



BIBLIOTHÈQUE du PARLEMENT

LIBRARY of PARLIAMENT

## RÉSUMÉ LÉGISLATIF



# **Projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)**

**Publication n° 42-1-C14-F**  
**Le 21 avril 2016**  
*Révisée le 27 septembre 2018*

**Julia Nicol**  
**Marlisa Tiedemann**

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

Les **résumés législatifs** de la Bibliothèque du Parlement résument des projets de loi du gouvernement étudiés par le Parlement et en exposent le contexte de façon objective et impartiale. Ils sont préparés par le Service d'information et de recherche parlementaires, qui effectue des recherches et prépare des informations et des analyses pour les parlementaires, les comités du Sénat et de la Chambre des communes et les associations parlementaires. Les résumés législatifs sont mis à jour au besoin pour tenir compte des amendements apportés aux projets de loi au cours du processus législatif.

Avertissement : Par souci de clarté, les propositions législatives du projet de loi décrit dans le présent résumé législatif sont énoncées comme si elles avaient déjà été adoptées ou étaient déjà en vigueur. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'un projet de loi peut faire l'objet d'amendements au cours de son examen par la Chambre des communes et le Sénat, et qu'il est sans effet avant d'avoir été adopté par les deux Chambres du Parlement, d'avoir reçu la sanction royale et d'être entré en vigueur.

Dans ce document, tout changement d'importance depuis la dernière publication est signalé en **caractères gras**.

© Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, **2018**

*Résumé législatif du projet de loi C-14*  
(Résumé législatif)

Publication n° 42-1-C14-F

This publication is also available in English.

## TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE.....	1
1.1	Terminologie.....	2
1.2	La <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> du Québec.....	4
1.3	L'arrêt <i>Carter c. Canada (Procureur général)</i> .....	4
1.4	Le Comité externe sur les options de réponse législative à <i>Carter c. Canada</i> .....	5
1.5	Le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir.....	5
1.6	Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.....	6
2	DESCRIPTION ET ANALYSE.....	8
2.1	Préambule.....	8
2.2	Définitions (art. 3).....	9
2.3	Actes et personnes exonérés de toute responsabilité criminelle (art. 1 à 3 et 6).....	9
2.4	Critères d'admissibilité (art. 3).....	10
2.5	Mesures de sauvegarde du processus (art. 3).....	12
2.6	Nouvelles infractions criminelles et obligations de fournir des renseignements (art. 3 à 5).....	13
2.7	Modifications apportées à d'autres lois (art. 7 à 9).....	14
2.7.1	<i>Loi sur les pensions et Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes</i> (art. 7 et 9).....	14
2.7.2	<i>Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition</i> (art. 8).....	15
2.8	<b>Examen indépendant (art. 9.1)</b> .....	15
2.9	Examen de la loi (art. 10).....	16
2.10	Entrée en vigueur (art. 11).....	16
3	COMMENTAIRE.....	16

ANNEXE – L'AIDE MÉDICALE À MOURIR



# RÉSUMÉ LÉGISLATIF DU PROJET DE LOI C-14 : LOI MODIFIANT LE CODE CRIMINEL ET APPORTANT DES MODIFICATIONS CONNEXES À D'AUTRES LOIS (AIDE MÉDICALE À MOURIR)

---

## 1 CONTEXTE

Le projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)<sup>1</sup>, a été présenté à la Chambre des communes le 14 avril 2016 par l'honorable Jody Wilson-Raybould, ministre de la Justice. **Il a franchi la deuxième lecture le 4 mai et a été renvoyé au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes. Le 12 mai, le Comité en a fait rapport à la Chambre avec des amendements, et le projet de loi a été adopté par la Chambre des communes le 31 mai.**

**Le projet de loi a fait l'objet d'une première lecture au Sénat le même jour et a été renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles le 3 juin 2016. Le Comité avait déjà étudié la teneur du projet de loi en mai 2016. Il a fait rapport du projet de loi au Sénat sans amendement le 7 juin. Le projet de loi a été amendé au Sénat puis adopté le 15 juin, et un message a été envoyé à la Chambre des communes.**

**La Chambre des communes a examiné les amendements apportés par le Sénat et a envoyé un message au Sénat le 16 juin pour lui faire part de son accord avec certains amendements, de la modification de certains et de son désaccord avec d'autres. Le Sénat a souscrit aux amendements de la Chambre des communes le 17 juin 2016, et le projet de loi a reçu la sanction royale le même jour.**

Il établit les exigences relatives à la prestation de l'aide médicale à mourir et prévoit des exemptions concernant diverses infractions au *Code criminel*<sup>2</sup> (le *Code*) pour les médecins, les infirmiers praticiens, les pharmaciens et certaines autres personnes qui fournissent l'aide médicale à mourir ou y apportent leur assistance.

Le projet de loi a été rédigé à la suite de l'arrêt unanime de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*<sup>3</sup> (l'« arrêt Carter »). Dans son arrêt, la Cour déclare que l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code*<sup>4</sup> – qui prohibent l'aide médicale à mourir – portent atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne de ceux qui veulent obtenir l'aide médicale à mourir.

La Cour a suspendu pendant 12 mois la prise d'effet de sa déclaration du 6 février 2015 pour donner aux gouvernements le temps de prendre les mesures législatives voulues<sup>5</sup>. Le 15 janvier 2016, la Cour a accueilli la requête d'une prorogation de quatre mois de la suspension de sa déclaration d'invalidité. La déclaration a donc pris effet le 6 juin 2016<sup>6</sup>.

Au Canada, la question de l'aide médicale à mourir (voir ci-après l'analyse de la terminologie) fait l'objet de débats depuis des décennies. Avant le prononcé de l'arrêt *Carter*, cette question avait été examinée dans :

- diverses affaires judiciaires, notamment la contestation infructueuse des dispositions du *Code* interdisant l'aide au suicide dans l'affaire *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)* en 1993<sup>7</sup>;
- des projets de loi d'initiative parlementaire;
- un certain nombre d'études exhaustives, dont une du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté dont le rapport a été rendu public en 1995<sup>8</sup>;
- un rapport de la Société royale du Canada sur le sujet<sup>9</sup>.

Et pendant que les tribunaux étaient saisis de l'affaire *Carter*, l'Assemblée nationale et le gouvernement du Québec effectuaient une étude détaillée des soins de fin de vie, se penchant notamment sur la possibilité de légaliser l'aide médicale à mourir. Cette étude a mené au dépôt de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en 2014<sup>10</sup>.

À l'été 2015, par suite de l'arrêt *Carter*, le gouvernement fédéral a créé le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* (le « Comité externe »). Ce dernier a présenté en décembre 2015 un rapport résumant les consultations qu'il a tenues sur le sujet.

En outre, un Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir (le « Groupe consultatif ») a été formé en août 2015 et a lui aussi présenté un rapport en décembre 2015. Ce rapport contenait de nombreuses recommandations sur l'aide médicale à mourir.

Enfin, en décembre 2015, un Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (le « Comité mixte spécial ») a été constitué par des motions du Sénat et de la Chambre des communes<sup>11</sup>. Ce comité a déposé son rapport le 25 février 2016.

