



THE CANADIAN  
BAR ASSOCIATION  
L'ASSOCIATION DU  
BARREAU CANADIEN

## Aide médicale à mourir

**GROUPE DE TRAVAIL SUR LA FIN DE VIE  
ASSOCIATION DU BARREAU CANADIEN**

**Février 2022**

## **AVANT-PROPOS**

L'Association du Barreau canadien est une association nationale représentant 36 000 juristes – avocats, avocates, notaires, professeurs, professeures de droit et étudiants, étudiantes en droit – des quatre coins du Canada. Ses objectifs premiers comprennent l'amélioration du droit et de l'administration de la justice.

Le présent mémoire a été rédigé par le Groupe de travail sur la fin de vie de l'ABC avec l'aide de la direction de la Représentation au bureau national de l'ABC. Il a été vu par le Sous-comité de la réforme du droit et approuvé à titre de déclaration publique du Groupe de travail sur la fin de vie de l'ABC.

# TABLE DES MATIÈRES

## Aide médicale à mourir

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>DEMANDES ANTICIPÉES .....</b>	<b>2</b>
	A. Précision .....	2
	B. Arguments à l'appui de la demande anticipée .....	2
	C. Cadre législatif .....	3
	D. Seulement après le diagnostic .....	3
	E. Déclaration (formule prescrite) .....	4
	F. Révocation de la déclaration (formule prescrite).....	5
	G. L'agent de l'AMM .....	5
	H. Prises de décision par un mandataire encadrées par un régime législatif s'éloignant des régimes actuels .....	6
	I. Conditions d'application .....	6
	J. Démonstration de refus par le demandeur .....	7
	K. Droit de réexamen.....	7
	L. Mandataire par défaut .....	7
<b>III.</b>	<b>MALADIE MENTALE .....</b>	<b>7</b>
	A. Principes directeurs.....	7
	B. Instruments législatifs.....	8
	C. Mesures de sauvegarde envisageables pour l'AMM-TM-SPMI .	9
	D. L'équilibre entre soutien et mesures de sauvegarde.....	12
<b>IV.</b>	<b>MINEURS MATURES .....</b>	<b>12</b>
	A. Capacité décisionnelle .....	12
	B. Droits constitutionnels des mineurs.....	13
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION ET RÉCAPITULATION DES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>15</b>



# Aide médicale à mourir

## I. INTRODUCTION

Le Groupe de travail sur la fin de vie de l'Association du Barreau canadien (ci-après, le groupe de travail de l'ABC) est heureux de présenter ses observations sur l'aide médicale à mourir (AMM) pour les personnes souffrant de maladies mentales, les mineurs matures et les demandeurs exprimant leur volonté de manière anticipée.

L'Association du Barreau canadien (ABC) est un organisme national regroupant plus de 36 000 membres, dont des avocats, avocates, notaires (au Québec), des universitaires et des étudiants et étudiantes en droit des quatre coins du Canada; elle a pour mandat l'amélioration du droit et de l'administration de la justice. Le groupe de travail de l'ABC est composé de représentants et de représentantes d'un grand nombre de domaines d'expertise, notamment le droit constitutionnel et les droits de la personne, la justice pénale, le droit de la santé, le droit des testaments, des successions et des fiducies, le droit des personnes âgées, le droit des enfants et des jeunes, le droit de la vie privée et de l'accès à l'information et le règlement des différends.

L'ABC a fait la preuve d'un ferme engagement à rendre plus clair le droit régissant la prise de décisions en fin de vie et a souligné l'importance d'adopter une approche pancanadienne à cet égard. Nous sommes conscients que l'AMM est un sujet complexe qui soulève d'importantes problématiques et attise les débats. Le groupe de travail de l'ABC recommande depuis le début que les dispositions du *Code criminel* concernant l'AMM soient modifiées suivant les critères établis par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter*<sup>1</sup>.

L'ABC a adopté des résolutions favorables à l'AMM, en présence de dispositifs de protection adéquats, pour les personnes souffrant de maladies mentales, les mineurs matures et les demandeurs exprimant leur volonté de manière anticipée<sup>2</sup> Nous avons rédigé les observations qui suivent afin de d'aider l'examen de ces trois aspects de la problématique à la lumière desdites résolutions.

---

<sup>1</sup> Carter c. Canada (Procureur général), [2015] 1 RCS 331 (Carter).

<sup>2</sup> Voir les résolutions de l'ABC concernant les [demandes anticipées](#), les [troubles psychiatriques](#) et les [mineurs capables](#).

## II. DEMANDES ANTICIPÉES

### A. Précision

Nous employons le terme « demande anticipée » pour parler d'une demande d'AMM faite par une personne apte (le demandeur) ayant reçu le diagnostic d'un problème de santé grave et irrémédiable, cette demande prenant effet par la suite si le demandeur devient inapte et quand seront remplies des conditions particulières établies dans un document écrit (les conditions d'application).

Cette notion s'éloigne des conditions énoncées au paragraphe 241.2(3.2) du *Code criminel*, qui concerne le cas où la personne remplissant tous les critères a déjà demandé l'AMM et y a consenti, mais devient inapte avant que l'AMM soit administrée<sup>3</sup>. La demande anticipée peut être vue comme une démarche qu'une personne apte entreprend de façon indépendante en prévision de sa propre incapacité après avoir reçu un diagnostic remplissant les critères, puisqu'elle offre le choix de reporter l'AMM au moment où les conditions d'application seront remplies, sans risque d'arrêt du processus en cas d'incapacité du demandeur.

