

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

**Repenser l'accès des soins de fin de vie chez les mineurs : pour une plus grande autonomie
des droits et libertés fondamentaux**

Jessica DESCHAMPS-MAHEU
Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai fourni à la Faculté de droit
En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

FÉVRIER 2020
© Jessica Deschamps-Maheu 2020

RÉSUMÉ

Au Canada, une personne souhaitant bénéficier de l'aide médicale à mourir doit être âgée minimalement de 18 ans et être apte à consentir. Également, cette personne doit rencontrer les critères légaux dont ceux de souffrir physiquement ou psychologiquement d'une maladie grave et incurable laquelle se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Dans la mesure où les mineurs, dotés de droits et libertés individuels, peuvent eux aussi éprouver des souffrances constantes et insupportables en raison d'une maladie grave et incurable, nous pouvons raisonnablement nous questionner à savoir pourquoi le législateur a choisi de fixer un âge limite pour bénéficier d'un tel soin. Pour répondre à cette question délicate, l'auteure analysera le cadre juridique applicable aux mineurs et aux majeurs en matière de soins de fin de vie, et ce, tant à l'échelle nationale qu'internationale, en s'appuyant plus particulièrement sur l'exemple de la Belgique et les Pays-Bas. Ensuite, sous l'angle d'une perspective judiciaire et des droits fondamentaux existants, l'auteure proposera une esquisse de solution possible.

ABSTRACT

In Canada, a person seeking medical assistance in dying must be at least 18 years old and capable of giving consent to care. Also, this person must meet the legal criteria, including those of suffering physically or psychologically from a grievous and irremediable medical condition which is characterized by an advanced and irreversible decline in their capacities. Insofar as minors, endowed with individual rights and freedoms, can also experience constant and unbearable suffering due to a serious and incurable illness, we can reasonably question ourselves as to why the legislator chose to set an age limit to benefit from such care. To answer this delicate question, the author will analyze the legal framework applicable to minors and adults in matters of end-of-life care, both nationally and internationally, particularly based on the example of Belgium and the Netherlands. Then, from the angle of a judicial perspective and existing fundamental rights, the author will offer a possible outline solution on this subject.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| LEXIQUE | 1 |
| INTRODUCTION | 3 |
| I. L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES SOINS DE FIN DE VIE AU CANADA : VERS UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE DÉCISIONNELLE POUR LES MINEURS ?..... | 6 |
| A. Les droits reconnus aux citoyens canadiens : existe-t-il une hiérarchie normative entre les mineurs et les majeurs aptes ? | 6 |
| 1. <i>Les droits fondamentaux : reconnaissance du droit à l'accès aux soins de fin de vie chez les majeurs aptes</i> | <i>7</i> |
| a) Le droit à la liberté de conscience et de religion..... | 8 |
| b) Le droit à la vie, liberté et sécurité de la personne | 10 |
| i. Les principes de justice fondamentale | 11 |
| ii. Le droit à la vie | 15 |
| iii. Le droit à la liberté et la sécurité de la personne | 18 |
| c) Le droit à l'égalité de traitement..... | 20 |
| d) La justification de l'atteinte et sa raisonnable | 23 |
| 2. <i>Le droit criminel : décriminalisation de l'aide médicale à mourir et préoccupation relative à la protection des personnes vulnérables</i> | <i>25</i> |
| 3. <i>Le droit civil québécois relatif aux soins : vers un statut égalitaire entre les mineurs et les majeurs aptes ?</i> | <i>32</i> |
| a) Un regard chez les majeurs aptes..... | 32 |
| i. Les principes généraux : l'aptitude et le consentement | 33 |
| ii. L'encadrement spécifique de l'aide médicale à mourir | 37 |
| b) Un regard chez les mineurs : distinction selon l'âge | 40 |
| i. Les mineurs de 14 ans et plus..... | 40 |
| ii. Les mineurs de 14 ans et moins | 44 |

| | |
|--|-----|
| B. Interprétation du droit canadien par les tribunaux : inégalité entre les mineurs et les majeurs aptes quant à leur autonomie décisionnelle en matière de soins | 45 |
| 1. <i>Les majeurs aptes en fin de vie : reconnaissance d'un droit absolu en matière décisionnelle</i> | 45 |
| 2. <i>Les mineurs en fin de vie : positionnement du juge face aux conflits de valeurs entre les familles et le corps médical</i> | 55 |
| a) À l'échelle provinciale : une question d'âge pour la majorité médicale | 56 |
| i. Les mineurs de 14 ans et plus..... | 56 |
| ii. Les mineurs de 14 ans et moins | 58 |
| b) À l'échelle nationale : une question de maturité pour la majorité médicale..... | 61 |
| II. APPROCHE COMPARÉE RELATIVE AUX SOINS EN FIN DE VIE CHEZ LES MINEURS | 67 |
| A. Regard sur l'encadrement juridique néerlandais | 67 |
| 1. <i>Majorité médicale établie à 12 ans dans un contexte de fin de vie</i> | 70 |
| 2. <i>Des cas exceptionnels pour les enfants de 12 ans et moins</i> | 72 |
| B. Regard sur l'encadrement juridique belge | 76 |
| 1. <i>Aucun critère d'âge requis chez les Belges</i> | 79 |
| III. SOMMES-NOUS PRÊTS À RECONNAÎTRE LE DROIT EN FIN DE VIE CHEZ LES MINEURS : ESQUISSE D'UNE SOLUTION POSSIBLE ? | 84 |
| A. L'étendue de cette pratique aux mineurs : existe-t-il un consensus? | 84 |
| B. Esquisse d'une solution possible | 92 |
| 1. <i>La question délicate de l'âge</i> | 94 |
| CONCLUSIONS | 97 |
| ANNEXE I | 101 |
| ANNEXE II | 109 |
| BIBLIOGRAPHIE | 111 |

LEXIQUE

L'abondante littérature sur les questions des soins de fin de vie utilise différentes terminologies susceptibles de porter à confusion. Ainsi, les définitions utilisées pour les fins de cet essai, sont tirées, pour la plupart, du rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité¹ de même que la *Loi concernant les soins de fin de vie*²(ci-après « Loi québécoise »). Certaines définitions ont été modulées afin qu'elles soient adaptées aux fins de cet essai.

Abstention de traitement : Fait de s'abstenir de prodiguer des soins ou traitements nécessaires pour maintenir la vie de la personne.