Des résumés de la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec, de l'arrêt *Carter*, et des rapports du Comité externe, du Groupe consultatif et du Comité mixte spécial suivent la prochaine section, qui aborde la terminologie utilisée pour parler de l'aide médicale à mourir.

## 1.1 TERMINOLOGIE

De nombreux termes sont utilisés pour parler de la volonté expresse du patient de mettre fin à sa propre vie. Les termes « aide d'un médecin pour mourir » et « aide médicale à mourir » sont employés dans l'arrêt *Carter*, et ont par la suite été utilisés par le Comité externe et le Groupe consultatif. En première instance, dans l'affaire *Carter*, les demandeurs ont soutenu que l'aide d'un médecin pour mourir englobe à la fois le « suicide commis avec l'aide d'un médecin », qu'ils ont défini ainsi :

l'aide au suicide, ou de l'aide pour ce qui est d'obtenir ou d'administrer un médicament ou un autre traitement qui provoque intentionnellement le propre décès du patient est fournie par un médecin [...], ou par une personne

agissant sous la supervision générale d'un médecin, à un patient atteint d'une maladie grave et irrémédiable, dans le contexte d'une relation entre le patient et son médecin<sup>12</sup>

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

à la demande d'un patient atteint d'une maladie grave et irrémédiable, et dans le contexte d'une relation entre le patient et son médecin, l'administration par un médecin [...], ou par une personne agissant sous la supervision générale d'un médecin, d'un médicament ou d'un autre traitement qui provoque intentionnellement le décès du patient<sup>13</sup>.

Outre « aide au suicide », le terme « euthanasie » est souvent utilisé lorsque des personnes veulent mettre fin à leur propre vie. Il existe différentes formes d'euthanasie :

- Comme le mentionne le juge de première instance dans l'affaire *Carter*, l'euthanasie est « le fait pour une personne de mettre fin intentionnellement à la vie d'une autre personne afin de soulager les souffrances celle-ci ».
- L'« euthanasie volontaire » est l'euthanasie réalisée conformément à la volonté d'une personne capable, que cette volonté ait été exprimée en personne ou au moyen d'une directive préalable.
- L'« euthanasie non volontaire » est l'euthanasie réalisée lorsque la volonté de la personne en cause n'est pas connue.
- L'« euthanasie involontaire » est l'euthanasie réalisée contre la volonté de la personne en cause.
- L'« aide au suicide » est « le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires pour le faire, ou les deux<sup>14</sup> ».

Le terme « euthanasie », tel qu'il est utilisé dans les discussions sur l'aide médicale à mourir, est généralement compris comme étant l'« euthanasie volontaire » seulement. La *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec emploie le terme « aide médicale à mourir », et le définit ainsi : « 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<sup>15</sup> ». Selon cette définition, la loi permet l'euthanasie volontaire, mais pas l'aide au suicide.

Le Comité mixte spécial a recommandé d'utiliser le terme « aide médicale à mourir » dans la loi :

Le Comité préfère l'expression « aide médicale à mourir », car elle traduit la réalité selon laquelle les équipes de soins de santé, composées de personnel infirmier, de pharmaciens et d'autres professionnels de la santé, participent également au processus<sup>16</sup>.

## 1.2 LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE DU QUÉBEC

Le dépôt du projet de loi 52, Loi concernant les soins de fin de vie, à l'Assemblée nationale du Québec le 12 juin 2013 a eu lieu après un examen de la question de l'aide médicale à mourir mené sur plusieurs années par l'Assemblée nationale et le gouvernement de la province. La mesure législative, qui a reçu la sanction royale le 5 juin 2014, établit, notamment :

- les droits des personnes relatifs aux soins de fin de vie;
- les règles que doivent observer les dispensateurs des soins de fin de vie;
- les règles régissant la sédation palliative continue;
- les pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux;
- les règles régissant les directives médicales anticipées;
- les règles applicables à l'« aide médicale à mourir ».

## 1.3 L'ARRÊT *CARTER C. CANADA* (PROCURER GÉNÉRAL)

En 2012, Gloria Taylor, atteinte de la sclérose latérale amyotrophique, et l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique ont contesté devant les tribunaux les lois qui prohibent l'aide à mourir. Se sont joints à elles William Shoichet, un médecin disposé à fournir l'aide médicale à mourir si la prohibition était levée, ainsi que Lee Carter et Hollis Johnson, qui ont accompagné la mère de M<sup>me</sup> Carter, Kay (atteinte de sténose du canal rachidien), dans une clinique d'aide au suicide en Suisse où elle a mis fin à ses jours.

Le juge de première instance a conclu que les dispositions pertinentes du *Code* (principalement l'alinéa 241b) et les articles connexes 14, 21, 22 et 222) portaient atteinte à leurs droits garantis par les articles 7 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*). En effet, l'article 7 dispose que « [c]hacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ». Quant à l'article 15, il est libellé ainsi :

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.

Dans une décision majoritaire du 10 octobre 2013, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a infirmé la décision rendue en première instance<sup>17</sup>. Cette décision a été portée en appel et, le 6 février 2015, la Cour suprême du Canada a conclu que l'article 14 et l'alinéa 241b), qui prohibent la prestation de l'aide pour mettre fin à la vie, violaient l'article 7 de la *Charte* et elle a déclaré que ces dispositions :

sont nul[le]s dans la mesure où [elles] prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition<sup>18</sup>.

Comme il a été mentionné plus tôt, la Cour suprême du Canada a d'abord suspendu la prise d'effet de la déclaration d'invalidité pour un an, puis l'a prorogée de quatre mois à la requête du procureur général du Canada. Au moment où la prorogation de la suspension de la déclaration d'invalidité a été accordée en janvier 2016, certains articles de la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec ont bénéficié d'une exemption, ce qui signifie que rien n'empêchait leur application. En outre, lorsque la Cour a accordé la prorogation de la suspension, elle a néanmoins permis une forme d'accès limitée à l'aide médicale à mourir :

Nous sommes [...] d'avis de faire droit à la demande d'exemption de sorte que ceux qui souhaitent demander l'aide d'un médecin, dans le respect des critères énoncés au par. 127 des motifs de la Cour dans *Carter*, puissent, pendant la durée de la prorogation de la suspension, s'adresser à la cour supérieure de leur province ou territoire pour solliciter une ordonnance. Exiger l'obtention d'une autorisation judiciaire durant cette période intérimaire assure le respect de la primauté du droit et offre une protection efficace contre les risques que pourraient courir les personnes vulnérables<sup>19</sup>.

#### 1.4 LE COMITÉ EXTERNE SUR LES OPTIONS DE RÉPONSE LÉGISLATIVE À *CARTER C. CANADA*

Le gouvernement fédéral a créé le Comité externe le 17 juillet 2015. Après les élections générales d'octobre, la ministre de la Justice et la ministre de la Santé ont reporté la date limite à laquelle il devait produire son rapport en raison des « restrictions imposées par la [...] période électorale<sup>20</sup> », et elles ont modifié son mandat pour lui permettre de respecter la nouvelle date limite. Le Comité externe devait alors présenter un résumé de ses principales constatations, plutôt que des options de réponse législative.

