès à l'AMM n'est cependant pas offert aux Belges mineurs ayant uniquement des souffrances psychologiques, alors qu'à partir de 18 ans cet accès est possible en Belgique [87].

- Dans le cas de la Colombie, un enfant de 6 ans peut en faire la demande. Entre 6 et 12 ans, les deux parents de l'enfant doivent être d'accord; entre 12 et 14 ans, si les parents ne s'entendent pas ensemble, l'avis de l'adolescent prévaut; après 14 ans, l'adolescent peut prendre cette décision seule [88].

- Aux Pays-Bas, l'AMM est accessible à partir de 12 ans [89]. Cependant, les adolescents âgés de 12 à 15 ans inclusivement doivent avoir l'accord de représentants légaux. À 16 et 17 ans, bien que cet accord ne soit pas requis, les parents de l'adolescent doivent être impliqué dans le processus de décision.



[87] Gouvernement de la Belgique. *Op. cit.*

[88] Lopez Benavides, Lynda Lynda. *Op. cit.*

[89] Gouvernement des Pays-Bas. *Op. cit.*

PISTES DE RÉFLEXION POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À L'AMM

Heureusement, des solutions ressortent de ces données et pourraient améliorer l'accès à l'aide médicale à mourir à la population du Québec.

1. Offrir un service d'information, d'orientation et de soutien facilement accessible à chaque milieu, offert tant aux patients qu'au personnel.
2. Limiter les admissions en centre hospitalier pour le but spécifique de recevoir l'AMM et augmenter le nombre d'AMM administrées à domicile, en CHSLD et dans les maisons de soins palliatifs.
3. Le nombre limité de médecins spécialistes participant à l'AMM est particulièrement bas, ce qui n'est pas normal étant donné que leurs patients sont à l'origine de la plupart des demandes d'AMM. Des mesures devraient être mises en place pour maximiser leur participation et leur formation à l'administration de l'AMM.
4. Explorer la possibilité d'offrir le droit d'administrer l'AMM aux infirmiers praticiens.
5. Prioriser l'égalité de l'accès à l'AMM au Québec (moins pratiquée à Montréal, dans certains types d'établissements, dans certains centres de soins).
6. Permettre des demandes anticipées d'AMM afin de limiter les refus de demandes par perte de l'aptitude à consentir aux soins.

CONCLUSION

L'aide médicale à mourir qui évolue rapidement tant au point juridique que social et qui soulève plusieurs enjeux éthiques et moraux. Plusieurs médecins et étudiants en médecine devront faire face à cet enjeu. La compréhension de cet enjeu est donc essentielle pour pouvoir en retour l'expliquer à nos patients et les accompagner, eux et leurs proches, à travers que la réflexion et souvent le dilemme que cette option représente. L'accessibilité de l'aide médicale à mourir demeure un sujet litigieux qui amènera plusieurs débats tant dans notre société que dans la communauté médicale, il sera donc important de suivre les avancements sur ce dossier tout en continuant à promouvoir le droit de nos patients à accéder aux services appropriés.

Dans cette brève annexe, nous allons brièvement expliquer comment les articles 7 et 15 de la Charte des droits et libertés s'articulent dans le jugement Gladu-Truchon.

Article 7 : droit à la vie, la liberté et la sécurité

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa propre personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Selon le jugement, concernant le droit à la vie, le critère de mort raisonnablement prévisible a pour effet de *contraindre à vivre* des personnes qui désirent l'AMM et qui souffrent de manière intolérable suite à une condition irréversible et qui sont aptes et admissibles selon les autres critères. De plus, ces demandeurs non admissibles à cause de ce critère sont plus à risque de s'enlever la vie prématurément, souvent de façon violente ou même dégradante, les contraignant ainsi à mourir dans de conditions indignes. La conclusion de la juge Beaudouin est donc que le droit à la vie est atteint.

Ensuite, il est d'avis de la cour que le droit à la liberté et la sécurité n'est pas respecté non plus. Avec le critère de mort raisonnablement prévisible, les demandeurs sont privés de leur « autonomie décisionnelle et incidemment forcée à perdurer dans l'épreuve des souffrances intolérables et irréversibles », selon la juge Beaudouin [90]. Ils ne peuvent exercer « un choix fondamental qui soit respectueux de leur dignité, de leurs valeurs et de leur intégrité ». Selon la Cour, « les autres critères d'accès à l'AMAM en excluant celui de mort raisonnablement prévisible et les mesures de sauvegarde prévues à la loi sont suffisants pour protéger les personnes dites vulnérables. » [91]

Article 15 : droit à l'égalité

(1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

(2) L'article (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés, notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leur déficiences mentales ou physiques.

