

---

**CHRISTIAN  
LEGAL  
FELLOWSHIP**

---



---

**ALLIANCE DES  
CHRÉTIENS  
EN DROIT**

---

Mémoire de  
**l'Alliance des chrétiens en droit**  
présenté au  
**Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et  
constitutionnelles**  
concernant le  
**projet de loi C-7, Loi modifiant le Code criminel  
(aide médicale à mourir)**

**18 novembre 2020**

## Résumé

### L'euthanasie devient une « solution » médicale à la souffrance existentielle et sociale

- Au Canada, en 2019, 5 631 patients ont reçu l'aide médicale à mourir, et la nature de leurs souffrances a été décrite comme suit : « perte de dignité » (53,3 %); « perception de fardeau pour la famille, les amis ou les aidants » (34,0 %); « isolement ou solitude » (13,7 %), « détresse émotionnelle/anxiété/peur/souffrance existentielle » (4,7 %)¹.
- Au Québec en particulier, 94 % des patients ayant reçu l'aide médicale à mourir vivaient de la souffrance psychologique, notamment : « la perte de sens dans la vie, [...] la dépendance par rapport aux autres, et la perception d'être un fardeau pour ses proches² ».

### L'euthanasie est offerte dans des circonstances où d'autres formes de soutien sont nécessaires, mais inaccessibles

- Selon des rapports, en 2019, au moins 87 patients ayant reçu l'aide médicale à mourir ont fait une demande de services d'aide aux personnes handicapées, sans les obtenir. De plus, 1 996 patients ont reçu l'aide médicale à mourir après avoir eu accès à ce type de services, mais on ignore si ceux-ci étaient adéquats³.
- En outre, au moins 91 patients ayant reçu l'aide médicale à mourir nécessitaient des soins palliatifs, mais n'y ont pas eu accès⁴.

### Les mesures de protection ne sont pas toujours respectées

- L'examen, par le coroner en chef de l'Ontario, de 2 000 cas d'aide médicale à mourir, [TRADUCTION] « a révélé des préoccupations, parfois récurrentes, en ce qui concerne la conformité aux dispositions du *Code criminel* et aux attentes de l'organisme de réglementation⁵ ».
- Selon la Commission québécoise sur les soins de fin de vie, au moins 62 cas survenus au Québec entre 2015 et 2018 n'étaient pas pleinement conformes aux lois fédérales ou provinciales⁶.

### Contrairement à ce qui a été exigé dans l'affaire *Truchon*, le projet de loi C-7 mine le cadre sur lequel il s'appuie

- La décision *Truchon* supposait l'application d'exigences strictes garantissant la capacité et le consentement éclairé des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir. En fait, le projet de loi C-7 *supprime* certaines des mesures de protection, y compris l'exigence selon laquelle « le patient reste apte [...] jusqu'à la toute fin ⁷ ».

¹ Health Canada, "First Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2019" (July 2020) online: <<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019/maid-annual-report-eng.pdf>> at p 32 [2019 MAiD Annual Report]. More than one answer could be selected.

² *Truchon c Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792 at para 210(e) [*Truchon*]. The majority of these cases reported the presence of both physical and psychological suffering.

³ 2019 MAiD Annual Report at p 24.

⁴ 2019 MAiD Annual Report at p 24-25. See calculations in Dr. Gallagher's analysis, *infra*.

⁵ Dirk Huyer, "Medical Assistance in Dying Update", Office of the Chief Coroner (October 9, 2018) online: <<https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/DeathInvestigations/OfficeChiefCoroner/Publicationsandreports/MedicalAssistanceDyingUpdate.html>>[2018 Chief Coroner of Ontario MAiD Update].

⁶ See discussion below

⁷ *Truchon* at para 273.

- Dans l'affaire *Truchon*, le tribunal a également conclu que « [l']aide médicale à mourir telle que pratiquée au Canada constitue un processus strict et rigoureux qui, en lui-même, ne présente pas de faiblesse évidente ». Les données ci-dessus, dont certaines ne sont devenues disponibles qu'après *Truchon*, présentent un portrait différent<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> *Truchon* at para 466.

## Introduction

Le fait d’acquiescer à des demandes visant à mettre fin à des vies humaines de façon préventive<sup>9</sup> dans le cadre du système de soins de santé public est un acte social lourd de conséquences pour les Canadiens, les institutions et la société. S’il est adopté dans sa forme actuelle, le projet de loi C-7 redéfinira fondamentalement l’aide médicale à mourir et son rôle dans la société canadienne. Ce projet de loi porte préjudice aux patients marginalisés et les rend vulnérables aux effets accessoires d’un régime qui reconnaît la mort comme une réponse appropriée à une maladie et à un handicap qui ne mettent pas la vie en danger. De plus, non seulement ce projet de loi crée le risque inévitable que des personnes soient euthanasiées contre leur volonté, mais il *accroît* le risque en supprimant les mesures de protection clés qui légitiment les demandes en premier lieu.

Bref, les risques créés par ce projet de loi – qui auront un effet dévastateur sur les Canadiens marginalisés – sont nettement disproportionnés par rapport aux avantages qu’il vise à offrir à ceux qui veulent un accès plus rapide à l’aide médicale à mourir. Par conséquent, l’ACD exhorte le Parlement à préserver un meilleur équilibre en n’offrant l’aide médicale à mourir qu’en contexte de fin de vie et en préservant les garanties qui offrent une véritable protection aux Canadiens marginalisés.

## La nécessité d’un renvoi à la Cour suprême

En 2015, dans l’arrêt *Carter c. Canada*, la Cour suprême a statué qu’une interdiction générale de l’aide au suicide constituait une restriction injustifiable au regard des droits garantis par la *Charte*, mais seulement dans la mesure où elle privait les adultes qui sont capables de décider de mettre fin à leurs jours avec l’aide d’un médecin, qui ont clairement consenti à mettre fin à leurs jours et qui sont voués à d’intolérables souffrances causées par des problèmes de santé graves et irrémédiables<sup>10</sup>.