Dans son rapport, le Comité externe résume la teneur des consultations sur les questions suivantes :

- les formes d'aide à mourir et la terminologie afférente;
- les critères d'admissibilité;
- la façon de présenter la demande d'aide médicale à mourir;
- la façon d'évaluer de telles demandes d'aide;
- la participation à l'aide médicale à mourir;
- la surveillance du système<sup>21</sup>.

#### 1.5 LE GROUPE CONSULTATIF PROVINCIAL-TERRITORIAL D'EXPERTS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Le Groupe consultatif provincial-territorial a été créé en août 2015. Le Québec n'en faisait pas partie et la Colombie-Britannique y avait le statut d'observateur. En décembre 2015, le Groupe consultatif a présenté un rapport renfermant 43 recommandations, dont la plupart portaient sur des aspects de l'aide médicale à mourir relevant vraisemblablement de la compétence provinciale. Les principales recommandations comprenaient celles qui suivent :

- élaborer une stratégie pancanadienne relative aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir;

- mettre en place un programme à l'intérieur du système de soins de santé financé par l'État afin de mettre les patients souhaitant obtenir l'aide médicale à mourir en contact avec les fournisseurs de soins;
- modifier le *Code* afin d'autoriser les professionnels de la santé agréés agissant sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier praticien à assurer la prestation de l'aide médicale à mourir et de protéger les professionnels de la santé qui aident des personnes à mourir;
- modifier le *Code* afin de s'assurer que l'admissibilité à l'aide médicale à mourir soit fondée sur la capacité du patient d'agir en toute lucidité, plutôt que sur son âge;
- demander aux autorités médicales réglementaires d'élaborer des lignes directrices et des outils pour les médecins afin de les aider dans leurs délibérations au cas par cas;
- ne pas prescrire de période d'attente entre la demande et la prestation de l'aide à mourir;
- obliger les fournisseurs de soins de santé qui refusent de pratiquer l'aide médicale à mourir au nom d'« impératifs moraux » à renseigner leurs patients sur toutes les options de fin de vie, dont l'aide médicale à mourir, et à les aiguiller vers d'autres fournisseurs, à transférer directement les soins à d'autres fournisseurs ou à communiquer avec un tiers et à lui transférer le dossier du patient;
- mettre en place des comités d'examen provinciaux et territoriaux afin d'assurer le respect des lois dans tous les cas d'aide médicale à mourir;
- mettre sur pied une commission pancanadienne sur les soins de fin de vie (de préférence en collaboration avec le gouvernement fédéral);
- sensibiliser le public à l'aide médicale à mourir et le mobiliser afin d'éclairer la prise de décisions relatives à l'évolution des lois, politiques et pratiques en matière de soins de fin de vie<sup>22</sup>.

## 1.6 LE COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Le 11 décembre 2015, le Sénat et la Chambre des communes ont adopté des motions créant le Comité mixte spécial pour :

examiner le rapport du Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*, ainsi que d'autres activités de consultation et études récentes pertinentes, consulter les Canadiens, les experts et les intervenants, et formuler des recommandations sur le cadre d'une réponse fédérale à l'aide médicale à mourir respectueuse de la Constitution, de la *Charte canadienne des droits et libertés*, et des priorités des Canadiens<sup>23</sup>.

Les motions ordonnaient au Comité « de mener de vastes consultations et d'examiner les démarches adoptées à l'égard de ces questions au Canada et dans les régimes gouvernementaux comparables<sup>24</sup> ». Composé de cinq sénateurs et de dix députés, il devait faire rapport au Parlement le 26 février 2016.

Le Comité s'est réuni en janvier et en février 2016, et a présenté son rapport final, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, le 25 février 2016<sup>25</sup>. Adopté à la majorité, le rapport contient 21 recommandations sur l'approche législative que le Parlement devrait adopter. Dans son rapport et ses recommandations, le Comité mixte spécial insiste sur la nécessité pour le gouvernement fédéral de collaborer avec les provinces afin d'assurer la cohérence d'une province à l'autre. Voici quelques-unes de ces recommandations :

- l'aide médicale à mourir devrait être accessible « aux personnes atteintes de maladies terminales et non terminales graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition » (recommandation 2);
- une maladie psychiatrique ne devrait pas être un obstacle à l'admissibilité (recommandation 3);
- la capacité d'une personne demandant l'aide médicale à mourir à donner un consentement éclairé devrait être évaluée à la lumière des pratiques médicales existantes (recommandation 5);
- les mineurs capables et matures devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'aide médicale à mourir pour les adultes capables (pendant cette période de trois ans, la question des mineurs capables et matures et celle de l'aide médicale à mourir devraient être examinées) (recommandation 6);
- les demandes anticipées d'aide médicale à mourir devraient être autorisées dans certaines circonstances (recommandation 7);
- la demande d'aide médicale à mourir doit être formulée par écrit et en présence de deux témoins (recommandation 9);
- le gouvernement fédéral devrait travailler avec les provinces et les territoires, ainsi qu'avec leurs organismes de réglementation des professions médicales, à établir un processus qui respecte la liberté de conscience des professionnels de la santé et les droits des patients, et les professionnels de la santé objecteurs de conscience devraient aiguiller correctement le patient pour qu'il obtienne l'aide demandée (recommandation 10);
- tous les établissements de soins de santé financés par l'État devraient offrir l'aide médicale à mourir (recommandation 11);
- l'aide médicale à mourir ne devrait pouvoir être administrée que lorsque deux médecins indépendants l'un de l'autre ont déterminé le respect des critères d'admissibilité (recommandation 12);
- les médecins, les infirmiers praticiens et les infirmiers agréés travaillant sous la direction d'un médecin qui seront appelés à fournir une aide médicale à mourir ne devraient plus être assujettis à l'article 14 et à l'alinéa 241b) du *Code* (recommandation 13);
- Santé Canada devrait rétablir le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie (recommandation 19).

**Certains députés conservateurs membres du Comité mixte spécial ont exprimé une opinion divergente, affirmant :**

- que le fait de permettre un jour aux mineurs capables et matures d'avoir accès à l'aide médicale à mourir allait à l'encontre de l'arrêt *Carter*;
- que le fait de ne pas exiger d'évaluation psychiatrique par un professionnel dans le cas d'un patient « ayant une maladie mentale » exposerait les personnes vulnérables à des risques;
- qu'il faut que l'option des soins palliatifs soit « offerte et disponible à toute personne envisageant l'[aide médicale à mourir] »;
- que les médecins qui s'opposent à l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience ne devraient pas être obligés d'aiguiller correctement le patient, mais plutôt de l'informer sur les façons d'obtenir l'aide médicale à mourir.

Les députés néo-démocrates membres du Comité mixte spécial ont présenté une opinion complémentaire dans laquelle ils soulignent la nécessité :

- de veiller à ce que les patients aient accès à l'aide médicale à mourir;
- de veiller à ce que les professionnels de la santé qui s'opposent à l'aide médicale à mourir pour des raisons de conscience soient à l'abri de sanctions disciplinaires;
- d'améliorer les soins palliatifs et de soutenir les aidants naturels en améliorant les prestations de compassion de l'assurance-emploi.