Acharnement thérapeutique : Recours à des traitements intensifs dans le but de prolonger la vie d'une personne malade, souvent en stade terminal, et ce, sans espoir réel d'améliorer son état de santé.

Aide au suicide : Fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens pour se suicider.

Aide médicale à mourir : Un soin consistant en l'administration de médicaments (ou substances) par un médecin (ou autre professionnel autorisé) à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances et à causer son décès.

Arrêt de traitement : Fait de cesser ou d'interrompre des traitements susceptibles de maintenir la vie de la personne.

Euthanasie : Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande pour mettre fin à ses souffrances. L'euthanasie volontaire est faite à la demande du patient alors que la non-volontaire est réalisée sans que le patient n'ait exprimé sa volonté.

Euthanasie active : Action ayant pour conséquence de causer la mort d'une personne.

Euthanasie passive : Omission d'agir ayant pour conséquence de causer la mort d'une personne.

Refus de traitement : Fait de refuser de recevoir un soin ou des traitements susceptibles de maintenir en vie la personne.

Soins en fin de vie : Pour les fins de cet essai, les soins en fin de vie comprennent tout soin ou arrêt de soin ayant pour conséquence le décès du patient à courte échéance ou encore, de compromettre gravement la vie du patient³.

¹ MINISTRE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, Rapport, Mars 2012, < <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSMD/mandats/Mandat-12989/index.html>> (consulté le 2 février 2020)

² LRQ, c. S-32.0001 (ci-après « Loi québécoise »)

³ L'article 3 (3) de la Loi québécoise prévoit toutefois que les soins de fin de vie sont : « les soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie et l'aide médicale à mourir ».

Suicide assisté : Fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens pour se suicider.

Sédation palliative continue : Administration d'une médication ou substance à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

Soins palliatifs : Soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les circonstances entourant la mort ne sont pas toujours un processus naturel. Le progrès médical et les avancements scientifiques ont permis de repousser la mort de manière artificielle⁴. Ainsi, est apparu, comme corollaire aux progrès de la médecine, l'acharnement thérapeutique⁵. Cet acharnement, bien qu'il puisse prolonger la vie, la prolonge à quel prix ? Pour plusieurs auteurs ou groupes d'individus, la prolongation de la vie au détriment de leur qualité, et donc d'une mort digne, soulève d'ailleurs un véritable tollé⁶. De plus en plus, le patient souhaite exercer son droit à l'autodétermination et mourir dans la dignité. En revanche, l'État ou encore, le corps médical souhaite protéger la vie de cette personne en lui prodiguant les soins qu'ils estiment nécessaires.

Au fil des années, un revirement majeur s'est toutefois opéré en ce que, pour les majeurs aptes, il ne revient plus aux médecins ou encore, à l'État de décider des soins qui seront prodigués au patient. Le devoir du médecin et de l'État n'est plus de sauver la vie à tout prix, mais plutôt de respecter le choix d'un patient majeur et apte⁷. Ce dernier peut dorénavant décider d'accepter ou de refuser des soins, et ce, peu importe les conséquences découlant de cette décision mortelle. Comme le mentionne l'honorable Delisle, j.c.a., dans l'affaire de *l'Institut Philippe Pinel de Montréal*⁸, « les notions d'autonomie et d'autodétermination sont venues bouleverser l'éthique médicale »⁹.

⁴ COMMISSION SPECIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITE, Rapport du Comité de juriste experts, Janvier 2013, en ligne : <https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/rapport_comite_juristes_experts.pdf> (consulté le 5 novembre 2019) (ci-après : « Comité de juristes experts »)

⁵ Bérangère LEGROS, *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation. L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie*, thèse de droit privé, Les Études hospitalières, Collection Tout Savoir sur, 1999, Bordeaux, p. 66.

⁶ Bérangère LEGROS, *Les « droits » des malades en fin de vie*, thèse de droit privé, Université de Lille II, Les Études hospitalières, Collection de Thèses, 1999, Bordeaux-Centre, p. 180.

⁷ Jean Louis BAUDOIN, *Rapport de synthèse*, dans Travaux de l'Association Henri Capitant, *Le droit de la santé : aspects nouveaux. Journées suisses*, Éditions Bruylant, Tome LIX/2009, Bruxelles et Paris, 2002, p. 13.

⁸ *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA),

⁹ *Id.*, p.9.

Dans ce sens, en 2015, au Québec, puis plus récemment, en 2016, au Canada, deux lois encadrant les soins en fin de vie, et plus particulièrement l'aide médicale à mourir, entrent en vigueur, à savoir la Loi québécoise et la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*¹⁰ (ci-après : « Loi fédérale »). Ces lois reconnaissent le droit d'une personne de choisir le moment et la manière de mourir, et ce, sous réserve du respect de certaines conditions soit d'être une personne majeure, apte, souffrante et présentant une maladie grave et incurable.

Contrairement à la Belgique et aux Pays-Bas, notre pays a choisi d'exclure de ce régime les personnes mineures. Ceci n'est pas étonnant puisque, contrairement au reste du Canada, le Québec ne reconnaît pas au « mineur mature »¹¹ une autonomie décisionnelle en matière de soins, et ce, lorsque sa décision peut lui être préjudiciable. Le caractère sacré de la vie est grandement protégé pour ce groupe d'individus, considéré comme vulnérable, et ce, au détriment des autres droits fondamentaux. Pourtant, tout comme les personnes majeures, les mineurs sont titulaires de droits fondamentaux dont aucune inégalité ne devrait y découler. Qui plus est, ceux-ci peuvent également éprouver des souffrances intolérables en raison d'une maladie ou d'une affection. Comme le mentionne Me Jean-Pierre Ménard : « il n'y a pas de raison qu'on laisse un enfant souffrir quand la médecine n'a plus rien à lui offrir », il y a possiblement un moyen juridique de leur permettre ce soin si « on (le) la balise convenablement »¹².

Ainsi, ces constats et ces propos nous ont amené à nous questionner sur l'encadrement des soins de fin de vie chez les mineurs, et ce, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Plus particulièrement, nous tenterons de répondre à la question suivante : est-il légitime de ne pas permettre ce soin aux mineurs sur la base exclusive de leur âge ou encore, de leur statut ? Pour alimenter la présente réflexion, nous analyserons l'état du droit canadien en matière de soins de fin de vie, et ce, tant chez les mineurs que les majeurs aptes. Ensuite, un examen jurisprudentiel

¹⁰ LC. 2016 c 3 (ci-après : « Loi fédérale »)

¹¹ Le « mineur mature » est un concept issu de la *Common Law*. Essentiellement, on reconnaît au mineur capable une certaine autonomie décisionnelle, selon le développement de son intelligence et de sa compréhension, et ce, même lorsqu'une décision peut lui être préjudiciable (*A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, [2009] 2 R.C.S. 181, par. 124 et 125.