Dans cette affaire, les plaideurs étaient des adultes capables de décider et souhaitant précipiter leur mort, et la Cour a rédigé sa décision exclusivement à leur intention<sup>11</sup>. En effet, dans l’arrêt *Carter*, le juge de première instance n’a envisagé l’euthanasie que pour les patients « en phase terminale et sur le point de mourir<sup>12</sup> ». C’est dans ce contexte que la Cour suprême a établi une analogie entre l’aide médicale à mourir et la sédation palliative, le refus de traitement et d’autres décisions en fin de vie, en affirmant que : « le droit en est venu à reconnaître que, dans certaines circonstances, il faut respecter le choix d’une personne quant à la fin de sa vie<sup>13</sup> ». Dans l’arrêt

---

<sup>9</sup> We will employ the term adopted by Canadian legislation, “medical assistance in dying” (MAiD), to describe the intentional act of ending an individual’s life or providing the means by which an individual may end his or her own life, at the request of the individual.

<sup>10</sup> *Carter c Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, [2015] 1 RCS 331, au par. 4 [*Carter* CSC].

<sup>11</sup> *Carter* SCC at paras 56 and 70. See also *Carter v Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 at paras 16, 1279, and 1324 [*Carter* BCSC].

<sup>12</sup> *Carter* BCSC at para 1414(b); see also *Carter* SCC at para 12.

<sup>13</sup> *Carter* SCC at para 63 [emphasis added].

*Carter*, les plaideurs ont proposé l'aide médicale à mourir uniquement pour *précipiter* leur mort naturelle, et non pour *mettre fin* à une vie autrement viable. La Cour s'est délibérément abstenue de se prononcer sur d'autres situations dans lesquelles l'aide médicale à mourir pourrait être demandée<sup>14</sup>.

L'aide au suicide, sous réserve de l'exception législative étroite prévue dans l'arrêt *Carter*, est toujours un crime au Canada. Nonobstant l'avis de la Cour du Québec dans l'affaire *Truchon*, l'ACD demeure d'avis que la *Charte* n'empêche pas le Parlement de limiter l'aide médicale à mourir au contexte de la fin de vie afin de préserver les intérêts des personnes marginalisées et de la société, et n'exige pas non plus que le Parlement instaure un régime d'aide médicale à mourir qui serait l'un des plus permissifs parmi les rares pays qui autorisent déjà l'euthanasie, l'aide médicale au suicide, ou les deux. Bien que la Cour supérieure du Québec ait jugé inconstitutionnelle l'exigence de la mort « raisonnablement prévisible », un changement juridique de cette ampleur ne devrait pas reposer sur les motifs d'un seul juge, des motifs qui n'ont été ni éprouvés ni examinés par une cour d'appel<sup>15</sup>. Déterminer ce que la loi suprême du Canada exige sur cette question mérite un renvoi constitutionnel à la Cour suprême<sup>16</sup>.

## Soutenir les Canadiens marginalisés

L'ACD appuie sans réserve la clarification du projet de loi C-7 selon laquelle la maladie mentale n'est pas en soi un motif d'admissibilité à l'euthanasie. Elle est à juste titre exclue de la définition législative de « problème de santé grave et irrémédiable ». Cela ajoute à la loi une clarté fondamentale et offre une protection considérable aux personnes peut-être déjà vulnérables par rapport au suicide et qui pourraient donc être menacées par un régime d'aide médicale à mourir plus permissif. L'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale minerait également les efforts continus visant à promouvoir la prévention du suicide et à remédier aux vagues de suicide partout au pays, en laissant entendre que la mort est une réponse appropriée aux souffrances causées par la dépression et d'autres maladies mentales<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> *Carter* SCC at para 127.

<sup>15</sup> For a critical analysis of the Quebec Superior Court's decision in *Truchon v Procureur general du Canada*, see Derek Ross, "What's the purpose of Canada's MAID law", Christian Legal Fellowship (October 10, 2019) online: <https://www.christianlegalfellowship.org/blog/2019/10/10/whats-the-purpose-of-canadas-maid-law>.

<sup>16</sup> For further analysis on the need for a constitutional reference, see Raj Anand et al, "Brief: Proposal to Clarify Legislative Objectives of Medical Assistance in Dying", Vulnerable Persons Standard, online: <https://static1.squarespace.com/static/56bb84cb01dbae77f988b71a/t/5f8f3b6a5a36714d62796f12/1603222379026/Supreme+Court+Reference+Brief+%2B+Appendix+A.pdf>.

<sup>17</sup> This is especially true in Indigenous communities grappling with suicide crises, many of which already lack meaningful mental health supports. As noted in 2018 by the Expert Panel Working Group of the Canadian Council of Academies: "The [Indigenous] Elders felt that allowing MAID for people with mental disorders could be damaging in communities experiencing youth suicide crises. Elders also shared experiences of systemic barriers that prevented them or their loved ones from accurate diagnoses and appropriate treatment. Without basic access to appropriate healthcare and social services in the community, the Elders expressed concern that MAID is a highly inappropriate care option." See The Expert Panel Working Group on MAID Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition, "The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying

Le projet de loi C-7 indique clairement aux tribunaux, à la communauté médicale et au public que le Parlement *ne considère pas* l'aide médicale à mourir comme une réponse appropriée aux souffrances liées à la maladie mentale, ni comme une solution de rechange appropriée à un soutien valable en santé mentale. L'ACD appuie fermement cette position et recommande que toute modification future au régime canadien d'aide médicale à mourir préserve cette disposition dans sa forme actuelle.

## Les demandes anticipées d'aide médicale à mourir ne devraient en aucun cas être autorisées

Le projet de loi C-7 propose de supprimer, dans certains cas, l'exigence législative voulant que les patients consentent expressément à l'aide médicale à mourir au tout dernier moment de leur vie. S'il y a lieu, des demandes anticipées d'aide médicale à mourir pourraient être effectuées même si le patient perd par la suite sa capacité de consentement. Cependant, dans l'affaire *Truchon*, on n'a pas exigé que la loi soit modifiée pour permettre les demandes anticipées d'aide médicale à mourir. En fait, la Cour supérieure du Québec a souligné que **la question des demandes anticipées ne faisait pas l'objet du litige dans l'affaire dont elle était saisie et que, par conséquent, elle n'en tiendrait pas compte dans son jugement**<sup>18</sup>.