L'annexe du présent résumé législatif présente des renseignements sur la manière dont le régime d'aide médicale à mourir prévu dans le projet de loi C-14 se compare à celui d'autres États et du Québec et aux recommandations du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir.

## 2 DESCRIPTION ET ANALYSE

La description et l'analyse qui suivent portent essentiellement sur les modifications de fond découlant du projet de loi plutôt que sur chacune de ses dispositions.

### 2.1 PRÉAMBULE

Le préambule du projet de loi C-14 présente divers facteurs retenus comme établissant « l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent [l']aide [médicale à mourir] et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société ».

Le préambule dit également que le gouvernement « s'est engagé à élaborer des mesures non législatives » visant à améliorer les soins de fin de vie et à « explorer d'autres situations » où une personne peut demander l'aide médicale à mourir, « à savoir les cas de demandes faites par les mineurs matures<sup>26</sup>, de demandes anticipées et de demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée ». Il précise également que le gouvernement élaborera des mesures non législatives visant à « respecter les convictions personnelles des fournisseurs de soins de santé<sup>27</sup> ».

**Le préambule a été amendé par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes pour qu'il y soit fait mention de la liberté de conscience et de religion. Par ailleurs, une disposition a été ajoutée au préambule précisant que le gouvernement fédéral s'engage à collaborer avec ses partenaires dans les dossiers des soins palliatifs, des soins de fin de vie et des soins offerts aux personnes atteintes de démence et, s'agissant des Autochtones, des soins de fin de vie adaptés à leur culture et à leurs croyances spirituelles.**

## 2.2 DÉFINITIONS (ART. 3)

Le nouvel article 241.1 du *Code* comprend certaines définitions relatives à la pratique de l'aide médicale à mourir :

- L'« aide médicale à mourir » est, selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :
  - d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort (fait qu'on appelle aussi « euthanasie volontaire »);
  - de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort (fait qu'on appelle aussi « aide médicale au suicide »).
- Un « médecin » est une personne autorisée par le droit d'une province à exercer la médecine (c.-à-d. un médecin au Canada).
- Un « infirmier praticien » est un infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut de façon autonome, à titre d'infirmier praticien (ou autre appellation équivalente), poser des diagnostics, demander et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des substances et traiter des patients.
- Un « pharmacien » est une personne autorisée par le droit d'une province à exercer la profession de pharmacien.

## 2.3 ACTES ET PERSONNES EXONÉRÉS DE TOUTE RESPONSABILITÉ CRIMINELLE (ART. 1 À 3 ET 6)

Auparavant, le *Code* érigeait en infraction le fait de tuer une personne à la demande de celle-ci et le fait d'aider une personne à se suicider. Le projet de loi modifie l'article 241 du *Code* et ajoute l'article 227 visant à autoriser l'aide médicale à mourir (aussi bien l'euthanasie volontaire que le suicide assisté) lorsque certaines conditions, décrites plus loin, sont remplies.

Le nouvel article 227 dispose que les médecins et les infirmiers praticiens ne commettent pas d'homicide coupable lorsqu'ils fournissent de l'aide médicale à mourir. De plus, l'article prévoit qu'une personne qui aide un médecin ou un infirmier praticien à fournir l'aide médicale à mourir ne participe pas à un homicide coupable. Il précise également que l'article 14 du *Code*, qui dispose qu'il est illégal de consentir à sa propre mort et qui précise qu'un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale de la personne qui inflige la mort à une autre personne, ne s'applique pas à l'aide médicale à mourir.

L'article 241 modifié énonce les cas où l'infraction d'aide au suicide ne s'applique pas (exemptions) et précise les personnes visées par les exemptions.

Les exemptions à la responsabilité pénale pour la prestation de l'aide médicale à mourir visent :

- les médecins et les infirmiers praticiens qui fournissent l'aide médicale à mourir à une personne, ainsi que les personnes qui aident les médecins et les infirmiers praticiens (nouvel art. 227 et art. 241 modifié);
- les pharmaciens qui délivrent une substance sur ordonnance médicale destinée à l'aide médicale à mourir (nouveau par. 241(4));
- les personnes qui aident une personne, à la demande expresse de celle-ci, à s'administrer la substance prescrite dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir (nouveau par. 241(5)). **Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a ajouté une disposition précisant qu'il est entendu que ne commet pas d'infraction le professionnel de la santé qui fournit des renseignements sur la prestation légitime de l'aide médicale à mourir (nouveau par. 241(5.1)).**

Lorsqu'une personne a une croyance raisonnable, mais erronée, à l'égard de tout fait qui est un élément constitutif de l'exemption, les exemptions prévues s'appliquent dans les cas d'infractions d'homicide ou d'aide au suicide (nouveau par. 227(3) et par. 241(6) modifié).

L'article 6 du projet de loi modifie l'article 245 du *Code* pour que l'infraction d'administration de substance délétère ou de poison dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir ne s'applique pas aux médecins, aux infirmiers praticiens et aux personnes qui les aident.

#### 2.4 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (ART. 3)

Le nouveau paragraphe 241.2(1) énonce les critères qu'une personne doit remplir pour être admissible à l'aide médicale à mourir. Cinq critères importants, **qui doivent tous être remplis pour que la personne soit admissible à l'aide médicale à mourir**, sont liés à la situation de la personne.

- Elle est admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada, ou le serait, si ce n'était le délai minimal de résidence ou de carence (nouvel al. 241.2(1)a).
- Elle est âgée d'au moins 18 ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé (nouvel al. 241.2(1)b).

Le glossaire en ligne du ministère de la Justice sur l'aide médicale à mourir définit ainsi la notion de capacité :

Une personne est mentalement capable lorsqu'elle a la capacité de comprendre la nature et les conséquences de ses actions et de ses choix, y compris de ses décisions en matière de soins et de traitements médicaux<sup>28</sup>.

- Elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (nouvel al. 241.2(1)c)).

Le terme « problèmes de santé graves et irrémédiables » est défini au nouveau paragraphe 241.2(2) et toutes les conditions suivantes doivent être remplies :

- la personne est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, bien qu'un pronostic quant à son espérance de vie ne soit pas nécessaire.

Le terme « grave et irrémédiable », employé par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Carter*, n'a pas été défini dans l'arrêt, exception faite d'une clarification selon laquelle avoir un problème de santé « irrémédiable » ne signifie pas nécessairement que les personnes doivent subir des traitements qu'elles jugent inacceptables<sup>29</sup>. Cela ne figure pas dans la définition donnée dans le projet de loi.