### B. Arguments à l'appui de la demande anticipée

Nous sommes d'avis que la demande anticipée respecte le droit fondamental à la sécurité de la personne garanti par la *Charte*, ainsi que l'inviolabilité du principe d'autonomie personnelle. La demande anticipée accorde au sujet l'accès ultérieur à l'AMM (conformément à une demande exprimée en situation d'aptitude) et offre une solution au risque réel qu'une incapacité survienne ultérieurement et bloque l'accès à l'AMM, avec comme résultat possible que l'AMM soit administrée plus tôt que la personne aurait voulu. Autrement dit, si le sujet doit être apte au moment de demander l'AMM, alors il doit se faire administrer l'AMM alors qu'il est toujours apte, même s'il ne se sent pas encore prêt à mourir; et s'il reporte l'AMM à plus tard et que le risque d'incapacité se concrétise, alors il perd son accès à l'AMM (sauf s'il existe une procédure de demande anticipée).

Les récents sondages font état d'une majorité écrasante pour la demande anticipée. Par exemple, en 2020, 79 % des répondants au questionnaire du gouvernement fédéral sur l'AMM

---

<sup>3</sup> Bien qu'elle ne soit pas définie dans le *Code criminel*, cette procédure est mentionnée dans les intitulés des paragraphes 241.2(3.4) et (3.5) par le terme « consentement préalable ». Nous employons le terme « demande anticipée » pour éviter toute confusion.

se sont dits favorables<sup>4</sup>. De plus, 83 % des répondants d'un sondage d'Ipsos en 2021 se sont dits en faveur de la demande anticipée pour les personnes ayant reçu le diagnostic d'un problème de santé grave et irrémédiable<sup>5</sup>.

En outre, la majorité des membres de la Canadian Association of MAID Assessors and Providers (CAMAP) se disaient ouverts à la demande anticipée. Dans un sondage auprès des membres, 82 % ont déclaré qu'ils accepteraient d'évaluer des patients ayant fait une demande anticipée et ayant depuis perdu la capacité de prendre leurs propres décisions concernant leurs soins de santé, et 76 % accepteraient d'administrer l'AMM à un patient admissible devenu inapte, mais ayant fait une demande anticipée auparavant<sup>6</sup>.

### **C. Cadre législatif**

À notre avis, le meilleur moyen de légiférer sur les demandes anticipées d'AMM est de l'encadrer spécifiquement dans le *Code criminel*. Ce cadre devrait englober toutes les exigences, notamment la documentation nécessaire à l'établissement des critères et à l'application de la demande anticipée. Ce régime devrait aussi comporter des dispositions de protection, d'exonération et de dégageant de responsabilité pour toutes les parties agissant de bonne foi. Ces protections seraient particulièrement importantes pour l'agent de l'AMM (dont il est question plus loin, à la section G).

Doivent aussi faire partie du processus de demandes anticipées les critères actuellement applicables de l'AMM énoncés dans le *Code criminel*, soit le critère de l'aptitude à faire une demande anticipée et celui du consentement éclairé.

### **D. Seulement après le diagnostic**

Le patient devrait pouvoir faire une demande anticipée seulement *après* avoir reçu le diagnostic d'un trouble de santé grave et irrémédiable, mais *avant* que ses souffrances deviennent intolérables. Ce mécanisme de protection admet un consentement pleinement éclairé, lequel exige une discussion sur l'évolution de la maladie, les risques et avantages associés au traitement et les moyens de soulager les souffrances.

---

<sup>4</sup> [Rapport de ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir](#) (mars 2020). Le public a été invité à répondre au questionnaire en ligne en janvier 2020.

<sup>5</sup> Sondage [Ipsos](#) réalisé au nom de Dying with Dignity Canada (février 2021).

<sup>6</sup> [L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir](#), Groupe de travail du comité d'experts sur les demandes anticipées d'AMM, (Conseil des académies canadiennes) (2018), p. 156.

## E. Déclaration (formule prescrite)

Vu la nature extrêmement grave des demandes anticipées, nous recommandons l'usage d'une formule prescrite (la déclaration). Le contenu de la déclaration doit être spécifiquement énoncé dans le *Code criminel* (ou les règlements d'application) et inclure :

- le nom d'une personne (l'agent de l'AMM), y compris son mandataire si possible, qui doit entamer une procédure d'évaluation pour déterminer si les conditions d'application de la demande anticipée du patient sont présentes. L'agent de l'AMM doit ensuite prendre les décisions relatives aux traitements au nom du patient conformément à la déclaration et aux lois applicables;
- la définition des conditions d'application qui constituent des souffrances intolérables pour le demandeur et obligeraient alors l'agent de l'AMM à agir sur la base de la demande anticipée;
- la signature du demandeur;
- la signature de l'agent nommé pour l'AMM (et celle de son mandataire s'il y a lieu), par laquelle cette personne confirme être disposée à exécuter la demande d'AMM;
- la signature du médecin du demandeur, par laquelle cette personne confirme avoir communiqué le diagnostic et avoir eu les discussions exigées au sujet du consentement éclairé;
- les exigences et instructions relatives aux témoins.