La question des demandes anticipées a été soigneusement étudiée en 2018 par le Groupe de travail du comité d'experts du Conseil des académies canadiennes, qui a été chargé par le gouvernement fédéral d'entreprendre un examen indépendant de la question. Le rapport final (le « rapport sur les DA ») a fait état d'un certain nombre de préoccupations au sujet de l'autorisation de l'euthanasie accordée aux patients ayant perdu leur capacité décisionnelle, et il a relevé un manque de consensus parmi les experts quant aux « situations, s'il y a lieu, qui se prêtent à l'autorisation des demandes anticipées [DA] d'AMM<sup>19</sup> ».

Premièrement, le Comité s'est dit préoccupé par le manque de données concernant les demandes anticipées d'AMM, données qui permettraient de bien comprendre les répercussions individuelles, institutionnelles et sociales de cette pratique. Très peu de gouvernements autorisent l'AMM, et seulement quatre gouvernements permettent une certaine forme de demande anticipée<sup>20</sup>. Seuls les Pays-Bas autorisent la pratique pour les « patients conscients mais inaptes », comme le projet de loi C-7 envisage de le faire, et même là, la pratique est

---

Where a Mental Disorder Is the Sole Underlying Medical Condition”, the Canadian Council of Academies (2018) at p 29

<sup>18</sup> *Truchon* at para 16.

<sup>19</sup> The Expert Panel Working Group on Advance Requests for MAID, “The State of Knowledge on Advance Requests for Medical Assistance in Dying”, the Canadian Council of Academies (2018) at p 176 [AR Report], available online: <<https://cca-reports.ca/wp-content/uploads/2019/02/The-State-of-Knowledge-on-Advance-Requests-for-Medical-Assistance-in-Dying.pdf>>. AR Report at p 136. Among these four jurisdictions.

<sup>20</sup> AR Report at p 136. Among these four jurisdictions, “two (Belgium and Luxembourg) limit advance requests to cases of irreversible unconsciousness, and one (Colombia) allows them only in the context of imminent death.”

« [ambigüe] » et « [fait] encore l'objet de débats<sup>21</sup> ». Le manque de données ne constitue pas seulement un obstacle à la capacité du Parlement de cerner et de bien évaluer les risques et les avantages des demandes anticipées; il montre également que, même dans les démocraties libérales, l'acceptation de l'AMM, surtout par demande anticipée, est extraordinaire.

L'élargissement de l'accès à l'AMM en permettant les demandes anticipées peut également avoir des conséquences imprévues plus vastes sur les lois en matière de consentement. Dans la mesure où l'AMM est « une exemption à l'infraction d'homicide ou de suicide assisté en droit criminel », une demande anticipée d'AMM « prise comme un consentement anticipé à ce que sa vie soit interrompue pourrait sembler incompatible avec le concept de consentement valide de ce même droit criminel<sup>22</sup> ». Par conséquent, « autoriser les demandes anticipées d'AMM nécessiterait d'examiner les limites du consentement effectif dans le droit canadien et de modifier le *Code criminel*<sup>23</sup> ».

Le fait d'autoriser les demandes anticipées peut miner les principes justifiant les limites au droit d'une personne de consentir à d'autres formes de lésions corporelles. Le Parlement doit tenir compte de l'incidence de cet élargissement sur d'autres circonstances dans lesquelles les Canadiens pourraient vouloir consentir à l'avance à des lésions corporelles ou au risque de mort non naturelle (p. ex., comportement sexuel, bagarres consensuelles, etc.).

Le rapport sur les DA soulève également des préoccupations au sujet des demandes anticipées d'AMM en raison des pénuries et des lacunes continues dans les services de soins de santé. De nombreux Canadiens continuent de faire face à des obstacles à l'accès aux soins de santé, en particulier aux soins de longue durée et aux soins palliatifs, et ces obstacles peuvent influencer la décision d'une personne de présenter une demande anticipée d'AMM<sup>24</sup>. Les groupes marginalisés, comme les personnes démunies et celles qui n'ont pas de soutien familial ou communautaire, peuvent être touchés de façon disproportionnée. Plus précisément, le comité d'experts a constaté les éléments suivants :

Les personnes dont le pronostic comprend une future perte de capacité anticipent leur vulnérabilité en raison de facteurs sur lesquels elles n'ont pas un contrôle direct, comme la stigmatisation sociale, le stress des aidants et la disponibilité de soins résidentiels ou en établissement adéquats. Ces facteurs pourraient influencer les délibérations sur l'AMM et les DA d'AMM<sup>25</sup>.

---

<sup>21</sup> AR Report at p 134.

<sup>22</sup> AR Report at p 48.

<sup>23</sup> AR Report at p 48.

<sup>24</sup> Dr. Romyne Gallagher, "An unacceptable number of people who requested medical assistance in dying received little or not quality palliative care in the months before death", Policy Options (October 19, 2020), online: <<https://policyoptions.irpp.org/magazines/october-2020/lack-of-palliative-care-is-a-failure-in-too-many-aid-requests/>>.

<sup>25</sup> AR Report at pp 56-57.

En cas d'incapacité, certains peuvent percevoir l'AMM comme étant préférable à l'indignité et à la détresse qui peuvent résulter des soins palliatifs ou de longue durée inadéquats. Toutefois, une demande anticipée fondée sur ce motif ne découle pas d'une véritable volonté de recevoir l'AMM, mais plutôt du désir d'éviter l'indignité et la détresse que l'on peut ressentir dans cet état de vulnérabilité. À ce sujet, le groupe d'experts a conclu ce qui suit : « Une mesure essentielle pour s'assurer qu'une demande d'AMM (actuelle ou anticipée) est authentique est d'offrir un accès égal à des soins de qualité, afin que personne n'ait le sentiment que l'AMM est la seule solution à leur souffrance<sup>26</sup> ».