L'exigence selon laquelle la situation médicale de la personne doit se caractériser par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et celle voulant que sa mort soit raisonnablement prévisible ne figurent pas explicitement dans l'arrêt *Carter*, et le projet de loi ne définit pas ces exigences. Cependant, le glossaire en ligne du ministère de la Justice donne les explications suivantes :

*Déclin avancé et irréversible des capacités* : Combiné aux critères exigeant que la mort soit raisonnablement prévisible et que la personne ait des souffrances insupportables, le critère du déclin avancé et irréversible donne l'assurance que l'aide médicale à mourir serait à la portée de ceux qui sont dans un état de déclin irréversible vers la mort, même si la mort n'est pas prévue pour le court terme. Cette approche de l'admissibilité donne aux personnes en déclin vers la mort l'autonomie qui leur permet de choisir comment elles préfèrent mourir.

*Lorsque la mort est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de la situation* : Dans le contexte de l'aide médicale à mourir, cela signifie qu'il y a une possibilité réelle que la mort du patient survienne dans un délai qui n'est pas trop éloigné. Autrement dit, le patient devrait voir évoluer son problème médical, au point qu'il devienne très clair qu'il chemine de façon irréversible vers la mort, même s'il n'y a pas de pronostic clair ou précis. La situation de chaque personne lui est propre, et son espérance de vie dépend de la nature de sa maladie, et des impacts des autres problèmes de santé ou des facteurs sanitaires comme l'âge ou la fragilité. Les médecins et les infirmiers praticiens ont l'expertise nécessaire pour évaluer la situation particulière de chaque personne et peuvent juger efficacement lorsqu'une personne est sur une trajectoire qui mènera à la mort. Bien que les professionnels des soins de santé n'aient pas à prédire exactement comment ou quand une personne mourra, la mort devrait être prévisible pour un avenir pas trop éloigné<sup>30</sup>.

- Elle a fait une demande de manière volontaire, sans pressions extérieures (nouvel al. 241.2(1)d)).
- Elle donne son consentement de manière éclairée (nouvel al. 241.2(1)e)).

Le consentement éclairé, un principe bien compris dans le domaine de la pratique médicale, est défini ainsi dans le glossaire du ministère de la Justice :

Le consentement éclairé est un terme médical qui signifie qu'une personne a consenti à un traitement médical particulier après avoir reçu toute l'information nécessaire pour prendre sa décision en matière de soins de santé. L'information à fournir comprend le diagnostic, le pronostic, les formes disponibles de traitement et les bienfaits et les effets secondaires des traitements. Il faut également que la personne soit mentalement capable, c'est-à-dire qu'elle soit capable de comprendre l'information pertinente et les conséquences de ses choix<sup>31</sup>.

**Le Sénat avait amendé la disposition portant sur le consentement éclairé afin d'exiger que la personne concernée consulte un professionnel des soins palliatifs pour être informée des moyens à sa disposition pour soulager ses souffrances, avant qu'elle ne donne son consentement<sup>32</sup>. La Chambre des communes a modifié cet amendement afin d'exiger plutôt que le patient soit d'abord informé « des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs<sup>33</sup> ».**

## 2.5 MESURES DE SAUVEGARDE DU PROCESSUS (ART. 3)

Outre les critères de fond susmentionnés, le projet de loi précise certaines exigences procédurales pour sauvegarder le processus d'aide médicale à mourir. Selon les nouveaux paragraphes 241.2(3) à 241.2(6), avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin ou l'infirmier praticien doit :

- être d'avis que les critères d'admissibilité prévus au paragraphe 241.2(1) et mentionnés précédemment sont remplis (nouvel al. 241.2(3)a));
- s'assurer que la demande a été faite par écrit et signée par le patient (ou par un tiers en présence du patient lorsque celui-ci est incapable de signer, **à la condition que le tiers n'ait rien à gagner sur le plan financier ou matériel de la mort du patient**) et que la demande écrite a été signée et datée après que le patient a été informé par un médecin ou un infirmier praticien **qu'il est affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables** (nouvel al. 241.2(3)b));
- être convaincu que la demande écrite a été signée et datée par le patient, ou par le tiers autorisé à le faire, devant deux témoins qui ont aussi signé et daté la demande (les témoins doivent être âgés d'au moins 18 ans et comprendre la nature de la demande, ne doivent pas participer aux soins du patient, ni être propriétaire ou exploitant de l'établissement où la personne est traitée ou réside, ni savoir ou croire qu'ils recevront un avantage pécuniaire ou matériel de la mort du patient) (nouveaux al. 241.2(3)c) et par. 241.2(5));

- s'assurer que la personne sait qu'elle peut retirer sa demande en tout temps et de n'importe quelle manière, et immédiatement avant de lui fournir l'aide médicale à mourir, lui donner une fois de plus la possibilité de retirer sa demande et s'assurer de nouveau qu'elle consent expressément à recevoir cette aide (nouveaux al. 241.2(3)d) et 241.2(3)h));
- s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect des critères a été obtenu (nouvel al. 241.2(3)e));
- être convaincu que les deux médecins ou infirmiers praticiens sont indépendants (ils n'ont pas de relations d'affaires l'un avec l'autre, aucun d'eux ne conseille l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou de supervision, ils ne savent pas ou ne croient pas qu'ils recevront un avantage pécuniaire ou matériel de la mort du patient et ils ne sont pas liés l'un à l'autre ou au patient de toute autre façon pouvant porter atteinte à leur objectivité) (nouveaux al. 241.2(3)f) et par. 241.2(6));
- s'assurer qu'il s'écoule **10** jours francs<sup>34</sup> entre le jour où la demande est signée et le jour où l'aide médicale à mourir est fournie, et lorsque les deux médecins ou infirmiers praticiens jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, le délai sera fondé sur ce que le premier médecin ou infirmier praticien considère indiqué dans les circonstances (nouvel al. 241.2(3)g));
- **fournir à la personne un moyen de communication fiable si elle éprouve de la difficulté à communiquer (nouvel al. 241.2(3)i)).**

Le médecin ou l'infirmier praticien doit fournir l'aide médicale à mourir avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables (nouveau par. 241.2(7)). Le médecin ou l'infirmier praticien qui prescrit ou obtient une substance devant servir à l'aide médicale à mourir doit aussi informer le pharmacien de l'usage auquel elle est destinée avant que celui-ci la délivre (nouveau par. 241.2(8)).

## 2.6 NOUVELLES INFRACTIONS CRIMINELLES ET OBLIGATIONS DE FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS (ART. 3 À 5)

Le projet de loi crée certaines infractions criminelles qui s'appliquent lorsque les mesures de sauvegarde du processus ne sont pas respectées. Le nouvel article 241.3 érige en infraction le fait pour un médecin ou un infirmier praticien de ne pas respecter les mesures de sauvegarde prévues aux alinéas 241.2(3)b) à **241.2(3)i)**, décrites précédemment, et de ne pas informer le pharmacien de l'usage auquel est destinée la substance, comme le prévoit le nouveau paragraphe 241.2(8). **La Chambre des communes a ajouté le paragraphe 241.2(9) pour préciser que l'article 241.2 n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir.**

Le nouvel article 241.4 crée deux infractions :

- commission d'un faux relatif à une demande d'aide médicale à mourir<sup>35</sup>;

- destruction de documents relatifs à l'aide médicale à mourir avec l'intention d'entraver, selon le cas :
  - l'accès d'une personne au service;
  - l'évaluation légitime d'une demande;
  - l'invocation d'une des exemptions à la responsabilité pénale prévues dans le projet de loi;
  - la fourniture de renseignements relatifs à l'aide médicale à mourir (point examiné plus en détail ci-après).