En ce qui concerne ces dernières exigences, nous recommandons d'exiger deux témoins d'âge majeur. Nous recommandons aussi d'ajouter des restrictions sur le choix du témoin. Par exemple, nous sommes d'avis que les personnes suivantes ne devraient pas être nommées témoins : i) l'agent de l'AMM; ii) l'époux, le conjoint ou l'enfant de l'agent de l'AMM; iii) l'époux, le conjoint ou l'enfant du demandeur.

Il faut aussi examiner la question de savoir quelles parties (qui peuvent être une entité, comme un établissement de soins de longue durée ou une maison de retraite) pourront être habilitées à recevoir ou à exiger une copie de la demande anticipée (ainsi que de toute révocation du demandeur ou renonciation par l'agent de l'AMM).

Nous recommandons également que la déclaration renferme des suggestions quant aux points suivants, afin de s'assurer que le demandeur en tienne compte en faisant sa demande anticipée :

- la question de savoir s'il faut consulter un avocat;
- la question de savoir si les parties concernées (ex. : la famille) doivent être informées de la production d'une demande anticipée et du lieu où ce document est conservé.

## **F. Révocation de la déclaration (formule prescrite)**

La déclaration devrait pouvoir être révoquée per effet de la formule prescrite (la révocation). Les exigences applicables à une révocation devraient être intégrées au cadre général établi dans le *Code criminel* (ou les règlements d'application). Nous recommandons que le seuil d'autorisation requis pour la révocation d'une demande anticipée soit inférieur au seuil requis pour la *production* de la demande anticipée.

## **G. L'agent de l'AMM**

Nous envisageons une procédure par laquelle le demandeur nommerait un agent de l'AMM (ainsi qu'un mandataire si possible), lequel enclencherait le processus d'évaluation permettant de déterminer si les conditions d'application à une demande anticipée sont réunies. Lorsque le demandeur devient inapte et qu'il semble que les conditions d'application sont *peut-être* réunies, cet agent entamerait la procédure d'évaluation pour déterminer si ces conditions sont *bel et bien* réunies.

Par souci de cohérence avec l'actuel processus d'évaluation des critères de l'AMM, l'évaluation devrait être effectuée par deux médecins ou infirmiers praticiens (dont la qualification professionnelle correspond aux exigences actuelles). Dans l'établissement d'un régime de demandes anticipées, une question fondamentale consiste à déterminer, après ces évaluations, quelle personne pourra ensuite demander la mise à exécution de l'AMM. Nous sommes d'avis que ce devrait être l'agent de l'AMM.

Si le médecin ou l'infirmier praticien constate dans son évaluation que le demandeur refuse l'AMM ou peut avoir changé d'avis (voir la section J ci-après), et ce, même en l'absence d'une révocation en bonne et due forme, des mécanismes de protection doivent être là pour s'assurer que l'agent de l'AMM ne mette pas à exécution la demande d'AMM.

Il importe aussi de tenir compte du cas où l'agent de l'AMM refuse de faire la demande d'AMM même si les conditions d'application sont jugées présentes, et de voir si cette situation justifie un droit de réexamen (voir la section K ci-après).

Pour prévenir les abus, nous recommandons l'ajout de restrictions quant au choix de l'agent de l'AMM, par exemple fixer un âge minimum et interdire la désignation d'un fournisseur de soins rémunéré ou de toute autre personne prodiguant des soins de santé au demandeur. Ces restrictions pourront s'apparenter à celles s'appliquant actuellement à la nomination des procureurs au soin de la personne dans certains territoires de compétence.

Il ne faut pas non plus oublier les autres restrictions. Par exemple, il y a lieu de se demander si le droit d'hériter après le décès du demandeur peut rendre une personne inadmissible à la désignation d'agent de l'AMM, et dans l'affirmative, s'il peut y avoir des exceptions (avec ou sans protections additionnelles) pour le conjoint ou l'enfant du demandeur ou pour quelqu'un d'autre.

Enfin, nous recommandons de donner à l'agent de l'AMM le choix de renoncer à ses fonctions et conseillons l'emploi d'une formule prescrite (la renonciation) dans laquelle seraient énoncées les exigences applicables.

## **H. Prises de décision par un mandataire encadrées par un régime législatif s'éloignant des régimes actuels**

La plupart des provinces et des territoires sont dotés d'un régime législatif encadrant la prise de décisions de soins de santé par un mandataire. Étant donné qu'une demande anticipée impliquerait la désignation d'un agent de l'AMM doté d'un mandat précis, nous conseillons d'adopter, pour les demandes anticipées d'AMM, une procédure qui s'éloigne des actuels régimes législatifs encadrant les décisions sur les soins de santé (qui prévoient habituellement des dispositions par défaut concernant la prise de décisions par un mandataire). Toutefois, l'agent de l'AMM pourrait être la même personne désignée comme mandataire en matière de décisions de soins de santé par le demandeur.