Le fait d'adopter le projet de loi C-7 avant d'offrir à tous l'accès à des soins de longue durée et à des soins palliatifs de grande qualité augmenterait considérablement le risque que des patients vulnérables optent pour l'AMM par manque de soins. De plus, le Parlement doit reconnaître que le fait de permettre les demandes anticipées d'AMM peut modifier négativement les attitudes institutionnelles et sociétales à l'égard de la perte de capacité, et perpétuer les stéréotypes et les préjugés capacitistes. Plus précisément, le comité d'experts a constaté les éléments suivants :

Le fait d'autoriser les DA d'AMM pourrait avoir un effet négatif sur la perception de la société à l'égard des personnes ayant une perte de capacité, ce qui contribue à la stigmatisation et démontre qu'il est acceptable de considérer qu'une vie avec un tel déclin ne vaut pas la peine d'être vécue. En outre, certains craignent que l'autorisation des demandes anticipées d'AMM crée une société dans laquelle l'AMM serait une solution de rechange appropriée à la fourniture de soins de qualité et accessibles aux personnes en perte de capacité, ouvrant ainsi la porte à ce que le coût des soins, la libération de lits ou d'autres facteurs s'invitent explicitement ou subtilement dans le processus décisionnel relatif aux traitements<sup>27</sup>.

Le rapport de DA indique clairement que cette pression sociale et économique pourrait avoir des effets troublants sur les attitudes et les pratiques institutionnelles :

On s'inquiète cependant que les demandes anticipées d'AMM [...] servent de soupape d'évacuation pour l'échec de la société à fournir un soutien ou des soins adéquats aux personnes vivant un déclin neurocognitif et à leur famille. Les données probantes collectées indiquent également qu'on craint qu'autoriser les demandes anticipées d'AMM dévalue la vie des gens atteints de démence ou de déficit neurocognitif. C'est-à-dire qu'en donnant accès à l'AMM parce que la personne prévoit un déclin de ses capacités mentales, la société approuve tacitement l'idée selon laquelle la vie avec un tel déclin ne vaut pas la peine d'être vécue, ce qui contribue à la stigmatisation associée au déclin<sup>28</sup>.

De plus, en ce qui concerne les attitudes des patients, le groupe d'experts a déterminé qu'« il serait possible qu'autoriser les demandes anticipées d'AMM envoie le message aux personnes atteintes d'une maladie limitant leurs capacités que leur vie aura une faible valeur à un certain point, et l'AMM deviendrait alors une option précieuse<sup>29</sup> ».

---

<sup>26</sup> AR Report at p 159.

<sup>27</sup> AR Report at p 147.

<sup>28</sup> AR Report at p 146.

<sup>29</sup> AR Report at p 165.



Enfin, selon le rapport, le principal risque posé par les demandes anticipées est qu'une personne reçoive l'aide à mourir contre sa volonté et qu'aucune mesure de protection ne sera suffisante pour réduire les risques<sup>30</sup>. Chaque régime d'euthanasie risque de causer des décès involontaires, peu importe le nombre de mesures de protection en place<sup>31</sup>, mais le risque est encore plus grand si le consentement exprès et concomitant n'est pas requis.

L'ampleur de ce risque est bien étayée par les données probantes disponibles. Le *Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada* publié récemment par le gouvernement fédéral révèle que, sur les 7 336 demandes écrites d'aide médicale à mourir soumises en 2019, **263** ont été retirées par le patient, principalement parce qu'il a changé d'avis. De ces 263 retraits, **20,2 %** ont eu lieu *immédiatement avant la procédure d'aide médicale à mourir*<sup>32</sup>. En vertu du projet de loi C-7, cette dernière mesure de protection ne sera plus offerte aux patients inaptes qui ont déjà fait une demande d'AMM et qui étaient jugés admissibles au moment de la demande.

L'ACD craint également que le seuil fixé par le projet de loi C-7 ne soit élevé pour exprimer un changement d'avis. Bien que le projet de loi C-7 exige que la demande anticipée ne soit satisfaite que si la personne « ne manifeste pas, par des paroles, sons ou gestes, un refus que la substance lui soit administrée ou une résistance à ce qu'elle le soit », cela ne comprend pas « [l]es paroles, [l]es sons ou [l]es gestes involontaires en réponse à un contact ». Cela soulève des préoccupations quant à la façon dont un médecin doit faire la distinction entre ces deux catégories de communication, s'il est même possible de faire une telle distinction dans tous les cas<sup>33</sup>.

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a déclaré sans équivoque – à trois reprises – que l'AMM ne devrait être offerte que lorsqu'un patient « consent clairement à mettre fin à ses jours<sup>34</sup> ». L'inclusion des mots « clairement » (indiquant la nécessité d'une confirmation positive, sans doute possible quant aux souhaits d'une personne) et « consent » (au présent, « ici et maintenant ») est importante et doit être prise en compte<sup>35</sup>. Le régime *actuel* de l'aide

---

<sup>30</sup> AR Report at p 174.

<sup>31</sup> As the Québec Superior Court acknowledged in *Truchon* at para 623: “**Clearly, no system other than total and absolute prohibition will ever be able to prevent every error.**”

<sup>32</sup> 2019 MAiD Annual Report at pp 6, 36, 38.

<sup>33</sup> International experience demonstrates that some physicians have resorted to disturbing tactics in order to avoid the complexities of determining whether an incapacitated patient is resisting euthanasia: AR Report at p 74. This includes at least one recorded case where “the physician crossed a line by surreptitiously administering a sedative in the patient’s coffee to calm her before the procedure and by continuing despite the patient’s negative response during initiation of the infusion and administration of the euthanasic agent.”

<sup>34</sup> *Carter* SCC at paras 4, 127, 147 [emphasis added].