L'article 15 est celui du droit à l'égalité. Ainsi, le fédéral, en introduisant le critère de mort raisonnablement imminente, provoque une inégalité de deux ordres selon le jugement. Tout d'abord, il y a une distinction fondée sur la nature de la déficience (1) et une sur la capacité physique à s'enlever la vie (2). En effet, dans le 1er cas (1), deux personnes souffrant de la même manière d'une maladie grave et incurable de façon intolérable n'auront pas le même accès à l'AMM, car une d'elles ne serait pas sur la trajectoire de la mort face à sa condition.

Ensuite, dans le deuxième cas (2), le critère de mort raisonnablement imminente oblige les personnes souffrant d'un handicap tel M. Truchon, qui ne peuvent s'enlever la vie physiquement et qui désirent l'AMM, à « perdurer dans leur souffrance intolérable ou souffrir encore plus en cessant de s'alimenter et de s'hydrater par exemple, ou se suicider », explique le juge Beaudouin, et tout cela *à cause de leur incapacité physique*.

De plus, le jugement déplore le fait que le critère de mort raisonnablement prévisible renforce un stéréotype injustifié à l'égard d'une personne handicapé par rapport à leur aptitude à consentir. Il n'existe *pas d'adéquation automatique entre le statut vulnérable d'une personne et son handicap*, réitère-t-il.

Le jugement conclut que les demandeurs sont capables de prendre des décisions fondamentales pour eux, mais sont privés de leurs droits, car avec le critère de mort raisonnablement prévisible on juge qu'ils sont vulnérables dans leur prise de décision en raison de leur condition, ce qui est une atteinte à l'article 15. [92]

[90] Langlois Avocats, « Le droit de mourir dignement : la Cour supérieure tranche,» 30 septembre, 2019, <https://langlois.ca/le-droit-de-mourir-dignement-la-cour-superieure-tranche/#>.

[91] *Ibid*

[92] *Ibid* p.25

Alonso, Juan Pedro, Agustina Villarejo et Eugenia Brage. « Parliamentary debates on death with dignity in Argentina: the rights of the terminal patients on legislative agenda, 1996-2012 ». *Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos*. 24, 2017.
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702017000401031&script=sci_arttext&tIng=en

Associated Press. « Portugal lawmakers vote to allow euthanasia for terminally ill ». *NBC News*, 20 février 2020.
<https://www.nbcnews.com/news/world/portugal-lawmakers-vote-allow-euthanasia-terminally-ill-n1139971>

Association canadienne de santé publique. « Énoncé de position de l'Association canadienne de santé publique : L'aide médicale à mourir. » Ottawa: ACSP, 2016.
https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/maid_statement_f.pdf

BBC news. « Euthanasia: a continent divided ». *BBC news*, 11 février 2009.
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7322520.stm>

BBC News. « Germany overturns ban on professionally assisted suicide ». 26 février 2020.
<https://www.bbc.com/news/world-europe-51643306>

Bégin-O'Connor, Isabelle. « Les questions de fin de vie : définitions et concepts clés pour rendre possible une communication claire et réelle entre citoyens, patients et familles, professionnels de la santé, élus et juristes. Mémoire déposé à la commission de l'Assemblée Nationale du Québec sur la question de mourir dans la dignité ». Assemblée nationale du Québec, juillet 2010.
http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_37565&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz

Bello, Camile. « Where in Europe is assisted dying legal? ». *Euronews*, 25 septembre 2015.
<https://www.euronews.com/2019/09/25/where-in-europe-is-assisted-dying-legal->

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. « Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud ». 13 décembre 2019.
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Butler, Martha. Thiedmann, Marlisa. « Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir. » 29 décembre 2015.
https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201547E.