¹² Jean-Luc BOUCHARD, « Aide médicale à mourir : devrait-on inclure les mineurs » *Radio-Canada*, le 23 juin 2016, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/economie/emploi/420549/bureau-des-presidents-de-conseil-de-discipline-le-conseil-interprofessionnel-presse-le-gouvernement-d-agir>> (consulté le 8 février 2020)

sera effectué et nous analyserons la façon dont les tribunaux appliquent généralement le droit en regard des volontés des mineurs et/ou des parents. Finalement, à la lumière d'une approche comparée entre le cadre légal au Canada et le droit étranger, la Belgique et les Pays-Bas, nous proposerons une esquisse de solution pour déterminer des balises juridiques possibles en matière de soins en fin de vie chez les mineurs.

I. L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES SOINS DE FIN DE VIE AU CANADA : VERS UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE DÉCISIONNELLE POUR LES MINEURS ?

Dans cette section, nous ferons un balayage du droit positif existant en regard des soins en fin de vie au Canada et ensuite, analyserons la façon dont les tribunaux canadiens ont appliqué le droit, et ce, tant pour les majeurs que pour les mineurs. Essentiellement, cette section vise à déterminer, sous l'angle d'une perspective judiciaire, ce qui pourrait permettre l'accès aux soins en fin de vie aux mineurs.

A. Les droits reconnus aux citoyens canadiens : existe-t-il une hiérarchie normative entre les mineurs et les majeurs aptes ?

Nous verrons, via l'évolution jurisprudentielle des droits fondamentaux, que certaines personnes se révoltent notamment en refusant les soins ou en contestant les lois devant les tribunaux, et ce, car elles n'acceptent pas de souffrir. Les patients revendiquent un droit à l'autonomie devant les traitements auxquels ils doivent se soumettre¹³. Tout comme notre droit civil le reconnaît¹⁴, nos Chartes, soit la Charte des droits et libertés de la personne¹⁵ (ci-après « Charte québécoise ») et la Charte canadienne des droits et libertés de la personne¹⁶ (ci-après « Charte canadienne »), reconnaissent notamment l'importance de l'autonomie décisionnelle dans notre système judiciaire¹⁷. Cependant, nous pouvons raisonnablement nous questionner au sujet des droits pouvant être invoqués par un patient, tant mineur que majeur. Plus particulièrement, les mineurs jouissent-ils des mêmes droits que les majeurs aptes dans un contexte de soins en fin de vie ? Cette section nous permettra de le déterminer.

¹³ Bérangère LEGROS, *Les « droits » des malades en fin de vie*, préc., note 6, p. 178.

¹⁴ *Code civil du Québec*, LRQ, c. C-1991, art. 10 (ci-après : C.c.Q.)

¹⁵ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12 (ci-après : « Charte québécoise »)

¹⁶ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.) (ci-après : « Charte canadienne »)

¹⁷ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519, p. 554.

1. *Les droits fondamentaux : reconnaissance du droit à l'accès aux soins de fin de vie chez les majeurs aptes*

Le dernier quart du XX^e siècle se caractérise par l'introduction des Chartes dans notre droit canadien et québécois. En 1975, la Charte québécoise entre en vigueur¹⁸. Celle-ci reconnaît à tous les citoyens québécois un ensemble de droits fondamentaux qui ont préséance sur toute autre loi québécoise¹⁹. Un peu plus tard, en 1982, la Charte canadienne est enchâssée dans notre constitution canadienne²⁰. Prévus dans cette dernière, celle-ci n'est pas une loi ordinaire en ce qu'elle ne tire pas son origine d'une compétence législative du gouvernement. Elle a donc pour effet d'attribuer un statut constitutionnel aux droits et libertés y étant énoncés²¹.

Tous les droits et libertés enchâssés dans nos Chartes doivent être respectés²². Cependant, ceux-ci ne sont pas absolus puisque les gouvernements peuvent y porter atteintes. De manière exceptionnelle, ces droits et libertés peuvent être restreints par une règle de droit, et ce, dans la mesure où il est établi que cette restriction est raisonnable et que sa justification peut se démontrer dans une société libre et démocratique (article 1 de la Charte canadienne).

Les règles de droit doivent s'exercer selon l'évolution de notre société en fonction des spécificités culturelles et sociales de notre pays et/ou province. En vertu des principes d'interprétation libérale, téléologique et contextuelle²³, la Cour peut faire évoluer la portée des droits et libertés protégés par nos Chartes et même, réviser certaines décisions dans lesquelles les principes énoncés ne reflètent plus les valeurs et l'évolution de notre société.

Au fil des années, les droits fondamentaux conférés par les Chartes ont évolué. Ce qui pouvait être jugé immoral ou inacceptable il y a plusieurs années peut désormais être accepté par

¹⁸ Soulignons que la Charte québécoise régit non seulement les actions de l'État et les autorités publiques québécoises, mais également les rapports entre les citoyens.

¹⁹ L'article 52 de la Charte québécoise prévoit qu' : « Aucune disposition d'une loi, même postérieure à la Charte, ne peut déroger aux articles 1 à 38, sauf dans la mesure prévue par ces articles, à moins que cette loi n'énonce expressément que cette disposition s'applique malgré la Charte ».

²⁰ Soulignons que la Charte canadienne s'applique seulement à l'action de l'État et aux autorités publiques

²¹ Henri BRUN, Pierre BRUN et Fannie LAFONTAINE, *Alter ego - Charte des droits de la personne*, 32^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2019, p. 33.

²² Article 1 de la Charte canadienne et article 9.1 de la Charte québécoise.