### **I. Conditions d'application**

Les conditions d'application correspondant à ce qui constitue des souffrances intolérables pour le demandeur sont par nature subjectives – comme c'est le cas dans l'actuel régime de l'AMM encadré par le *Code criminel*. Cependant, dans le cas d'une demande anticipée, les conditions doivent être décrites assez clairement et précisément pour admettre une évaluation objective de la question de savoir si les conditions d'application sont réunies, ce qui souligne la nécessité d'une discussion complète comme élément essentiel du consentement éclairé préalable du demandeur. Quoiqu'il s'agisse d'un aspect très personnel, voici quelques exemples de conditions d'application :

- Incapacité, persistante pendant une période définie, de reconnaître les membres de la famille ou les amis;
- Incapacité de parler ou de communiquer par d'autres moyens;
- Fait d'être alité en permanence;
- Perte d'autonomie dans la vie quotidienne (selon les critères précisés) sans aucun signe d'une possibilité raisonnable d'amélioration de son état.

## **J. Démonstration de refus par le demandeur**

Les interdictions prévues par le *Code criminel* concernant l'administration de l'AMM à un particulier qui manifeste son refus ou résiste par des mots, des sons ou des gestes devraient également s'appliquer aux procédures d'AMM par demande anticipée, même quand il a été établi que les conditions d'application sont réunies. Autrement dit, c'est la volonté du demandeur (apte ou inapte) exprimée au moment présent qui est censée l'emporter sur la demande anticipée.

## **K. Droit de réexamen**

Le cadre législatif devrait englober le droit de réexamen pour l'agent de l'AMM et d'autres personnes pour l'une ou l'autre des questions suivantes :

- établir si les conditions d'application sont réunies;
- établir si les circonstances font en sorte que l'agent de l'AMM doit demander l'AMM;
- voir si le demandeur a manifesté un refus ou de la résistance par des mots, des sons ou des gestes.

Si le droit de réexamen est accordé, il faudra aussi déterminer la procédure et le forum appropriés.

## **L. Mandataire par défaut**

Si l'agent de l'AMM se trouve dans l'incapacité d'agir ou refuse d'agir, un mandataire par défaut (personne nommée légalement ou organisme gouvernemental) doit être dûment autorisé à agir en dernier recours pour mettre à exécution la demande anticipée. Il pourrait aussi être envisagé de désigner ce mandataire par défaut comme entité chargée du réexamen dont il est question à la Section K ci-dessus.

# **III. MALADIE MENTALE**

## **A. Principes directeurs**

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada n'a pas défini le terme « problème de santé » dans le contexte de l'AMM. Par la suite, la Cour d'appel de l'Alberta, dans *Canada (Attorney General) v. E.F.*<sup>7</sup>, a conclu que le jugement *Carter* devait être interprété de façon à inclure les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique, pourvu que soient remplis l'ensemble des critères d'admissibilité à l'AMM.

---

<sup>7</sup> Canada (Attorney General) v. E.F., 2016 ABCA 155, para 59.

Les personnes vivant avec une maladie mentale ont droit à l'autonomie et à l'autodétermination en ce qui concerne leur santé, sans discrimination, leurs souffrances n'étant pas moindres que celles des personnes atteintes d'une maladie physique. Pour leur part, les chercheurs reconnaissent que les personnes atteintes d'une maladie mentale vivent, à différents points de vue, une vulnérabilité accrue en contexte de soins de santé, particulièrement dans le cas de l'AMM<sup>8</sup>, d'où la nécessité d'un mécanisme de protection adéquat.

L'établissement de protections suffisantes passe par le consentement éclairé et par des soins de santé professionnels compétents. Dans *Carter*, la Cour suprême du Canada a accepté la preuve voulant que la vulnérabilité puisse être évaluée individuellement par des médecins. La Cour a souligné que les préoccupations au sujet du patient « vulnérable dans la prise de sa décision [...] font déjà partie intégrante de notre régime médical »<sup>9</sup>, et les questions qui y sont associées se règlent par l'évaluation du consentement éclairé et de la capacité décisionnelle.

Dans le même ordre d'idées, la Cour supérieure du Québec, dans *Truchon*, a déclaré que la vulnérabilité dans le contexte de l'AMM devait être évaluée au cas par cas plutôt que par déduction à partir du collectif, c'est-à-dire un groupe de personnes dites « vulnérables » qui ne reflétera pas toujours fidèlement la diversité des situations individuelles en son sein<sup>10</sup>.

Cela dit, ni l'arrêt *Carter*, ni la décision *Truchon* ne traitent explicitement d'une grille d'évaluation factuelle dans laquelle la maladie mentale se pose comme seule condition médicale pour obtenir l'AMM.

Bien que l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM-TM-SPMI) représente une problématique complexe, l'exclusion en bloc des personnes atteintes d'une maladie mentale sera probablement contestée sur le plan de sa constitutionnalité. Le groupe de travail de l'ABC privilégie une vision centrée sur le patient, avec des protections adéquates, en ce qui concerne la capacité et le consentement.

## B. Instruments législatifs

Le régime de l'AMM actuellement prescrit par le *Code criminel* prévoit deux séries de mesures de protection, dont le facteur déterminant réside dans la question de savoir si la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non. Comme les personnes atteintes d'une maladie mentale

---

<sup>8</sup> [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué](#) du Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM, (Conseil des académies canadiennes) (2018). Voir, par exemple, p. 47-48 et 68. (rapport du CAC sur les troubles mentaux).