<sup>35</sup> This language was cited by the unanimous British Columbia Court of Appeal in finding that an Alzheimer’s patient should not be deprived of “nourishments and liquids”, as directed in a prior request, because her present conduct indicated otherwise: “It should come as no surprise that a court of law will be assiduous in seeking to ascertain and give effect to the wishes of the patient in the ‘here and now’, even in the face of prior directives, whether clear or not. This is consistent with the principle of patient autonomy that is also reflected in the statutes referred to earlier (see especially s. 19.8 of the *HCCCF Act*), and in many judicial decisions, including *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, where the Court emphasized that when assisted

médicale à mourir au Canada vise à assurer que ce soit le cas en exigeant que les bénéficiaires admissibles à l'AMM réaffirment expressément leur consentement lorsque l'aide à mourir est sur le point d'être administrée. L'élimination de cette exigence et le fait de permettre l'administration de l'AMM sans le consentement explicite du patient au moment de l'intervention dans certaines circonstances entraînent nécessairement le risque que certains patients soient euthanasiés contre leur volonté.

Mettre fin à la vie d'une personne, sans certitude absolue de son consentement au moment du décès, ne devrait en aucun cas être permis par la loi. Par conséquent, l'ACD demande instamment au Parlement de supprimer complètement les dispositions relatives à la « Renonciation au consentement final » du projet de loi C-7.

### Accès instantané à l'euthanasie?

Le projet de loi C-7 supprimerait l'exigence actuelle selon laquelle les patients admissibles doivent généralement attendre au moins 10 jours entre le moment où ils font la demande d'AMM et celui où elle leur est administrée. Cette période d'attente donne au patient le temps de réflexion nécessaire étant donné qu'il s'agit d'une décision menant à une situation irréversible. Sans cette disposition, aucune période de réflexion n'est imposée aux patients pour leur permettre d'envisager d'autres options ou d'explorer d'autres traitements, de sorte qu'une personne pourrait facilement demander et recevoir l'AMM le même jour.

La gravité de cette modification doit être considérée à la lumière des données décrites ci-dessus. Que signifierait le retrait de cette mesure de protection pour les 263 patients mentionnés dans le Rapport annuel sur l'aide médicale à mourir de 2019, les 323 patients signalés au Québec depuis 2015<sup>36</sup> – et beaucoup d'autres comme eux partout au Canada – qui ont changé d'avis *après* avoir fait une demande écrite d'AMM et parfois *après* avoir été jugés admissibles? S'ils avaient pu demander et recevoir l'AMM le jour même, comment auraient-ils pu réfléchir et envisager d'autres options?

Le projet de loi C-7 supprimerait également l'exigence selon laquelle chaque demande d'AMM doit faire l'objet d'une vérification indépendante par deux témoins. Ce changement éliminerait une occasion importante de confirmer de façon indépendante qu'un patient n'est pas contraint ou forcé d'obtenir l'AMM. Il est troublant de penser que, si ce changement est apporté, la loi sera pourra faire davantage pour assurer la validité d'un document qui aliène les biens d'une personne

---

suicide is legalized, it must be conditional on the on the 'clear consent' of the patient. (Para. 127.)" *Bentley v Maplewood Seniors Care Society*, 2015 BCCA 91 at para 18. See further discussion in CLF's report, "[Euthanasia and physician-assisted suicide in the case of mature minors, advance requests, and mental illness: legal, ethical, cultural, and clinical considerations](https://static1.squarespace.com/static/57503f9022482e2aa29ab3af/t/59d8151f90bade192aecd5eb/1507333409139/CCA+Call+for+Input+-+CLF+Background+Paper+-+OCT+6+2017.pdf)" (submitted to the Canadian Council of Academies, 16 October 2017), online: <https://static1.squarespace.com/static/57503f9022482e2aa29ab3af/t/59d8151f90bade192aecd5eb/1507333409139/CCA+Call+for+Input+-+CLF+Background+Paper+-+OCT+6+2017.pdf> considerations>.

<sup>36</sup> This data is drawn from the annual reports of Quebec's commission on end-of-life care, detailed at <https://www.christianlegalfellowship.org/maid>

que pour assurer la validité de la décision de mettre fin à sa vie<sup>37</sup>. L'ACD s'oppose fermement aux modifications du projet de loi C-7 qui visent la suppression de la période de réflexion obligatoire de 10 jours et de la vérification indépendante de toutes les demandes d'AMM par deux témoins. Nous recommandons que ces mesures de protection continuent de faire partie du régime canadien d'AMM.

### AMM « réinventée »

Le changement le plus radical proposé dans le projet de loi C-7 est peut-être la disposition selon laquelle la mort naturelle n'a pas à être « raisonnablement prévisible » pour qu'une personne soit admissible à l'AMM. Initialement, l'AMM était présentée comme un mécanisme exceptionnel pour précipiter une mort déjà imminente, dans le but de mettre fin à la souffrance d'une personne en fin de vie et de respecter son autonomie dans les dernières étapes de sa vie. Comme la professeure Catherine Frazee l'a fait remarquer, la proposition d'élargissement de la portée du projet de loi C-7 n'est rien de moins qu'une réinvention de l'aide médicale à mourir [TRADUCTION] « afin qu'elle ne soit plus une alternative à une mort douloureuse, mais plutôt, pour certains, une alternative à une vie douloureuse »; le projet de loi C-7 a pour conséquence le fait [TRADUCTION] « d'embrasser sans réserve la notion que la souffrance associée à l'invalidité est un fardeau plus lourd que la mort et que la fin d'une telle vie est un “avantage” qui mérite d'être protégé par la loi<sup>38</sup> ».