Les infractions créées aux articles 241.3 et 241.4 sont des infractions mixtes qui peuvent être punissables d'un emprisonnement maximal de cinq ans sur déclaration de culpabilité par mise en accusation ou de 18 mois sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

Aux termes du nouveau paragraphe 241.31(3), le ministre de la Santé **est tenu de** prendre les règlements **qu'il estime nécessaires** régissant la fourniture, la collecte, l'utilisation et la destruction de renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir, et à la prestation de celle-ci, afin d'en surveiller la pratique, et peut exempter certaines catégories de personnes de l'obligation de fournir des renseignements. **Il incombe également au ministre de la Santé d'établir les lignes directrices concernant le certificat de décès des personnes ayant eu recours à l'aide médicale à mourir (nouveau par. 241.31(3.1)).**

Le nouveau paragraphe 241.31(1) oblige les médecins et les infirmiers praticiens qui reçoivent une demande écrite d'aide médicale à mourir à fournir des renseignements, comme l'exigent les règlements, au destinataire désigné à moins d'en être exemptés. Les pharmaciens sont tenus de faire de même lorsqu'ils délivrent une substance destinée à l'aide médicale à mourir (nouveau par. 241.31(2)).

Les médecins, les infirmiers praticiens et les pharmaciens qui omettent sciemment de se conformer à l'obligation de fournir des renseignements peuvent être déclarés coupables d'une infraction mixte, comme toute autre personne qui contrevient sciemment aux règlements (nouveaux par. 241.31(4) et 241.31(5)). Le contrevenant est passible, sur déclaration de culpabilité par mise en accusation, d'un emprisonnement maximal de deux ans ou, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, d'une amende maximale de 5 000 \$ et d'un emprisonnement maximal de six mois, ou de l'une de ces peines<sup>36</sup>.

## 2.7 MODIFICATIONS APPORTÉES À D'AUTRES LOIS (ART. 7 À 9)

### 2.7.1 *LOI SUR LES PENSIONS ET LOI SUR LES MESURES DE RÉINSERTION ET D'INDEMNISATION DES MILITAIRES ET VÉTÉRANS DES FORCES CANADIENNES* (ART. 7 ET 9)

La *Loi sur les pensions* prévoit les pensions pour les personnes devenues invalides ou décédées par suite de leur service militaire, ainsi qu'aux personnes à leur charge<sup>37</sup>. Aucune pension n'est accordée lorsque l'invalidité est due à la mauvaise

conduite. L'article 7 du projet de loi modifie la définition de mauvaise conduite afin de préciser qu'une blessure résultant de l'aide médicale à mourir ne constitue pas une mauvaise conduite. Il précise également qu'un membre des Forces canadiennes qui a bénéficié de l'aide médicale à mourir est réputé être décédé en raison de la maladie, de l'affection ou du handicap au titre duquel il était admissible à une telle aide.

La *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* encadre divers avantages et services offerts aux membres des Forces canadiennes et aux vétérans qui ont subi des blessures ou qui sont décédés par suite de leur service militaire, ainsi qu'à leurs familles. L'article 9 y apporte des modifications semblables à celles apportées à la *Loi sur les pensions*.

#### 2.7.2 *LOI SUR LE SYSTÈME CORRECTIONNEL ET LA MISE EN LIBERTÉ SOUS CONDITION (ART. 8)*

Aux termes de l'article 19 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, en cas de décès d'un détenu dans un établissement fédéral, le Service correctionnel du Canada doit faire enquête et remettre un rapport au commissaire du Service correctionnel ou à son délégué, et remettre une copie du rapport à l'enquêteur correctionnel (l'ombudsman auprès des délinquants sous responsabilité fédérale). L'article 8 du projet de loi abolit l'obligation de faire enquête et de remettre un rapport dans le cas d'un détenu qui reçoit l'aide médicale à mourir.

#### 2.8 **EXAMEN INDÉPENDANT (ART. 9.1)**

**Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a ajouté une disposition exigeant un examen indépendant des questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Le Sénat a ajouté une autre exigence, à savoir que le rapport de cet examen doit être déposé devant chaque Chambre du Parlement, au plus tard deux ans après le début de l'examen.**

**Ces trois questions ont été examinées par le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Afin de tenir compte du cas particulier des mineurs matures, le Comité mixte spécial a recommandé un processus législatif en deux étapes. Les personnes âgées de 18 ans et plus sont immédiatement admissibles à l'aide médicale à mourir à la première étape, tandis que les mineurs matures ne le deviennent qu'à la deuxième étape, qui entre en vigueur au plus tard trois ans après la première. Le Comité mixte spécial a également recommandé que le gouvernement « s'engage sans tarder à ce que soit réalisée une étude sur les aspects d'ordre moral, médical et juridique entourant la notion de "mineur mature"<sup>38</sup> ».**

En ce qui concerne les demandes anticipées, le Comité mixte spécial a recommandé qu'elles soient autorisées « à tout moment, après qu'une personne aura reçu un diagnostic de problème de santé qui lui fera vraisemblablement perdre ses capacités ou un diagnostic de problème de santé grave ou irrémédiable, mais avant que les souffrances ne deviennent intolérables<sup>39</sup> ».

Enfin, en ce qui concerne la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée, le Comité mixte spécial a écrit :

Le Comité reconnaît que l'application des critères d'admissibilité à l'AMM dans le cas de patients souffrant d'une maladie mentale, en particulier lorsque cette maladie est à l'origine de la demande, posera des problèmes particuliers. Cependant, si la personne est capable et répond aux autres critères définis dans la loi, le Comité ne voit pas comment on pourrait lui refuser un droit reconnu par la Charte à cause du trouble mental dont elle est atteinte. Par ailleurs, d'après le Comité, l'arrêt *Carter* n'exclut pas les personnes atteintes de maladies mentales<sup>40</sup>.

## 2.9 EXAMEN DE LA LOI (art. 10)

L'article 10 du projet de loi exige que la nouvelle loi soit soumise à l'examen d'un comité du Sénat, d'un comité de la Chambre ou d'un comité mixte au début de la cinquième année suivant la date de sa sanction. Le comité devra présenter à la Chambre ou aux Chambres du Parlement l'ayant constitué ou désigné un rapport comportant les modifications qu'il recommande d'apporter à cette loi. **Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes a amendé l'article 10 afin d'ajouter à l'examen législatif un examen de la situation des soins palliatifs.**

## 2.10 ENTRÉE EN VIGUEUR (ART. 11)

Les articles 4 et 5 (relatifs aux renseignements à fournir) sont entrés en vigueur **dans les 12 mois suivant la sanction royale**. Cela devait permettre d'établir un système pour la collecte, l'utilisation, l'analyse et la destruction des données avant la mise en œuvre des exigences relatives à la production de rapports. Les autres dispositions sont entrées en vigueur à la date de la sanction royale.