Chong, Frédérique. « Où permet-t-on l'aide médicale à mourir dans le monde? La réponse en carte ». *Radio-Canada*, 6 juin 2016.
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/776223/euthanasie-suicide-assiste-aide-medicale-carte-monde>

Collège des médecins du Québec. « Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie : 05/2015 Guide d'exercice. » Montréal : Service des communications du Collège des médecins du Québec, 2015.
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-soins-medicaux-derniers-jours-de-la-vie.pdf>

Collège des médecins du Québec. « Code de déontologie. », Montréal : Service des communications du Collège des médecins du Québec, 7 janvier 2015.
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1588792435759>

Collège des médecins du Québec. « La sédation palliative en fin de vie : Mise à jour 08/2016 Guide d'exercice. » Montréal : Service des communications du Collège des médecins du Québec, 2016. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>

Commission sur les soins de fin de vie du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. « Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : 10 décembre 2015 au 31 mars 2018. » Québec, 2019.

<https://aqdmd.org/chronologie/commission-sur-les-soins-de-fin-de-vie-depot-du-rapport-sur-la-situation-sur-les-soins-de-fin-de-vie-au-quebec/>

Conseil des académies canadiennes. « L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. » Ottawa : Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM, 2018.

Death with Dignity National Center. « Death with dignity Acts ». 8 juin 2020.

<https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/>

Dyer, Claude. « Philippines considers euthanasia bill ». *British Medical Journal. News*, 1997.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126848/pdf/9193287.pdf>

Éducaloi. « Aide médicale à mourir: des critères invalides. » 17 septembre, 2019.

<https://www.educaloi.qc.ca/nouvelles/aide-medicales-mourir-des-criteres-invalides>.

Euronews. « Italy's top court rules assisted suicide not always a crime in landmark case ». 26 septembre 2019.

<https://www.euronews.com/2019/09/25/italy-s-constitutional-court-to-clarify-law-on-assisted-suicide>

Evenblij, Kirsten et coll. « Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists ». *Biomedical Center Psychiatry*. 19, 2019.

Georges l'Espérance. « Aide médicale à mourir: état des lieux. » Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité, 8 janvier 2018

<https://aqdmd.org/nos-actions/aide-medicales-a-mourir-etat-des-lieux-au-quebec-apres-deux-ans-application/>

Gentile, David. « Québec repousse l'accès à l'aide à mourir pour ceux qui souffrent de troubles mentaux. » 27 janvier 2020.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1500610/mourir-euthanasie-psychiatrie-soins-choix>

Gesang, Bernward. « Passive and active euthanasia: What is the difference? ». *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 2018.

Gouvernement de la Belgique. « Euthanasie. » Bruxelles : gouvernement de la Belgique, janvier 2016.

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie#Loi>

Gouvernement des Pays-Bas. « Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request ». Amsterdam, 2016.

<https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

Gouvernement du Canada. « Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14). » Ottawa : Gouvernement du Canada, 2016.

<https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/am-ad/am-ad.pdf>

Gouvernement du Canada. « Aide médicale à mourir. » 25 février, 2020.

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicales-mourir.html#a2>

Gouvernement du Canada. « Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir). » 24 mars, 2020.

https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/loisAnnuelles/2016_3/TexteCompleet.html

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. « Euthanasie; assistance au suicide ». Luxembourg: Luxembourg, janvier 2020.

<https://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>

Gouvernement du Québec. « Aide médical à mourir. » Québec: Gouvernement du Québec. 12 mars 2020.

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicales-a-mourir/>

Gouvernement du Québec. « Loi concernant les soins de fin de vie. » RLRQ, chapitre S-32.0001. Québec : Éditeur officiel du Québec, 31 décembre 2019.

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-32.0001.pdf>

Gouvernement du Québec. « Loi concernant les soins de fin de vie. » RLRQ, chapitre S-32.0001. Québec : Éditeur officiel du Québec, 1er février, 2020.

<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001.pdf>

Hongo, Jun. « Euthanasia : dhe dilemma of choice ». Japan Times, 15 février 2014.

https://www.japantimes.co.jp/life/2014/02/15/general/euthanasia-the-dilemma-of-choice/#.Xrwz_KtKg_U

Hornos, Conrado. « Uruguay approves "right to die" for terminally ill ». Reuters, 17 mars 2009.

<https://uk.reuters.com/article/uk-uruguay-euthanasia/uruguay-approves-right-to-die-for-terminally-ill-idUKTRE52H0FA20090318>

Institut Européen de Bioéthique. « Code pénal Suisse : mort provoquée ». 12 mars 2009.