²³ Henri BRUN, Pierre BRUN et Fannie LAFONTAINE, *Alter ego - Charte des droits de la personne*, préc., note 21, p. 35.

l'ensemble de la communauté²⁴. En matière de soins, les dispositions les plus souvent invoquées par ceux qui ont souhaité faire reconnaître leurs droits fondamentaux sont les articles 2a) 7 et 15 de la Charte canadienne²⁵. Cependant, à cet égard, peu de décisions ont été rendues²⁶. Dans le contexte particulier de l'aide médicale à mourir, ces droits ont fait l'objet d'un examen attentif dans les affaires *Rodriguez, Carter* et plus récemment, *Truchon*. À ce jour, au Canada, aucune revendication d'une telle nature n'a été faite par un mineur ou encore, son titulaire de l'autorité parentale.

Pour les fins de cette section, nous analyserons les principes généraux applicables aux divers droits fondamentaux pouvant être invoqués dans un contexte de fin de vie et verrons, la façon dont les tribunaux ont interprété ces droits au fil des années.

a) Le droit à la liberté de conscience et de religion

L'article 2 a) de la Charte canadienne²⁷ prévoit que tous les individus sont titulaires de libertés fondamentales dont la liberté de conscience et la liberté de religion.

En matière de consentement aux soins, ce droit est souvent invoqué par les patients pour justifier un refus de traitement sur la base de leur conviction religieuse. Sans invoquer expressément cette disposition de la Charte canadienne, plusieurs décisions ont été rendues à ce sujet et plus particulièrement, dans le contexte de refus de transfusion sanguine chez un patient (ou le parent, via le consentement substitué) témoin de Jéhovah.

Selon notre droit civil, le respect de ce refus, pour des motifs religieux, diffère selon l'âge de la personne, soit si celui-ci est exprimé par un majeur apte ou un mineur (ou son parent). Ainsi, le majeur apte et témoin de Jéhovah peut refuser une transfusion sanguine pour des motifs religieux, et ce, même si cette décision lui est préjudiciable ou a pour effet de causer la mort²⁸. Ce

²⁴ Lucie JONCAS, « De Rodriguez à Carter : un long pèlerinage vers la décriminalisation de l'aide médicale au suicide » dans S.F.C.B.Q., *Les soins de fin de vie (dans la foulée de la récente décision de la Cour suprême)(2015)*, Cowansville, Édition Yvon Blais EYB 2015DEV2241.

²⁵ L'équivalent pour ces articles dans la Charte québécoise sont respectivement les articles 3, 1 et 10.

²⁶ Comité de juristes expert, préc., note 4, p. 117.

²⁷ Rappelons qu'au sein de la Charte québécoise, son corolaire est l'article 3.

²⁸ *Malette v. Shulman (Ont. C.A.)*, 1990 CanLII 6868 (ON CA).

droit n'est pas reconnu pour le mineur. Pourtant, bien qu'il y ait certaines restrictions énoncées dans le *Code civil du Québec* qui vont dans ce sens (ci-après : « C.c.Q. »)²⁹, sur le plan purement théorique, en vertu des droits prévus dans nos Chartes, aucune distinction n'est faite à cet égard.

La jurisprudence a précisé l'étendue du droit des parents d'éduquer et d'élever leurs enfants selon leurs convictions personnelles et leurs croyances religieuses, dont celui de choisir les traitements médicaux. Bien que ce droit soit un aspect fondamental de la liberté de religion garantie par l'article 2a) de la Charte canadienne de même que l'article 7 de de cette même Charte³⁰, il n'est certainement pas absolu lorsque la décision prise a une incidence sur les droits fondamentaux d'autrui. À cet effet, dans l'arrêt *P. (D.) c. S. (C.)*, le juge L'Heureux-Dubé écrit, à titre d'opinion :

Comme la Cour l'a réitéré à maintes occasions, la liberté de religion, comme toute liberté, n'est pas absolue. Elle est limitée de façon inhérente par les droits et libertés des autres. Alors que les parents sont libres de choisir et de pratiquer la religion de leur choix, ces activités peuvent et doivent être restreintes lorsqu'elles contreviennent au meilleur intérêt de l'enfant, sans pour autant violer la liberté de religion des parents³¹.

Dans ce même sens, en citant les propos tenus par le Juge Whealy, l'honorable La Forest, rappelle, dans *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto* que les droits protégés par l'article 7 de la Charte canadienne ne sont certainement pas protégés « lorsque la vie d'un enfant en bas âge, totalement incapable de prendre une décision, est en danger, et que ses parents refusent qu'on lui administre le traitement indiqué »³².

Au même titre, toujours dans ce même jugement, les juges de la majorité concluent que la liberté de religion d'un parent ne l'autorise pas à imposer à son enfant des pratiques religieuses qui pourraient menacer sa vie, sa santé ou sa sécurité. Les juges appuient leur décision sur le fait que l'enfant n'a pas choisi lui-même d'adhérer à la foi des témoins de Jéhovah et donc : « La « liberté

²⁹ Nous verrons plus loin (section 1B) que les mineurs ne sont pas dotés des mêmes droits que les majeurs en matière de consentement aux soins. Il acquière davantage d'autonomie en fonction de leur âge, mais ne peuvent pas consentir à des soins qui ont pour effet de porter atteinte à leur vie.

³⁰ Voir notamment : *R. c. Jones*, [1986] 2 R.C.S. 284. Soulignons que le droit des parents d'éduquer leur enfant comme ils l'entendent est souvent garanti également sous le couvert de l'article 7 de la Charte canadienne. En effet, ce droit est interprété comme étant une « liberté » laquelle peut être un droit protégé par les deux dispositions. Cependant, nous allons expliquer ce droit dans cette section et nous n'en discuterons pas dans la section relative à l'article 7 de la Charte canadienne.

³¹ *P.(D). c. S. (C.)*, [1993] 4 R.C.S. 141, p. 124.

³² *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto* [1995] 1 R.C.S. 315, par. 54.

de religion » ne devrait pas comprendre une activité qui nie aussi catégoriquement la « liberté de conscience » d'autrui »³³.

Dans l'affaire *Young*³⁴, le juge McLachlin adopte une position similaire en ce qu'il conclut que le droit prévu à l'article 2 a) de la Charte canadienne n'est pas protégé lorsque la conduite ou la décision du parent comporte un risque de préjudice sérieux pour l'enfant³⁵.