Dans l'arrêt *R. c. Latimer*, la Cour suprême a insisté sur le fait que « Tuer quelqu'un – dans le but de mettre fin à la douleur produite par un état de santé physique ou mental qui peut être traitée par des soins médicaux – n'est pas une réaction proportionnée au mal que constitue une douleur qui ne met pas la vie en danger et qui résulte de cet état de santé<sup>39</sup> ». L'ACD craint que le projet de loi C-7 n'abandonne ce principe en acceptant que mettre fin à une vie est une réponse appropriée aux souffrances qui ne mettent pas la vie en danger, même si elles sont attribuables à un problème de santé qui peut être traité par des soins médicaux, du moins dans certains contextes. Cela crée un risque de préjudice psychologique profond contre les personnes handicapées en appuyant implicitement le point de vue selon lequel la souffrance liée à un handicap dans la *vie* est un sort pire que la mort. La loi doit protéger les patients non seulement contre les pressions sociales qui les poussent à choisir la mort, mais aussi contre la discrimination ou les préjugés en lien avec le fait de choisir de vivre<sup>40</sup>.

---

<sup>37</sup> The law requires two independent witnesses to the signing of a testator's will. See, for example, the *Succession Law Reform Act*, R.S.O. 1990, c. S.26, s. 4 (1)(b), which states that a will is not valid unless the “testator makes or acknowledges the signature in the presence of two or more attesting witnesses present at the same time.” An exception is made for holograph wills, i.e. those made “wholly by [a testator's] own handwriting or signature” (s. 6).

<sup>38</sup> Catherine Frazee, “Remarks for End of Life, Equality & Disability: A National Forum on Medical Assistance in Dying”, Council of Canadians with Disabilities and the Canadian Association for Community Living (January 31, 2020) online: <<https://vimeo.com/388515714>>.

<sup>39</sup> *R v Latimer*, 2001 SCC 1, [2001] 1 SCR 3 at para 41 (emphasis added).

<sup>40</sup> See Derek Ross, “The fundamental risk of expanding Medical Assistance in Dying”, Policy Options (February 19, 2020) online: <<https://policyoptions.irpp.org/magazines/february-2020/the-fundamental-risk-of-expanding-medical-assistance-in->

## Non-respect des mesures de protection existantes

L'ACD est profondément préoccupée par les rapports qui font état d'un manque de respect des lois *actuelles* sur l'AMM. Cette situation a été constatée en Ontario et au Québec, où la majorité des interventions d'AMM sont effectuées. En date d'août 2018, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario a signalé qu'après avoir examiné 2 000 cas d'administration d'une aide médicale à mourir, [TRADUCTION] « l'examen a révélé quelques préoccupations, parfois récurrentes, en ce qui concerne la conformité aux dispositions du *Code criminel* et aux attentes de l'organisme de réglementation<sup>41</sup> ». De même, des rapports provenant du Québec ont confirmé que, chaque année, de multiples cas d'AMM comportent des éléments non conformes aux dispositions du *Code criminel* ou aux exigences des organismes de réglementation. Plus précisément, entre juillet 2017 et mars 2018, il y a eu 19 cas d'AMM qui n'étaient pas conformes aux lois fédérales et provinciales<sup>42</sup>, et 13 cas entre avril 2018 et mars 2019<sup>43</sup>. Des 1 374 cas examinés par la Commission sur les soins de fin de vie du Québec entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2018, seulement 90 % ont eu lieu conformément à la loi, et au moins 5 % (62 cas) comportaient une infraction à la loi. Il était impossible de vérifier si la loi a été respectée pour les 5 % restants (67 cas)<sup>44</sup>.

De plus, le Bureau de l'enquêteur correctionnel a récemment examiné trois cas connus d'AMM dans les services correctionnels fédéraux et a constaté que « [c]hacun de ces cas soulève des questions fondamentales au sujet du consentement, du choix et de la dignité<sup>45</sup> ». Deux des affaires portaient sur « une série d'erreurs, d'omissions, d'inexactitudes, de retards et de mauvaises applications de la loi et des politiques<sup>46</sup> ». Il était question d'un homme qui, après avoir demandé une libération conditionnelle totale, une semi-liberté et une libération conditionnelle pour des raisons de compassion et s'être vu refuser chaque fois, a fini par « choisi[r] » l'aide médicale à mourir non pas parce qu'il s'agissait de son « souhait », mais plutôt

---

dying/>. See also, “Lawyers’ Joint Statement – An Open Letter to Parliament re: Bill C-7” signed by over 140 lawyers and law students, online: <https://www.christianlegalfellowship.org/billc-7>

<sup>41</sup> 2018 Chief Coroner of Ontario MAiD Update.

<sup>42</sup> Commission sur les soins de fin de vie, “Rapport annuel d’activités: 1er juillet 2017 – 31 mars 2018”, Gouvernement du Québec (2018) at p 15 [2017-2018 Québec MAiD Report].

<sup>43</sup> Commission sur les soins de fin de vie, “Le rapport annuel d’activités: 1er avril 2018 – 31 mars 2019”, Gouvernement du Québec (October 2, 2019), 1003-20191002 (presented by Danielle McCann, Minister of Health and Social Services) at p 23.

<sup>44</sup> 2017-2018 Québec MAiD Report at p 23. Specific violations included: “The doctor who administered the [assisted death] did not carry out the interviews with the person to ensure the clarity of his request or to ensure the persistence of his sufferings and the consistency of its desire to obtain [MAiD] [9 cases]; The [assisted death] application was countersigned by a person who was not a health or social service professional [5 cases]; The person who obtained the [assisted death] did not have a serious and incurable [disease] [5 cases]; The person who obtained the [assisted death] was not at the end of his life [2 cases]; The doctor who administered the [assisted death] did not carry out the verifications provided for in section 29 of the Act [2 cases]” [unofficial translation].

<sup>45</sup> Ivan Zinger, “2019-2020 Annual Report: Office of the Correctional Investigator”, The Correctional Investigator, Canada (October 27, 2020) at p 2 [2019-2020 Correctional Investigator Annual Report].

<sup>46</sup> 2019-2020 Correctional Investigator Annual Report at p 2.

parce que toutes les autres solutions de rechange lui avaient été refusées, ou parce qu'on les avait éliminées ou on ne les avait simplement pas examinées<sup>47</sup> ».