<sup>9</sup> *Carter*, para 115.

<sup>10</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792 (*Truchon*), para 466.

sont rarement à l'article de la mort, l'AMM-TM-SPMI sera probablement vue sous l'angle d'un cas où « la mort naturelle *n'est pas* raisonnablement prévisible », et assujettie aux protections en ce sens. Toutefois, le Parlement devrait définir soigneusement la portée de l'AMM-TM-SPMI pour prévenir toute ambiguïté quant aux protocoles et mesures de protection applicables.

Le *Code criminel* traite adéquatement certains aspects de l'AMM-TM-SPMI, mais d'autres questions devraient être traitées par les gouvernements provinciaux et territoriaux (notamment les détails légaux de la notion de consentement).

### C. Mesures de sauvegarde envisageables pour l'AMM-TM-SPMI

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a reconnu que les « adultes capables » (aptes) avaient le droit à l'AMM s'ils en faisaient clairement la demande et étaient affectés de « problèmes de santé graves et irrémédiables » qui causent « des souffrances intolérables ». Le groupe de travail de l'ABC estime que l'admissibilité à l'AMM-TM-SPMI devrait correspondre aux critères établis dans *Carter* et admettre comme facteurs la spécificité des maladies mentales ainsi que la situation individuelle (comme c'est le cas pour les maladies physiques).

Voici les principaux facteurs entrant en ligne de compte dans l'établissement des mesures de sauvegarde pour l'AMM-TM-SPMI :

- 1. Expertise de l'évaluateur en matière d'AMM.** À l'alinéa 241.2(3.1)e.1) du *Code criminel*, il est énoncé que l'un des évaluateurs pour l'AMM doit posséder une « expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne » ou consulter quelqu'un qui possède une telle expertise. Vu la complexité inhérente aux maladies mentales, nous appuyons cette position. Le Parlement pourra peut-être préciser que l'expert devra être un psychiatre ou un autre spécialiste des maladies mentales. Cependant, il importe aussi de tenir compte de l'accès à ces spécialistes dans les faits, celui-ci pouvant être difficile dans certains milieux. Le retard indu de la consultation d'un spécialiste risque de prolonger les souffrances du demandeur de l'AMM-TM-SPMI<sup>11</sup>.
- 2. Évaluation de la capacité.** La maladie mentale ne compromet pas nécessairement la capacité de prendre des décisions sur ses soins de santé, notamment sur l'AMM. Toutefois, étant donné qu'une maladie mentale peut s'accompagner d'idées suicidaires et peut diminuer le discernement du patient dans certains contextes<sup>12</sup>, le Parlement peut examiner la possibilité d'exiger que l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM-TM-

---

<sup>11</sup> Association des médecins psychiatres du Québec, *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux* [rapport de l'AMPQ] (Nov. 2020). L'AMPQ y recommande d'établir un organisme provincial qui serait chargé des questions de santé mentale dans le contexte de l'AMM (voir p. 41) et qui garantirait l'accès suffisant à des psychiatres indépendants, coordonnerait les soins et contribuerait à uniformiser l'AMM-TM-SPMI. Cette solution exigerait la collaboration entre le fédéral et le provincial.

<sup>12</sup> Voir plus haut, note 8 – rapport du CAC sur les troubles mentaux, p. 72-73 et 77.

SPMI soit longitudinale plutôt que l'affaire d'une seule rencontre avec le patient. Dans *Truchon*, la Cour supérieure du Québec a conclu que le médecin peut faire la distinction entre les idées suicidaires et la décision de demander l'AMM<sup>13</sup>. Les psychiatres sont formés pour évaluer cette dimension, et ailleurs qu'au Québec, les preuves indiquent que l'AMM peut coexister avec les stratégies de prévention du suicide<sup>14</sup>. Il n'en demeure pas moins que la sensibilisation et une bonne communication sont nécessaires si l'on veut éviter de les confondre.

- 3. Délais obligatoires.** Il a été recommandé qu'à partir du moment où tombe le diagnostic de maladie mentale, il y aurait lieu d'observer une période initiale durant laquelle le patient n'aurait pas le droit de demander l'AMM, afin de lui laisser du temps pour essayer d'autres solutions pouvant atténuer ses souffrances, suivant l'évolution de sa maladie<sup>15</sup>. Bien que cela puisse sembler être un facteur de protection, le Parlement devrait porter attention au risque de fixer arbitrairement la durée de ce délai sans tenir compte de la nature du trouble médical<sup>16</sup>. Il devrait voir si les critères actuels du consentement éclairé constitueraient des mesures de sauvegarde suffisantes. À l'heure actuelle, aucune période minimale n'est exigée pour l'admissibilité à l'AMM dans le cas d'une maladie physique.
- 4. Consentement éclairé.** Avant de devenir admissible à l'AMM-TM-SPMI, le patient devrait s'être fait suggérer des solutions thérapeutiques raisonnables, qu'il s'agisse d'une pharmacothérapie ou d'une psychothérapie. Bien que l'application du consentement éclairé par les professionnels de la santé varie parfois d'une province à l'autre, le processus est là pour garantir que l'AMM fait l'objet d'un choix conscient en présence d'autres options. Le *Code criminel* dispose que le demandeur de l'AMM doit avoir été informé des « moyens [...] pour soulager ses souffrances » et s'être fait offrir diverses consultations avec des professionnels compétents<sup>17</sup>, et que l'évaluateur en matière d'AMM doit être convaincu que le patient « a sérieusement envisagé [les moyens en question] ». [al. 241.2 (3.1)h)]