Ainsi, il nous apparaît clair que la protection prévue à l'article 2a) de la Charte canadienne ne comprend pas le refus des parents à ce que son enfant subisse une transfusion sanguine si cette décision peut engendrer des conséquences fatales. Autrement dit, ce droit fondamental n'est pas protégé lorsqu'il empiète sur le droit à la vie et à la sécurité d'un enfant et que les conséquences d'un tel refus ne sont pas dans son meilleur intérêt³⁶.

b) Le droit à la vie, liberté et sécurité de la personne

Le droit à la vie, liberté et sécurité de la personne est un droit fondamental enchâssé dans l'article 7 de la Charte canadienne³⁷. Bien que le droit à la vie, liberté et sécurité de la personne soit des droits distincts, les tribunaux interprètent souvent ces droits comme étant un ensemble. Il suffit qu'un seul de ces droits fassent l'objet d'une atteinte pour conclure qu'il y a une violation au sens de cet article³⁸.

Avant d'analyser l'interprétation qu'ont donnée les tribunaux relativement à cette disposition, il convient de préciser que, contrairement aux autres dispositions, une personne qui invoque la

³³ *Id.*, par. 231

³⁴ *Young c. Young*, [1993] 4 R.C.S. 3

³⁵ *Id.*, p. 122.

³⁶ *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, préc., note 32, par. 231 et 232.

³⁷ Charte canadienne, préc., note 16, art.7; et Charte québécoise, préc., note 15, art.1. Le libellé de l'article 7 énonce : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ». En revanche, l'article 1 de la Charte québécoise prévoit que : « Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ». Même si les termes utilisés diffèrent légèrement, la protection demeure la même, soit de protéger le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.

³⁸ Voir notamment : *Singh c. Ministère de l'Emploi et de l'immigration* [1985] 1 R.C.S. 177 ; *Renvoi Motor Vehicle Act de la C-B.*, [1985] 2 R.C.S. 486, *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)* 2019 QCCS 3792, par. 512 et 513.

violation d'un droit prévu à cet article doit franchir deux étapes avant d'analyser le respect de l'article 1 de la Charte canadienne³⁹, à savoir : la preuve de l'atteinte et ensuite, la contravention aux principes de justice fondamentale⁴⁰.

Dans un premier temps, nous expliquerons les principes de justice fondamentale et ce que le demandeur doit établir. Par la suite, nous analyserons, dans deux sections distinctes, la façon dont le droit à la vie et le droit à liberté et à la sécurité de la personne ont été interprétés par les tribunaux.

i. Les principes de justice fondamentale

L'article 7 de la Charte canadienne ne définit pas de quels principes de justice fondamentale il s'agit. Cependant, au fil des années, la jurisprudence les a définis. Essentiellement, les lois qui portent atteinte à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne ne doivent pas être arbitraires, avoir une portée excessive ou engendrer des conséquences totalement disproportionnées à leur objet.

À cet effet, dans l'arrêt *Bedford*⁴¹, la Cour rappelle que l'analyse fondée sur l'article 7 doit être axée sur les droits des demandeurs eux-mêmes et non, à l'ensemble de la population. Dans le même sens, en faisant référence à l'arrêt *Bedford*, dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada écrit :

[...] Lorsqu'ils déterminent si la privation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne est conforme aux principes de justice fondamentale visés à l'art. 7, les tribunaux ne s'intéressent pas à des intérêts sociaux opposés ou aux avantages publics que procure la loi attaquée. Il convient plutôt d'étudier ces prétentions morales opposées et avantages généraux pour la société à l'étape de la justification au regard de l'article premier de la Charte (*Bedford*, par. 123 et 125)⁴². [Nos soulignés]

Ainsi, pour être en mesure d'analyser si une loi est contraire aux principes de justice fondamentale, il faut d'abord déterminer quel est l'objectif de la loi. Les objectifs d'une loi ne

³⁹ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 116 à 118.

⁴⁰ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc. note 38, par. 512.

⁴¹ *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101.

⁴² *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 RCS 331, par. 79.

doivent pas être pris trop largement. La formulation de l'objectif ne doit pas aller au-delà du champ d'application de l'article⁴³. Afin de déterminer l'objectif de la loi, la Cour suprême précise ce qui suit dans les arrêts *Moriarity* et *Safarzadeh-Markhali* :

1. Il ne faut pas confondre l'objectif et le moyen retenu pour l'atteindre⁴⁴;
2. L'objectif de la règle de droit doit être qualifié en fonction du bon degré de généralité, donc pas trop largement ni trop strictement⁴⁵;
3. L'objectif doit être succinct et précis⁴⁶;
4. L'analyse ne se soucie pas du caractère approprié de l'objectif législatif⁴⁷.

Certains éléments peuvent guider les tribunaux dans la recherche de l'objectif véritable de la loi. Il peut s'agir, par exemple, d'étudier l'énoncé de l'objectif dans le texte de loi ou encore, d'étudier le texte, le contexte et l'économie d'une loi. Il est également possible de recourir à des éléments de preuves extrinsèques dont l'historique d'un texte de loi et son évolution⁴⁸.

À titre indicatif, en ce qui a trait à la question de l'aide médicale à mourir et plus particulièrement, la Loi fédérale⁴⁹, selon le procureur général du Canada, les objectifs de la loi s'articulent ainsi :

- a) Affirmer la valeur inhérente et l'égalité de chaque vie humaine et éviter d'encourager les perceptions négatives au sujet de la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées.
- b) Reconnaître que le suicide constitue un important enjeu de santé publique qui peut avoir des conséquences néfastes et durables sur les personnes, les familles et les collectivités.
- c) Protéger les personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse⁵⁰.

Relativement aux deux premiers objectifs de la loi, en se basant sur les principes élaborés dans l'arrêt *RJR-MacDonald*⁵¹, la Cour supérieure, dans l'arrêt *Truchon*, conclut que les objectifs

⁴³*Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 77.

⁴⁴*R. c. Moriarity*, [2015] 3 R.C.S. 485, par. 27 ; *R. c. Safarzadeh-Markhali*, [2016] 1 R.C.S. 180, par. 26.

⁴⁵*Id. Moriarity*, par. 28; *Safarzadeh-Markhali*, par. 27.

⁴⁶*Id. Moriarity*, par. 29; *Safarzadeh-Markhali*, par. 28.

⁴⁷*Id. Moriarity*, par. 30; *Safarzadeh-Markhali*, par. 29.

⁴⁸*Id. Moriarity*, par. 31; *Safarzadeh-Markhali*, par. 31.

⁴⁹Soulignons que l'article 241 (2) d) a été déclaré inconstitutionnel.

⁵⁰*Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 551.

⁵¹*RJR-MacDonald Inc. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 199.