L'examen de l'enquêteur correctionnel a également révélé qu'« il n'existe aucun mécanisme juridique ou administratif qui permet d'assurer la reddition de comptes ou la transparence relativement à l'aide médicale à mourir au sein des services correctionnels fédéraux<sup>48</sup> ». Il a demandé qu'une enquête indépendante soit menée par un comité d'experts, et a aussi demandé un « moratoire complet sur l'aide médicale à mourir à l'intérieur des pénitenciers fédéraux, sans égard aux circonstances<sup>49</sup> ». L'ACD est tout à fait d'accord avec ces recommandations et exhorte le Comité à les intégrer au projet de loi C-7, surtout compte tenu de l'effet disproportionné des préjudices relevés par l'enquêteur correctionnel sur les membres des collectivités marginalisées qui sont surreprésentés dans les populations carcérales.

Compte tenu des preuves persistantes selon lesquelles les mesures de protection actuelles *ne sont pas* respectées, il est alarmant de constater que le gouvernement cherche à *supprimer* bon nombre de ces mesures au lieu de les renforcer et de les maintenir. Qui enquête sur ces constatations de non-conformité? Et qui recueille et regroupe ces données? L'arrêt *Carter* était fondé sur l'hypothèse que les garanties procédurales seraient « scrupuleusement surveillées et appliquées<sup>50</sup> ». Le gouvernement fédéral a la responsabilité d'examiner les cas de non-conformité signalés et de veiller à ce que les données sur la non-conformité soient recueillies et utilisées pour éclairer les décisions stratégiques futures.

Pour ces raisons, l'ACD exhorte le Parlement à créer un organisme indépendant doté de pouvoirs d'enquête pour examiner spécifiquement les cas de non-conformité aux dispositions du *Code criminel* relatives à l'AMM. Cela est d'autant plus nécessaire étant donné que des membres de la famille se sont vu refuser le droit de comparaître devant les tribunaux pour soulever des préoccupations au sujet de cas particuliers d'AMM avant que la procédure ne soit administrée à leurs proches<sup>51</sup>. La création d'un organisme d'enquête indépendant serait un pas dans la bonne direction pour protéger les patients marginalisés en veillant à ce que les mesures de protection procédurales rigoureuses – dont bon nombre ont été expressément mentionnées dans *Carter*<sup>52</sup> – soient pleinement et correctement respectées en plus de veiller à des mesures de responsabilisation en cas de violations de la loi lorsque la vie humaine est en jeu.

## Conclusion

Bien que les considérations qui peuvent pousser une personne à préférer la mort à la souffrance soient éminemment personnelles, l'AMM demeure un acte social qui a des conséquences

---

<sup>47</sup> 2019-2020 Correctional Investigator Annual Report at p 3.

<sup>48</sup> 2019-2020 Correctional Investigator Annual Report at p 3.

<sup>49</sup> 2019-2020 Correctional Investigator Annual Report at p 4.

<sup>50</sup> *Carter* BCSC at para 883; *Carter* SCC at paras 27, 105.

<sup>51</sup> *Sorenson v Swinemar*, 2020 NSCA 62; see especially paras 63-64, 100, and 152.

<sup>52</sup> *Carter* BCSC at paras 1238-1243, 1367; see also *Carter* SCC at paras 105, 117.

profondes sur les Canadiens marginalisés, les institutions publiques et les attitudes sociétales. De plus, étant donné que les soins de longue durée, le soutien en santé mentale et les soins palliatifs sont inadéquats au pays, des préoccupations importantes persistent sur la question de savoir si l'on peut considérer qu'une personne qui demande l'AMM dans un contexte de manque systémique de soutien et de soins de santé fait un véritable « choix »<sup>53</sup>. Il est irresponsable d'élargir l'accès à l'aide médicale à mourir sans garantir l'accès à d'autres options de soins de santé valables.

Bien qu'il soit possible d'atténuer certaines des conséquences néfastes de l'autorisation de l'AMM en ne l'offrant qu'en contexte de fin de vie et en assurant des mesures de protection rigoureuses tout au long du processus, l'aide médicale à mourir présentera toujours des risques inévitables. Or, dans un contexte où le Canada doit travailler davantage pour assurer un accès continu à des soins adéquats pour ceux qui souhaitent vivre malgré leurs souffrances, le projet de loi C-7 vise à *supprimer* des mesures de protection importantes pour les patients. Non seulement ces changements feraient courir un risque accru à certaines des personnes les plus vulnérables de la société, mais ils feraient aussi du régime canadien d'AMM l'un des plus permissifs au monde.

Tout changement au régime canadien d'AMM doit répondre de façon significative à l'énoncé de fin de mission de l'an dernier de la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, dans lequel M<sup>me</sup> Catalina Devandas-Aguilar a fait part de ses graves préoccupations au sujet des « lacunes importantes » quant à la façon dont tous les ordres de gouvernement canadien [TRADUCTION]« respectent, protègent et respectent les droits des personnes handicapées ». Plus précisément, M<sup>me</sup> Devandas-Aguilar a souligné qu'il n'y avait pas de protocole pour « démontrer que les personnes handicapées ont reçu des solutions de rechange viables lorsqu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir » et qu'elle avait reçu des « plaintes inquiétantes concernant des personnes handicapées dans des institutions qui subissent des pressions pour obtenir de l'aide médicale à mourir, et des praticiens qui ne signalent pas officiellement les cas impliquant des personnes handicapées<sup>54</sup> ».

Nous sommes profondément préoccupés par le fait que non seulement il n'y a pas de protocole en place pour veiller à ce que les patients *aient* accès à des solutions de rechange viables, mais, selon le projet de loi C-7, il n'est même pas nécessaire de *discuter* de solutions de rechange avec certains patients avant de mettre fin à leurs jours. Les dispositions exigeant que les médecins informent les patients des autres options semblent s'appliquer seulement lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible. Nous soutenons respectueusement que ces dispositions devraient s'appliquer pour protéger *tous* les patients.