## 3 COMMENTAIRE

Les réactions au projet de loi C-14 diffèrent. Un certain nombre de reportages, d'éditoriaux et de réactions de personnes intéressées à son sujet laissent entendre que le gouvernement a trouvé une solution raisonnable<sup>41</sup>. Cependant, d'autres observateurs ont signalé de possibles difficultés d'ordre juridique : comme le projet de loi réserve l'aide médicale à mourir aux adultes, qu'il empêche les personnes souffrant de troubles mentaux, mais ayant la capacité de consentir, d'avoir accès à l'aide médicale à mourir et qu'il interdit la présentation d'une demande anticipée d'aide médicale à mourir, il serait contraire à la *Charte* et ferait probablement l'objet de contestations devant les tribunaux<sup>42</sup>.

Le fait que l'aide médicale à mourir soit accessible aux « patients mourants<sup>43</sup> » porte certains à croire qu'elle n'est accessible qu'aux malades en phase terminale, bien que le projet de loi ne précise pas expressément qu'une personne doit avoir une maladie en phase terminale pour avoir accès à l'aide médicale à mourir. On a aussi fait valoir que le fait de réserver l'accès à cette aide aux malades en phase terminale serait contraire à l'arrêt *Carter*<sup>44</sup>. Des députés et d'autres parties intéressées ont suggéré au gouvernement de renvoyer le projet de loi à la Cour suprême du Canada afin qu'elle tranche la question de savoir s'il est conforme à la *Charte*, et ce, afin d'éviter d'éventuelles contestations fondées sur la *Charte*<sup>45</sup>.

**Certains amendements apportés par le Sénat ont été rejetés par la Chambre des communes<sup>46</sup>. Par exemple, le Sénat avait supprimé le nouveau paragraphe 241.2(2), qui établissait les critères permettant de conclure à l'existence d'un problème de santé « grave et irrémédiable ». La Chambre des communes a rejeté cet amendement ainsi que quelques autres au motif que :**

**Ils vont à l'encontre des objectifs du projet de loi C-14 qui visent à reconnaître l'important enjeu de santé publique que représente le suicide, à empêcher que la mort soit considérée comme une solution à toutes les formes de souffrances, et à contrer les perceptions négatives quant à la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées<sup>47</sup>.**

## NOTES

1. [Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature.
2. [Code criminel](#), L.R.C. (1985), ch. C-46 (le *Code*).
3. [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5.
4. Avant que le projet de loi C-14 ne reçoive la sanction royale, on pouvait lire ceci à l'art. 14 du *Code* :  

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

Et selon l'art. 241 :

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

a) conseille à une personne de se donner la mort;

b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort,

que le suicide s'ensuive ou non.
5. Pour plus de renseignements sur l'arrêt *Carter*, voir Martha Butler et Marlisa Tiedemann, [Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir](#), publication n° 2015-47-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 29 décembre 2015.
6. [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2016 CSC 4.
7. [Rodriguez c. Colombie-Britannique \(Procureur général\)](#), [1993] 3 RCS 519.
8. Sénat, Comité spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, [De la vie et de la mort – Rapport final](#), 1<sup>re</sup> session, 35<sup>e</sup> législature, juin 1995.

9. Udo Schuklenk *et al.*, *Prise de décisions en fin de vie*, Société royale du Canada, novembre 2011.
10. [Loi concernant les soins de fin de vie](#), L.R.Q., ch. S-32.0001. Pour plus de renseignements sur l'aide à mourir au Canada, voir Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada](#), publication n° 2015-139-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 15 décembre 2015.
11. Chambre des communes, [Journaux](#), n° 7, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, 11 décembre 2015, p. 50; et Sénat, [Journaux](#), n° 6, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, 11 décembre 2015, p. 56.
12. [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2012 BCSC 886, par. 23 [TRADUCTION].
13. *Ibid.* [TRADUCTION].
14. *Ibid.*, par. 37 [TRADUCTION].
15. *Loi concernant les soins de fin de vie*, par. 3(6).
16. Sénat et Chambre des communes, Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, [L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient](#), 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, février 2016, p. 11.
17. [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2013 BCCA 435.
18. *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, par. 127.
19. *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2016 CSC 4, par. 6.
20. Gouvernement du Canada, [Lettre de la ministre Wilson-Raybould et de la ministre Philpott au Comité externe sur les options de réponse législative à Carter c. Canada](#), document d'information, 14 novembre 2015.
21. Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*, [Consultations sur l'aide médicale à mourir – Résumé des résultats et des principales constatations](#), 15 décembre 2015.
22. Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir, [Rapport final](#), 30 novembre 2015.
23. Chambre des communes (2015), p. 50; et Sénat (2015), p. 56.
24. *Ibid.*
25. Sénat et Chambre des communes (2016).
26. Parmi ses documents d'information sur l'aide médicale à mourir, le ministère de la Justice a produit un glossaire qui explique de nombreux termes utilisés dans le projet de loi. Il importe de noter que le [Glossaire](#) ne fait pas partie du projet de loi. Il définit ainsi les mineurs matures :
 

Mineurs (âgés de moins de 18 ou de 19 ans selon les lois provinciales applicables) qui ont la capacité intellectuelle et la maturité de comprendre les renseignements touchant leur décision médicale et d'évaluer les conséquences d'une telle décision.
27. Projet de loi C-14, « Préambule ».
28. Ministère de la Justice, *Glossaire*.
29. *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, par. 127.
30. *Ibid.*
31. *Ibid.*
32. **Chambre des communes, [Journaux](#), n° 74, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, 16 juin 2016.**
33. **Sénat, [Journaux](#), n° 51, 1<sup>re</sup> session, 42<sup>e</sup> législature, 16 juin 2016.**