énoncés sont trop larges et constituent des vecteurs d'affirmation de valeur ou d'enjeux sociaux⁵². Ainsi, la juge Baudouin précise que l'objectif de la loi est le même que celui identifié dans l'arrêt *Carter* soit celui de : « protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de faiblesse »⁵³.

Ainsi, une fois l'objectif de la loi établi, il convient de déterminer si la disposition est conforme aux principes de justice fondamentale (arbitraire, excessive ou disproportionnée à leur objet).

Quant au caractère **arbitraire**, la disposition contestée devient arbitraire lorsqu' « elle ne permet pas la réalisation de ses objectifs, lorsqu'il n'existe pas de lien rationnel entre son objet et la limite qu'elle impose aux droits garantis par l'article 7 de la Charte »⁵⁴. Quant à la portée **excessive**, dans l'arrêt *R. c. Heywood*⁵⁵, la Cour suprême écrit :

L'analyse de la portée excessive porte sur les moyens choisis par l'État par rapport à l'objet qu'il vise. Lorsqu'il examine si une disposition législative a une portée excessive, le tribunal doit se poser la question suivante: ces moyens sont-ils nécessaires pour atteindre l'objectif de l'État? Si, dans un but légitime, l'État utilise des moyens excessifs pour atteindre cet objectif, il y aura violation des principes de justice fondamentale parce que les droits de la personne auront été restreints sans motif. Lorsqu'une loi a une portée excessive, il s'ensuit qu'elle est arbitraire ou disproportionnée dans certaines de ses applications⁵⁶. [Nos soulignés]

Ce critère a été analysé par la Cour suprême du Canada en 2016, dans l'arrêt *R. c. Safarzadeh-Markhali*. Dans cet arrêt, la Cour explique qu'une disposition peut être inconstitutionnelle du fait de sa portée excessive si elle porte atteinte à la liberté de certaines personnes pour des raisons qui sont étrangères à son objectif⁵⁷.

La Cour suprême du Canada nous rappelle, dans l'arrêt *Moriarity*, que l'analyse de la portée excessive ne s'intéresse pas au caractère approprié de l'objectif, mais plutôt « le rapport entre

⁵² *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 555.

⁵³ *Id.*, par. 551.

⁵⁴ *Id.*, par. 565.

⁵⁵ *R. c. Heywood*, [1994] 3 R.C.S. 761.

⁵⁶ *Id.*, p. 792 et 793.

⁵⁷ *R. c. Safarzadeh-Markhali*, préc., note 44, par. 22

l'objectif de la règle de droit et ses effets concrets »⁵⁸. Autrement dit, « l'analyse demeure axée sur l'objectif lui-même »⁵⁹.

Dans *Carter*, la Cour rappelle que:

[i]l ne s'agit pas de savoir si le législateur a choisi le moyen le moins restrictif, mais de savoir si le moyen choisi porte atteinte à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne d'une manière qui n'a aucun lien avec le mal qu'avait à l'esprit le législateur⁶⁰. [Nos soulignés]

Ainsi, une disposition législative a une portée excessive lorsque celle-ci « va trop loin en voulant réaliser son objet »⁶¹. Toujours en lien avec cette question, la juge McLachlin écrit dans l'arrêt *Rodriguez*:

[...] Les principes de justice fondamentale exigent que chacun individuellement soit traité équitablement par la loi. La crainte d'abus possibles si on permet à un individu ce qui lui est refusé à tort n'est aucunement pertinente à cette étape initiale⁶². [Nos soulignés]

Finalement, quant au caractère totalement **disproportionné**, la juge Baudouin écrit, dans l'arrêt Truchon :

on conclura à une contravention à ce troisième principe de justice fondamentale, si l'effet de la restriction sur la vie, la liberté ou la sécurité des demandeurs se révèle totalement disproportionné à l'objet de la mesure [Carter, par. 89 et 90]. Il convient donc pour analyser ce principe de comparer l'objet de la mesure « de prime abord »[« at face value »] et ses effets préjudiciables sur les droits de M. Truchon et de Mme Gladu afin de déterminer si cette incidence est sans rapport aucun avec l'objet de la loi [Bedford, par. 125 et Carter, par. 89]⁶³ [Nos soulignés].

Pour être conforme à ce troisième principe de justice fondamentale, l'objet de la loi peut être disproportionné. Il ne peut toutefois pas être totalement disproportionné et « ainsi perdre tout rapport avec son objet »⁶⁴.

⁵⁸ *R. c. Moriarity*, préc., note 44, par. 27

⁵⁹ *Id.*

⁶⁰ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 85.

⁶¹ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 570.

⁶² *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 37, par. 213 et 214.

⁶³ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 578.

⁶⁴ *Id.*, par. 579.

ii. Le droit à la vie

Notre droit reconnaît l'importance du caractère sacré de la vie. Les fondements de ce principe sont d'origine religieuse⁶⁵, lequel est probablement le concept le plus fondamental et normatif de l'éthique du droit⁶⁶. Le terme « sacré » a lui-même une connotation religieuse⁶⁷. Ainsi, de ces origines, « l'homme tire sa valeur et son caractère sacré de Dieu et non pas d'une qualité intrinsèque ou d'une aptitude qui lui est propre »⁶⁸. Il appartient donc à Dieu de déterminer lorsqu'une vie doit être cessée et toute atteinte à ce principe constitue une contradiction à la volonté de Dieu⁶⁹.

Dans l'affaire *Airedale*⁷⁰, la Cour souligne la dichotomie réelle qu'il peut y avoir entre l'autodétermination et la protection de la vie de l'enfant :

A conflict between the principles of the sanctity of life and the individual's right of self-determination may therefore require a painful compromise to be made⁷¹.

Plus loin, la Cour ajoute :

But the sanctity of life is only one of a cluster of ethical principles which we apply to decisions about how we should live. Another is respect for the individual human being and in particular for his right to choose how he should live his own life. We call this individual autonomy or the right of self-determination. And another principle,

⁶⁵ GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, « Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit : étude écrite pour la Commission de réforme du droit du Canada », 2011, p. 231, en ligne : <<http://www.lareau-legal.ca/SanctityFrench.pdf>>(consulté le 12 novembre 2019)

⁶⁶ Edwards W. KEYSERLINGK, *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit : étude écrite pour la Commission de réforme du droit du Canada*, Commission de réforme du droit du Canada, 1979, 2011, p. 3, en ligne : <<http://www.lareau-legal.ca/SanctityFrench.pdf>> (consulté le 12 novembre 2019)

⁶⁷ *Id.*, p. 14.