D'aucuns recommandent qu'à cette exigence soit ajouté un critère additionnel, fondé sur les leçons retenues de l'étranger. Par exemple, le Groupe d'Halifax recommande un critère voulant que la décision ait été « bien réfléchie »<sup>18</sup>. Le Groupe consultatif d'experts (GCE) sur l'aide médicale à mourir propose un critère de « non-ambivalence »<sup>19</sup>. Il y aurait certainement lieu de débattre de la nécessité d'un critère additionnel, mais il nous semble que ces concepts ne relèvent pas du *Code criminel*.

<sup>13</sup> *Truchon*, para 466. Les auteurs du rapport du CAC sur les troubles mentaux font aussi observer qu'il n'existe aucune preuve d'un lien entre le statut légal de l'aide à mourir et le taux de suicide d'un pays donné : p. 108.

<sup>14</sup> Rapport de l'AMPQ, p. 37-38.

<sup>15</sup> D'après l'AMPQ, la majorité des psychiatres du Québec (71 %) jugent qu'un patient doit vivre avec sa maladie depuis plus de cinq ans pour avoir le droit de demander l'AMM-TM-SPMI : rapport de l'AMPQ, p. 28.

<sup>16</sup> Rapport de l'AMPQ, p. 29.

<sup>17</sup> *Code criminel*, par. 241.2 (3.1)g).

<sup>18</sup> Groupe d'Halifax, 2020, [Les lois canadienne et québécoise sur l'aide médicale à mourir devraient permettre un accès équitable à certaines personnes vivant avec des troubles mentaux](#), rapport de l'IRPP (janvier), Montréal : Institut de recherche en politiques publiques, p. 33-34.

<sup>19</sup> « [Canada at a Crossroads: Recommendations on MAiD and Persons with a Mental Disorder – An Evidence-Based Critique of the Halifax Group IRPP Report](#) », Groupe consultatif d'experts (GCE) sur l'aide médicale à mourir (février 2020), p. 19-21. [rapport du GCE]

Modifier les lois sur le consentement risque de poser des problèmes de compétence, car cela touche à des domaines qui relèvent normalement des instances provinciales ou territoriales.

5. **Problème de santé irrémédiable.** L'avis des experts en médecine sur ce qui constitue une maladie mentale « irrémédiable » peut varier selon le type de maladie et d'autres facteurs circonstanciels. Le consentement éclairé exige que le patient ait été informé de tous les traitements disponibles, mais dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a précisé que le caractère « irrémédiable » n'exige pas que le patient suive un traitement qu'il juge inacceptable<sup>20</sup>. Le Parlement devrait s'assurer que toute réforme ayant pour effet d'étendre l'AMM à l'AMM-TM-SPMI soit en phase avec les pratiques exemplaires en santé mentale.
6. **Évaluation du degré de souffrance.** La Cour suprême a établi dans *Carter* que pour être admissible à l'AMM, le patient doit être atteint d'une maladie lui causant des souffrances « qui lui sont intolérables au regard de sa condition ». Cela demeure un critère subjectif qui relève du point de vue du patient.
7. **Délai de grâce précédant l'administration de l'AMM.** À l'heure actuelle, dans les cas où « la mort naturelle n'est pas prévisible », au moins 90 jours francs doivent s'écouler entre l'évaluation initiale relative à l'AMM et l'administration de l'AMM<sup>21</sup>. Il faudrait toutefois songer à ménager un délai suffisant pour que les évaluateurs aient le temps de procéder à un examen complet de l'état du patient compte tenu du type de sa maladie mentale, et de s'assurer de son consentement éclairé, et aussi pour que le patient ait le temps d'essayer d'autres solutions thérapeutiques.
8. **Droits à la conscience.** Les droits à la conscience sont reconnus dans *Carter* et dans la loi fédérale actuelle concernant l'AMM<sup>22</sup> : aucun évaluateur de l'AMM ne peut être obligé d'administrer l'AMM-TM-SPMI si cet acte est contraire à sa conscience ou à ses valeurs religieuses. Toutefois, il faut veiller à ce que les droits à la conscience ne viennent pas compromettre l'accès à l'AMM pour les patients admissibles.

En plus des exigences liées à l'AMM-TM-SPMI qu'il serait possible d'intégrer au *Code criminel*, d'autres mesures comme les normes et les lignes directrices en matière de soins de santé pourraient se révéler pertinentes pour ce qui est de compléter les mesures de protection adéquates. Par exemple, il pourrait être utile de faire appel à des équipes multidisciplinaires pour qu'elles étudient les rapports entre les patients, leur milieu de vie et leurs fournisseurs de soins de santé. Cela dit, l'élaboration de ces lignes directrices est plutôt l'affaire des gouvernements provinciaux et territoriaux et des autorités de réglementation professionnelle<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> *Carter*, para 127. La Cour d'appel de l'Alberta, dans *Canada (Attorney General) v. E.F.* (2016 ABCA 155) a elle aussi reconnu l'exigence d'une preuve que la maladie est probablement « irrémédiable » : para 65-66.