34. La [Loi d'interprétation](#), L.R.C. (1985), ch. I-21, au par. 27(1), définit ainsi les « jours francs » : « Si le délai est exprimé en jours francs ou en un nombre minimal de jours entre deux événements, les jours où les événements surviennent ne comptent pas ».
35. La commission d'un faux est déjà une infraction selon l'art. 366 du *Code*.
36. Voir l'art. 787 du *Code* pour la détermination de la peine sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire lorsqu'aucune peine précise n'est indiquée pour l'infraction.
37. [Loi sur les pensions](#), L.R.C. (1985), ch. P-6, art. 2.
38. **Sénat et Chambre des communes (2016), p. 23.**
39. ***Ibid.*, p. 27.**
40. ***Ibid.*, p. 15.**
41. Voir, par exemple, « A needed compromise », éditorial, *Montreal Gazette*, 15 avril 2016; Tasha Kheiriddin, « [The Liberals' assisted death bill strikes a difficult, necessary balance](#) », *iPolitics*, 14 avril 2016; « Till death do us part », éditorial, *Globe and Mail*, 16 avril 2016; et Association médicale canadienne, [Canadian Medical Association lauds historic federal law on assisted dying](#), communiqué, 14 avril 2016.
42. Voir, par exemple, Ian Macleod, « Right to die only for some: Assisted dying bill excludes those whose death is not 'reasonably foreseeable' », *Ottawa Citizen*, 15 avril 2016; Katherine Dedyne, « Assisted-death law dismays Victoria experts », *Times Colonist*, 15 avril 2016; Tiffany Crawford, « B.C. advocates pan right-to-die law: Critics decry exclusions, restrictions in federal assisted dying legislation », *Vancouver Sun*, 15 avril 2016; Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique, [Assisted Dying – Plaintiffs in court challenge criticize legislation](#), communiqué, 14 avril 2016; et Chantal Hébert, « [Liberals have met only bare minimum with assisted-dying bill](#) », *Toronto Star*, 16 avril 2016.
43. Gouvernement du Canada, [L'approche fédérale proposée respecte le choix personnel tout en protégeant les personnes vulnérables](#), communiqué, 14 avril 2016.
44. Voir, par exemple, Dying with Dignity Canada, [DWDC responds as assisted dying bill tabled in Parliament](#); et Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique (2016).
45. Voir, par exemple, Joan Bryden, La presse canadienne, « [Federal government tables long-awaited assisted-dying bill](#) », *CTV News*, 14 avril 2016.
46. **Les amendements apportés par le Sénat puis rejetés par la Chambre des communes ne sont pas tous présentés ici. Pour la liste complète des amendements du Sénat rejetés par la Chambre, voir Sénat (2016).**
47. ***Ibid.***



## ANNEXE – L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Tableau 1 – Comparaison des dispositions sur l'aide médicale à mourir dans les lois de divers États et du Québec, le projet de loi C-14 et les recommandations du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

	Oregon	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Québec	Projet de loi C-14	Comité mixte spécial
Euthanasie volontaire (E)/aide au suicide (AS) permise?	AS autorisée	E et AS autorisées	E et AS autorisées	E et AS autorisées	E autorisée	E et AS autorisées	E et AS autorisées
Maladie en phase terminale requise?	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non mentionné	Non
Résidence requise?	Oui	Oui, mais non expressément dans la loi	Oui, mais non expressément dans la loi	Oui, mais non expressément dans la loi	Oui	Oui	Oui
Directives préalables autorisées?	Non	Oui	Oui (personnes inconscientes seulement)	Oui (personnes inconscientes seulement)	Non	Non	Oui
Autorisée pour les mineurs?	Non	Oui (12 ans et plus ou nouveau-né)	Oui (critères d'admissibilité restreints)	Non	Non	Non	Oui
Autorisée pour les personnes atteintes de démence/troubles psychiatriques incapables de prendre des décisions?	Non	Oui, si la personne a signé une directive préalable	Oui, mais la personne doit être capable au moment de la demande	Oui, mais la personne doit être capable au moment de la demande	Non	Non	Oui, si la personne a signé une directive préalable
Présence de souffrances psychologiques suffisante?	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Forme de la demande	Deux demandes orales, une demande écrite	Demande orale suffisante; aucune exigence pour les demandes multiples, mais c'est la pratique	Divers rendez-vous espacés par un délai raisonnable, une demande écrite	Divers rendez-vous espacés par un délai raisonnable, une demande écrite	Discussions avec le patient espacées par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état; une demande écrite	Une demande écrite	Demande écrite (si possible)
Témoin(s) requis?	Deux témoins	Non	Non	Non	Un témoin (peut être le médecin traitant)	Deux témoins	Deux témoins
Délai?	15 jours entre les demandes orales; 48 heures entre la demande écrite et la prescription	Non précisé	Un mois lorsque la mort n'est pas imminente	Non précisé	Non précisé	10 jours, sauf si la mort ou la perte de capacité est imminente	Flexible
Nombre de médecins et spécialisation	Deux médecins; envoi en counseling en cas de déficience due à des troubles psychiatriques/psychologiques ou de dépression	Deux médecins	Deux médecins; trois médecins, dont un spécialiste, si la mort du patient n'est pas imminente	Deux médecins; libres de consulter un spécialiste	Deux médecins	Deux médecins	Deux médecins

RÉSUMÉ LÉGISLATIF DU PROJET DE LOI C-14

	Oregon	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Québec	Projet de loi C-14	Comité mixte spécial
Informers la famille	Demander au patient d'informer sa famille, sans l'y obliger		Consulter les parents à la demande du patient	Consulter la personne dont le nom figure dans le plan de fin de vie, sauf lorsque le patient refuse	Consulter les parents à la demande du patient		
Obligation de faire rapport et surveillance	Rapports de cas au département des Services sociaux de l'Oregon; rapports annuels	Rapports de cas au comité d'examen régional; rapports annuels; tenue d'examens plus détaillés en 2007 et en 2012	Rapports de cas à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation; rapports annuels	Rapports de cas à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation; rapports annuels	Rapports de cas au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou au Collège des médecins du Québec; rapports annuels produits par le Collège; Commission sur les soins de fin de vie chargée d'évaluer la mise en œuvre et de faire rapport tous les cinq ans	Exigences quant à la fourniture de renseignements (détails fixés par règlement); examen de la loi au début de la cinquième année	Rapport annuel; examen de la loi tous les quatre ans
Objection de conscience	Aucune obligation de participer ou d'aiguiller le patient, mais la définition de participation exclut l'aiguillage; un établissement peut interdire l'aide au suicide dans ses installations	Liberté de conscience, mais non mentionnée dans la loi	Aucune obligation de participer ou d'aiguiller le patient (obligation de transférer le dossier si la demande est faite)	Aucune obligation de participer ou d'aiguiller le patient (obligation de transférer le dossier si la demande est faite)	Aucune obligation de participer, obligation d'informer l'institution, qui prend les mesures pour trouver un médecin disposé à le faire	Mentionnée dans le préambule (le gouvernement s'est engagé « à respecter les convictions personnelles des fournisseurs de soins de santé »)  <b>Personne n'est obligé de fournir ou d'aider à fournir l'aide médicale à mourir</b>	Obligation d'aiguiller correctement

Note : Le tableau comprend certains éléments qui font ressortir les différences entre les divers textes, mais non tous les critères qui doivent être respectés pour satisfaire aux conditions de chacun.

Sources : États-Unis : Oregon, Health Authority, [Death with Dignity Act](#), lois révisées de l'Oregon, ch. 127, 127.800.

Pays-Bas : *La Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2002. Il existe une traduction vers l'anglais à [Review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amendment of the Criminal Code and the Burial and Cremation Act \(Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act\)](#).

Belgique : Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, « Texte consolidé de la loi du 28/05/2002 relative à l'euthanasie », [Législation belge](#).

Luxembourg : Le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, « A46 : Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide », [Mémorial A n° 46 de 2009](#).

Canada : [Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#) (L.C. 2016, ch. 3) (version sanctionnée); Comité mixte spécial sur l'aide à mourir, [L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient](#), 1<sup>re</sup>

## RÉSUMÉ LÉGISLATIF DU PROJET DE LOI C-14

session, 42<sup>e</sup> législature, février 2016; et Québec, [Loi concernant les soins de fin de vie](#), ch. S-32.0001.