⁶⁸ *Id.*, p. 11.

⁶⁹ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 179.

⁷⁰ *Airedale NHS Trust v. Bland* (1993) AC789. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, piétiné lors d'un mouvement panique d'une foule dans un match de soccer. Suivant cet incident, il est retrouvé dans un état neurovégétatif. Après l'incident, il est maintenu dans un état végétatif. Il ne pouvait ni voir, ni entendre, ni ressentir quoique ce soit. Seul l'hydratation et l'alimentation par tube nasogastrique permettaient de le maintenir en vie. Les médecins et les parents étaient d'avis que le but poursuivi par les traitements était devenu inutile. S'il y avait arrêt des traitements, le jeune homme décédait dans un délai d'une semaine. En revanche, l'établissement craignant de commettre une infraction criminelle, a déposé une demande à la Cour.

⁷¹ *Id.*, p. 827.

closely connected, is respect for the dignity of the individual human being: our belief that quite irrespective of what the person concerned may think about it, it is wrong for someone to be humiliated or treated without respect for his value as a person.

[...] they are not always compatible with each other. Take, for example, the sanctity of life and the right of self-determination. We all believe in them and yet we cannot always have them both. The patient who refuses medical treatment which is necessary to save his life is exercising his right to self-determination. But allowing him, in effect, to choose to die, is something which many people will believe offends the principle of the sanctity of life. Suicide is no longer a crime, but its decriminalization was a recognition that the principle of self-determination should in that case prevail over the sanctity of life⁷².

En citant les propos de Joan M. Gilmour, la juge Abella, dans l'affaire *A.C. c. Manitoba*, se prononce en ce même sens :

The tension between autonomy and child protection is real, often dramatic, and always painful. It is described by Joan M. Gilmour as follows:

While a mature minor can consent to medically recommended treatment, the extent to which he or she has the power to consent to a treatment that is not beneficial or therapeutic remains unclear. The argument that a minor can only consent to care that would be of benefit (or refuse that which is of little or no benefit) is sometimes referred to as "the welfare principle". It suggests that a mature minor can only make those decisions about medical care that others would consider to be in his or her interests; as such, it challenges the extent of the commitment in law to mature minors' interests in self-determination and autonomy. . .

. . . [The welfare principle] reflects an uneasiness with autonomy as the overriding value that the law advances in this context, rather than protection of the minor's life and health as one who is still vulnerable.⁷³[Références omises].

Comme nous le verrons plus loin, lorsque les tribunaux sont saisis d'une demande d'autorisation de soins qui concerne un mineur inapte, ceux-ci doivent prendre en considération le critère de « l'intérêt supérieur ». Ce principe a pour objet général de guider les tribunaux dans leur décision⁷⁴. En revanche, on présume que le majeur apte est « le meilleur arbitre de sa destinée morale »⁷⁵ et peut prendre des décisions que d'autres n'estimeraient pas dans son meilleur

⁷² *Id.*, p. 851 et 852.

⁷³ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 83.

⁷⁴ *Id.*, p. 81.

⁷⁵ Giles R. SCOFIELD, « Is the Medical Ethicist and "Expert"? », (1994) 3 (3) *Bioethics Bulletin* 1, p. 9 dans *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 81.

intérêt⁷⁶. Le principe du caractère sacré de la vie fait en sorte qu'en cas de doute quant aux décisions devant être prises, plus particulièrement à l'égard d'un mineur ou un majeur inapte, la vie doit être privilégiée⁷⁷.

Pour les majeurs aptes, au fil des dernières années, ce droit fondamental a pris un revirement important en ce que le caractère sacré de la vie laisse désormais place au droit à l'autodétermination de la personne. Dans certaines circonstances, on reconnaît qu'une personne puisse décider de vouloir mettre fin à ses jours. Ainsi, dans l'arrêt *Rodriguez*, le juge Cory, en accord avec l'opinion des juges Lamer, l'Heureux-Dubé, et McLachin, conclut que le droit à la vie inclut le droit à la mort. Plus particulièrement, le Tribunal précise ce qui suit :

La vie d'une personne doit inclure sa mort. [...] Des interdictions édictées par l'État, qui imposeraient une mort atroce et douloureuse à un malade en phase terminale, handicapé et lucide, constitueraient une insulte à la dignité humaine⁷⁸.

À l'époque, malgré l'opinion de la minorité, selon les juges majoritaires, le concept de dignité de la personne n'avait pas atteint un poids suffisamment important pour être protégé suivant les principes de justice fondamentale. La question est toutefois évolutive et dépendra « de l'analyse de la nature, des sources, de la raison d'être et du rôle essentiel de ce principe dans le processus judiciaire à l'époque en cause »⁷⁹.

D'ailleurs, quelques années plus tard, la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *Carter*, circonscrit, de manière ciblée et spécifique, la notion de droit à la vie relativement à la prohibition totale et absolue de l'aide au suicide au Canada⁸⁰. Le tribunal conclut que : « le droit à la vie entre en jeu lorsqu'une mesure ou une loi prise par l'État a directement ou indirectement pour effet d'imposer la mort à une personne ou de l'exposer à un risque accru de mort »⁸¹.

La Cour conclut, bien que la valeur d'une vie humaine soit extrêmement importante, le droit à la vie n'exige pas une prohibition absolue de l'aide médicale à mourir faisant en sorte qu'une

⁷⁶ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 81.

⁷⁷ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 190.

⁷⁸ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 630.

⁷⁹ *Id.*, p. 591 dans *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, préc., note 38, par. 66.

⁸⁰ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 514.

⁸¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 62.

personne doit renoncer à son droit de vivre. Autrement, de l'avis de la Cour, « il en résulterait d'une « obligation de vivre » plutôt qu'un « droit à la vie » »⁸². Lorsque la personne est apte à consentir, le « caractère sacré de la vie n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix »⁸³. Le choix de l'individu doit être respecté.