---

<sup>53</sup> Jonas-Sébastien Beaudry, “What’s missing from the conversation about assisted death”, Policy Options (October 16, 2019), online: <<https://policyoptions.irpp.org/magazines/october-2019/whats-missing-from-the-conversation-about-assisted-death/>>.

<sup>54</sup> Catalina Devandas-Aguilar, “End of Mission Statement by the United Nations Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Ms. Catalina Devandas-Aguilar, on her visit to Canada”, Office of the High Commissioner for Human Rights (April 12, 2019) online: <<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24481&LangID=E>>.

Nous exhortons le gouvernement à répondre en priorité à ces préoccupations et à veiller à ce que les Canadiens reçoivent de l'aide médicale à *vivre* avant d'envisager des modifications visant à élargir ou à supprimer les mesures de protection entourant l'accès à l'aide médicale à mourir.



## Annexe A

### Résumé des recommandations

1. Se reporter à la Cour Suprême du Canada, comme renvoi constitutionnel, et voir les mesures de protection actuelles du projet de loi C-14 qui restreignent l'AMM aux cas où la mort naturelle d'un patient est raisonnablement prévisible.
2. Maintenir l'exclusion de la maladie mentale de la définition législative de « problème de santé grave et irrémédiable » prévue dans le projet de loi C-7.
3. Conserver l'exigence du projet de loi C-14 relative à la période d'attente obligatoire de 10 jours, dans sa forme actuelle, et l'exigence relative à la vérification indépendante par deux témoins de toutes les demandes d'aide médicale présentées.
4. Supprimer les dispositions du projet de loi C-7 qui annulent les exigences importantes et nécessaires du projet de loi C-14 en matière de « consentement final ».
5. Supprimer la disposition du projet de loi C-7 qui permet au fournisseur de soins de santé ou de soins personnels d'un patient d'être un témoin admissible à la demande d'aide médicale à mourir du patient.
6. Répondre à la demande de la rapporteuse spéciale des Nations Unies d'établir un protocole pour « démontrer que les personnes handicapées ont reçu des solutions de rechange viables lorsqu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir », et veiller à ce que cela soit en place *avant* d'envisager d'élargir l'aide médicale à mourir.
7. Enquêter sur les « plaintes inquiétantes concernant des personnes handicapées dans des institutions qui subissent des pressions pour obtenir de l'aide médicale à mourir, et des praticiens qui ne signalent pas officiellement les cas impliquant des personnes handicapées », qui ont été signalées par la rapporteuse spéciale des Nations Unies, et créer un organisme indépendant, dont les membres doivent comprendre des représentants de la communauté des personnes handicapées, pour enquêter sur de tels cas à l'avenir.
8. Appliquer à *tous* les patients les mesures de protection prévues au paragraphe 1(7) du projet de loi C-7, en particulier celles proposées aux par. 3(3,1)g) et h).
9. Ajouter au projet de loi C-7 un libellé qui garantira que toutes les discussions entourant l'aide médicale à mourir sont dirigées par le *patient* et ne sont pas lancées prématurément par le médecin, puisque toute pression subtile exercée sur le patient pour qu'il demande l'aide médicale à mourir – surtout de la part des médecins, qui sont en position d'autorité et de respect – peut miner les principes de dignité humaine et d'autonomie du patient.
10. Conformément aux recommandations du Bureau de l'enquêteur correctionnel :
  - a. Inclure un engagement à confier la tenue d'un examen indépendant à un comité d'experts qui « délibéreront sur les questions éthiques et pratiques relatives à l'aide médicale à mourir dans les établissements de détention, dans le but de proposer des changements aux politiques et aux lois existantes ».
  - b. Imposer « un moratoire complet sur l'aide médicale à mourir à l'intérieur des pénitenciers fédéraux, sans égard aux circonstances ».



## Annexe B

### À propos de l'Alliance des chrétiens en droit

L'Association des chrétiens en droit (« ACD ») est une association caritative nationale regroupant plus de 700 avocats, étudiants en droit, professeurs de droit, juges à la retraite et autres, qui compte des membres dans onze provinces et territoires de plus de 30 confessions chrétiennes.

L'ACD est également une organisation non gouvernementale à statut consultatif spécial auprès du Conseil économique et social des Nations Unies, et elle a comparu devant des comités parlementaires et présenté des mémoires aux gouvernements provinciaux, aux organismes de réglementation et aux tribunaux, y compris les questions d'euthanasie et de fin de vie, de conscience, de liberté religieuse, de droits de la personne et d'autres questions touchant les communautés religieuses et leur accommodement dans une société pluraliste.

L'ACD a acquis une expertise considérable à l'égard des questions sociales et juridiques complexes entourant la légalisation de l'euthanasie et de l'aide médicale à mourir (« AMM ») au Canada. En 2012, la Cour supérieure du Québec a reconnu que l'ACD « possède une expertise importante en philosophie, en moralité et en éthique, matières qui peuvent servir la défense face à la demande de déclaration d'inconstitutionnalité du paragraphe 241b) du *Code criminel*. » (*Leblanc c. Procureur général du Canada* et al, p. 45).

L'ACD a été l'une des rares organisations à intervenir à tous les niveaux de la Cour dans l'arrêt *Carter*, y compris la requête postjugement visant à obtenir une nouvelle prolongation du délai devant la Cour suprême. L'ACD est également intervenue devant les deux paliers de tribunaux dans *D'Amico c. Québec (Procureure générale)* au sujet de la constitutionnalité de la législation sur le suicide assisté du Québec et dans *Truchon c. Procureur général du Canada*.

L'ACD a participé, sur invitation, aux consultations du Comité externe fédéral sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* et du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir. L'ACD a aussi participé aux consultations des collèges médicaux de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick sur cette question. L'ACD a présenté des mémoires juridiques détaillés aux gouvernements de l'Ontario et de l'Alberta en réponse à leur consultation sur la question du suicide assisté et de l'euthanasie. L'ACD a également présenté des mémoires au Comité parlementaire mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, ainsi qu'aux comités permanents de la Chambre des communes et du Sénat sur le projet de loi C-14.