<sup>21</sup> *Code criminel*, al. 241.2(3.1)i).

<sup>22</sup> *Carter*, para 132, et *Code criminel*, par. 241.2(9), où il est écrit : « Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir. »

<sup>23</sup> *Code criminel*, par. 241.2(7) : « L'aide médicale à mourir est fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables. »

## D. L'équilibre entre soutien et mesures de sauvegarde

Nous reconnaissons qu'il est crucial que les personnes atteintes d'une maladie mentale jouissent de services de santé et d'un soutien social adéquats. Le cadre de l'AMM devrait prévoir des mesures de sauvegarde pour atténuer le risque qu'une personne vulnérable opte pour l'AMM en raison de facteurs externes, tels que l'inaccessibilité de soins médicaux suffisants.

Toutefois, nous devons aussi garder à l'esprit les souffrances de ces personnes, souffrances qui ne sont pas moindres que celles des personnes atteintes d'une maladie physique. Le cadre doit donc être structuré de manière à intégrer leur droit de prendre leurs propres décisions de santé, notamment en ce qui concerne l'AMM, selon le modèle établi dans l'arrêt *Carter* et dans la recherche du juste équilibre entre l'autonomie et la suffisance des mesures de sauvegarde<sup>24</sup>.

## IV. MINEURS MATURES

### A. Capacité décisionnelle

Dans *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*<sup>25</sup>, la Cour suprême du Canada a établi clairement que les mineurs matures peuvent prendre des décisions éclairées concernant leur vie et leur mort. Par conséquent, les personnes de moins de 18 ans ont le droit de faire montre de leur maturité quant à la prise de décisions médicales, et toute disposition législative faisant obstacle à ce droit sera déclarée inconstitutionnelle. Une restriction dans ce sens serait également contraire aux obligations du Canada prévues à l'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant de l'ONU, qui exige qu'il soit dûment tenu compte des opinions de l'enfant, eu égard à son âge et à son degré de maturité, sur toute question l'intéressant personnellement<sup>26</sup>.

De plus, le Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM, dans son examen de la recherche sur les mineurs matures, a démontré que « [l]es fondements cognitifs de la capacité décisionnelle s'établissent au début de l'adolescence » et que ces mineurs « peuvent être aptes

---

<sup>24</sup> Il y a aussi lieu de tenir compte de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU comme modèle pour la garantie d'un équilibre entre l'autonomie des décisions sur les soins de santé et les mesures de protection adéquates.

<sup>25</sup> [2009] 2 R.C.S. 181 (*A.C.*)

<sup>26</sup> Nations Unies, Convention relative aux droits de l'enfant, 7 mars 1990, article 12.

à prendre en toute connaissance de cause la décision de se prévaloir de l'AMM, particulièrement s'ils bénéficient d'un environnement de soutien<sup>27</sup> ».

Toutefois, la Cour suprême du Canada a fait remarquer dans *A.C.* qu'il s'agit ici de situations complexes qui exigent une évaluation rigoureuse de la capacité individuelle de la jeune personne à faire des choix autonomes. Dans les cas les plus sérieux, où le refus d'un traitement entraîne un risque élevé de décès ou de séquelles physiques ou mentales permanentes, il faut une évaluation minutieuse du degré de maturité de l'adolescent si l'on veut s'assurer que sa décision est prise en toute autonomie et fait montre d'une véritable compréhension de cette décision et de ses éventuelles conséquences<sup>28</sup>.

Par conséquent, il faut concevoir et perfectionner des outils adéquats d'évaluation et de confirmation du consentement et de la capacité des mineurs. Il faut aussi impérativement des lignes directrices et des exigences claires pour déterminer si un mineur est assez mature pour décider de ses soins de santé et demander l'AMM, et confirmer qu'il y donne son consentement éclairé. Dans son rapport au sujet des mineurs matures, le Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM fait l'observation suivante : « Bien que l'évaluation de la capacité soit complexe, plusieurs outils destinés à aider les cliniciens à évaluer la capacité des adolescents à prendre des décisions en matière de soins de santé ainsi que la capacité des patients qui demandent l'AMM sont disponibles ou en cours d'élaboration<sup>29</sup> ». Les outils adaptés aux mineurs matures doivent être une priorité si l'on veut leur simplifier l'accès à l'AMM.

## **B. Droits constitutionnels des mineurs**

Le groupe de travail de l'ABC est d'avis que le *Code criminel* doit être modifié de manière à respecter les droits constitutionnels des mineurs matures, un groupe laissé pour compte ayant difficilement accès à l'aide d'un conseiller juridique. Ceux qui souffrent d'une maladie ont encore plus difficilement accès à la représentation par avocat lorsqu'ils souhaitent défendre leur position. Compte tenu de leur vulnérabilité, nous insistons sur l'importance d'adopter une optique privilégiant les droits constitutionnels des mineurs matures, notamment celui de prendre des décisions médicales en lien avec leur vie ou leur mort.

---

<sup>27</sup> [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures](#), Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM (Conseil des académies canadiennes) (2018), p. 78. [Rapport du CAC sur les mineurs matures]

<sup>28</sup> *A.C.*, para 95.

<sup>29</sup> Voir note 27, rapport du CAC sur les mineurs matures, p. 78.