<https://www.ieb-eib.org/fr/loi/fin-de-vie/non-classes/code-penal-suisse-mort-provoquee-97.html>

Jewish Virtual Library. « Jewish Ethics: Euthanasia: The Approach of the Courts in Israel and the Application of Jewish Law ».

<https://www.jewishvirtuallibrary.org/euthanasia-the-approach-of-the-courts-in-israel-and-the-application-of-jewish-law>

Kouaou, Ahmed. « Maladies mentales : l'aide médicale doit mûrir. » 2 février, 2020.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1500610/mourir-euthanasie-psychiatrie-soins-choix>

Langlois Avocats, « Le droit de mourir dignement : la Cour supérieure tranche. » 30 septembre, 2019.

<https://langlois.ca/le-droit-de-mourir-dignement-la-cour-superieure-tranche/#>

Lopez Benavides, Lynda Lynda. « The right to die with dignity in Columbia ». Forensic Research and Criminology International Journal. 6, 2018.

Lucie Opatrny et Marie-Ève Bouthillier. « Décoder l'objection de conscience dans le cas de l'aide médicale à mourir ». Le Spécialiste 16, no 4, 2017.

Mathieson, Sarah Elizabeth. « Live and Let Die: The Legislation of Euthanasia in New-Zealand ». October 2013.

<https://www.otago.ac.nz/law/research/journals/otago085109.pdf>

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. » 2019.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-828-04W.pdf>

Ministre des affaires sociales et de la santé de la Finlande. « Human dignity, hospice care and euthanasia ». Helsinki : Ministre des affaires sociales et de la santé, janvier 2012.

<https://etene.fi/documents/1429646/1561478/2012+Position+Human+Dignity%2C+Hospice+Care+and+Euthanasia%2C+1.1.2012.pdf/a761a5ae-fb66-43fe-8c0f-08a1ed8d456c/2012+Position+Human+Dignity%2C+Hospice+Care+and+Euthanasia%2C+1.1.2012.pdf>

Nicol, Julia. « Aide médicale à mourir : la législation dans certains états à l'extérieur du Canada. Étude générale. » Canada: Parlement du Canada, 2015. https://bdp.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/2015116E

Parlement du Canada. « Projet de loi C-7: Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir). » 24 février, 2020.

<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-1/projet-loi/C-7/premiere-lecture>

Queensland University of Technology. « Euthanasia and Assisted Dying ». End of Life Law in Australia. 12 mars 2020.

<https://end-of-life.qut.edu.au/euthanasia>

Robert, Yves. « L'aide médicale à mourir (AMM) : une réflexion collective en évolution. » Montréal : Service des communications du Collège des médecins du Québec, 23 janvier 2020.

<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/l-aide-medicale-a-mourir-une-reflexion-collective-en-evolution.aspx>

Reuters. « Mexico moves to legalise euthanasia ». 12 avril 2007.

<https://uk.reuters.com/article/uk-mexico-euthanasia/mexico-moves-to-legalise-euthanasia-idUKN1238979720070413>

Sleeboom-Faulkner, Margaret. « Chinese Concepts of Euthanasia and Health Care ». *Bioethics*. 20, 2006.

Srivastava, Vinod. « Euthanasia: a regional perspective ». *Annals of Neurosciences*. 21, 2014.

Tchandem Kamgang, Alice Chantal. « Aide médicale à mourir: que faire en attendant l'adoption du projet de loi C-7 au fédéral. » *RCI*, 11 mars 2020.

<https://www.rcinet.ca/fr/2020/03/11/aide-medicale-a-mourir-adoption-projet-loi-c-7-canada%E2%80%89/>

Times of India. « Aruna Shanbaug case: SC allows passive euthanasia in path-breaking judgment ». 7 mars 2011.

<https://timesofindia.indiatimes.com/india/Aruna-Shanbaug-case-SC-allows-passive-euthanasia-in-path-breaking-judgment/articleshow/7644557.cms?referral=PM>

Umeda, Sayuri. « South Korea: Pilot Program Started for the Well-Dying Law ». Washington: Library of Congress, 2017.

<https://www.loc.gov/law/foreign-news/article/south-korea-pilot-program-started-for-the-well-dying-law/>