Dans son rapport sur les mineurs matures, le Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM présente la conclusion suivante : « bien que les adolescents puissent être confrontés à certains dilemmes psychosociaux particuliers, leur souffrance physique et émotionnelle en fin de vie est semblable à celle des adultes<sup>30</sup> ». Leur refuser l'accès équitable au soulagement de leurs souffrances mine leurs droits garantis par la *Charte* aux articles 7 et 15.

---

<sup>30</sup> Voir note 27, rapport du CAC sur les mineurs matures, p. 141.

## **V. CONCLUSION ET SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS**

Nous sommes heureux d'avoir eu l'occasion de traiter ces questions importantes, et c'est volontiers que nous analyserons davantage toute question abordée dans le présent mémoire ou ferons toute autre observation qui pourra s'avérer nécessaire.

### **Sommaire des recommandations**

**Le groupe de travail de l'ABC recommande ce qui suit :**

#### **Demandes anticipées**

- 1. Les demandes anticipées devraient être autorisées à l'intérieur d'un cadre établi par le *Code criminel*. Le cadre législatif des demandes anticipées devrait répondre à toutes les exigences : documentation, protection et dégagement de responsabilité pour toutes les parties agissant de bonne foi.**
- 2. Il y aurait lieu d'intégrer au cadre des demandes anticipées les critères de l'AMM actuellement énoncés par le *Code criminel*, notamment les exigences concernant la capacité et le consentement éclairé.**
- 3. Les particuliers devraient avoir le droit de faire une demande anticipée uniquement *après* avoir reçu le diagnostic d'un problème de santé grave et irrémédiable, mais *avant* que leurs souffrances deviennent intolérables.**
- 4. Il faudrait établir une formule prescrite (déclaration), dont le contenu devrait être expressément disposé par le *Code criminel* et comprendre la désignation de l'agent de l'AMM, la définition des conditions d'application, les signatures ainsi que les exigences s'appliquant aux témoins.**
- 5. La déclaration devrait être révocable par l'effet d'une formule prescrite (révocation). Les critères de révocation devraient être disposés par le *Code criminel* et préciser que le degré de capacité requis pour *révoquer* la demande anticipée est moindre que celui exigé pour la *production* de cette demande.**
- 6. Il y aurait lieu de nommer un agent de l'AMM qui entamerait l'évaluation visant à établir si les conditions d'application d'une demande anticipée sont réunies. Le choix de cet agent devrait être assujéti à des restrictions (ex. : âge minimum,**

- interdiction pour les fournisseurs de soins payés et toute personne fournissant des services de santé au demandeur). Il faudrait aussi définir avec clarté et précision les conditions d'application, c'est-à-dire ce qui constitue des souffrances intolérables pour le demandeur, afin de pouvoir évaluer objectivement la question de savoir si ces conditions sont réunies.**
- 7. Les interdictions prévues par le *Code criminel* devraient s'appliquer à l'administration de l'AMM au patient qui, par des mots, des sons ou des gestes, exprime un refus ou une résistance à l'égard de la mise à exécution de la demande anticipée, et ce, même s'il a été déclaré que les conditions d'application sont réunies.**
  - 8. Il faudrait prévoir un droit de réexamen pour l'agent de l'AMM et d'autres personnes afin d'établir si : a) les conditions d'application sont réunies; b) les circonstances font en sorte que l'agent de l'AMM doit demander l'AMM; c) le demandeur a manifesté un refus ou de la résistance par des mots, des sons ou des gestes.**
  - 9. Il faudrait désigner un mandataire par défaut (personne nommée par voie législative ou organisme gouvernemental) qui serait autorisé à agir en dernier recours pour mettre à exécution la demande anticipée si l'agent de l'AMM refuse ou se trouve dans l'incapacité d'agir.**

**AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM-TM-SPMI)**

- 10. Le Parlement devrait autoriser l'AMM-TM-SPMI dans le *Code criminel* en prévoyant des mesures de protection adéquates.**
- 11. Le Parlement devrait définir soigneusement la portée de l'AMM-TM-SPMI pour prévenir toute ambiguïté quant aux protocoles et mesures de protection applicables.**
- 12. Le Parlement devrait veiller à ce que les éventuelles mesures de protection additionnelles ne prolongent pas indûment les souffrances de patients qui seraient normalement admissibles à l'AMM, en tenant compte de l'accessibilité des ressources médicales nécessaires.**

**13. Le Parlement devrait porter attention au risque de fixer arbitrairement la durée des délais applicables sans tenir compte de la nature du trouble médical, et voir si les critères actuels du consentement éclairé constitueraient des mesures de sauvegarde suffisantes.**

**14. Le Parlement devrait s'assurer que l'AMM-TM-SPMI est en phase avec les pratiques exemplaires qui ont actuellement cours en matière de soins de santé mentale.**

#### **Mineurs matures**

**15. Il faudrait modifier le *Code criminel* de sorte que soit respecté le droit constitutionnel des mineurs matures à prendre des décisions sur leurs soins de santé en lien avec leur vie ou leur mort, notamment en ce qui concerne l'AMM.**

**16. Il y aurait lieu de concevoir et de perfectionner des outils adéquats pour l'évaluation et la confirmation du consentement et de la capacité des mineurs.**