Pour les mineurs ou encore, les majeurs inaptes, ce droit demeure toujours au cœur des préoccupations sociétales. Bien que les lois actuelles n'aient pas spécifiquement fait l'objet d'une contestation constitutionnelle, pour le moment, notre société n'a pas choisi d'accorder, au même titre qu'aux majeurs, une priorité au droit à la liberté et à la sécurité de la personne au détriment du droit à la vie. Estimant que ce groupe ne soit pas doté d'une capacité suffisante pour prendre des décisions libres et éclairées sur leur avenir, le législateur de même que les tribunaux préfèrent opter pour une approche plus paternaliste et prudente, pour protéger ces personnes dites vulnérables⁸⁴. Nous verrons d'ailleurs plus loin la façon dont les tribunaux ont interprété ces droits dans certains cas⁸⁵.

iii. Le droit à la liberté et la sécurité de la personne

Traditionnellement, les préoccupations relatives au respect de l'autonomie de la personne ainsi que le respect de la dignité de la personne étaient interprétées, par les tribunaux, comme faisant partie des droits à la liberté et à la sécurité de la personne⁸⁶.

Le droit à la liberté prend racine dans les concepts fondamentaux du droit à la dignité humaine et du droit à l'autonomie décisionnelle qui garantissent entre autres le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales sans intervention de l'État⁸⁷. Ce droit n'est pas interprété comme étant limité, par exemple, à la menace d'un emprisonnement arbitraire, mais correspond au droit de prendre des décisions personnelles importantes sur son corps, selon ses volontés et

⁸² *Id.*, par. 63.

⁸³ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 595.

⁸⁴ Voir ANNEXE 1.

⁸⁵ Voir la section IB.

⁸⁶ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 62 et 64; et voir notamment Hamish STEWART, *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, p. 71.

⁸⁷ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 62; et voir également : *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, par. 228.

ses propres valeurs, sans contrainte de l'état⁸⁸. La jurisprudence, dans les cas concernant des personnes majeures aptes, et les Chartes, reconnaissent l'importance de l'autonomie décisionnelle et de l'autodétermination dans notre société⁸⁹.

Cette notion de l'autonomie décisionnelle est liée à une tradition anglo-saxonne postulant la liberté de disposer de son corps⁹⁰. Dans l'arrêt *R. c. Jones*, la juge Wilson, seule dissidente, formule en des termes généraux le concept de liberté comme étant :

[...] la liberté pour l'individu de se développer et de réaliser son potentiel au maximum, d'établir son propre plan de vie, en accord avec sa personnalité; de faire ses propres choix, pour le meilleur ou pour le pire, d'être non conformiste, original et même excentrique, d'être, en langage courant, « lui-même » et d'être responsable en tant que tel »⁹¹.

En 1988, dans l'arrêt *Morgentaler*, la Cour suprême du Canada avait d'ailleurs déjà tracé les balises de l'atteinte au droit à la liberté, en citant John Stuart Mill :

Chacun est le véritable gardien de sa propre santé, tant physique que mentale et spirituelle. L'humanité a plus à gagner de laisser chacun vivre comme cela lui semble bon, qu'à forcer chacun à vivre comme cela semble bon aux autres. La liberté dans une société libre et démocratique n'oblige pas l'État à approuver les décisions personnelles de ses citoyens, elle l'oblige cependant à les respecter⁹².

Elle précise d'ailleurs que ce droit doit inclure « le droit au traitement médical d'un état dangereux pour la vie ou la santé, sans menace ou répression pénale »⁹³.

Dans l'affaire *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, l'interprétation de la portée de ce droit a longuement été analysée et discutée par les juges. Pour la majorité⁹⁴ et plus

⁸⁸ Henri BRUN, Pierre BRUN et Fannie LAFNOTAINE, préc., note 32, p. 222 et 223 (note 7/77).

⁸⁹ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 554.

⁹⁰ Marie-Laure MOQUET-ANGER, Mikaëla CORDONNIER et Jean-François GOUJON, « Éthique et Code de déontologie médicale », (1996) *Revue Judiciaire de l'Ouest*, numéro spécial, La Santé, p. 81. Voir en ce même sens : Bérangère LEGROS, *Les « droits » des malades en fin de vie*, préc., note 6, p. 178.

⁹¹ *R. c. Jones*, préc., note 30, p. 318.

⁹² *R. c. Morgentaler*, préc., note 87, par. 229.

⁹³ *Id.*, par. 68.

⁹⁴ En revanche, pour le juge Lamer (juge de la minorité), le concept de la liberté a une dimension plus étroite en ce qu'il comprend uniquement l'aspect physique, à savoir le droit à la liberté de mouvement,

particulièrement, selon le juge La Forest, la portée de ce droit comprend une dimension large qui englobe la personne humaine dans son intégrité physique et tout ce qui s’y rattache, « aux activités inhérentes à l’individu »⁹⁵.

En revanche, quant au droit à la sécurité de la personne, il peut être défini ainsi :

Une notion d’autonomie personnelle qui comprend [...] la maîtrise de l’intégrité de sa personne sans aucune intervention de l’État [...] et elle est mise en jeu par l’atteinte de l’État à l’intégrité physique ou psychologique d’une personne, y compris toute mesure prise par l’État qui cause des souffrances physiques ou de graves souffrances psychologiques [...].⁹⁶

c) Le droit à l’égalité de traitement

L’article 15 de la Charte canadienne⁹⁷ prévoit que les lois s’appliquent à tous en ce que toute personne a droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, sans discrimination fondée notamment sur « la race, l’origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l’âge ou les déficiences mentales ou physiques »⁹⁸. L’emploi du vocable « notamment » nous indique que l’énumération des motifs de discrimination n’est pas limitative⁹⁹. Il s’agit tout simplement des pratiques de discrimination les plus courantes¹⁰⁰.

Dans l’affaire *Withler*¹⁰¹, la Cour suprême du Canada, explique l’analyse qui doit s’appliquer lorsqu’on étudie une contestation en vertu de l’article 15 de la Charte canadienne. Cette analyse comporte deux volets. D’abord, la Cour doit se questionner à savoir si la loi crée une distinction

emprisonnement et détention (*B. (R.) c. Children’s Aid Society of Metropolitan Toronto* préc., note 32, p. 320).

⁹⁵ *Id.*, p. 389.

⁹⁶ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 64. Voir également : *Chaoulli, c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S 791, par. 116.

⁹⁷ Au sein de la Charte québécoise, le corollaire de cette protection fondamentale est prévu à son article 10.

⁹⁸ Charte canadienne, art. 15 (1).

⁹⁹ Soulignons que le terme « notamment » n’est pas utilisé au sein de l’article 10 de la Charte québécoise, lequel prévoit, à son alinéa 1, que : « Toute personne a droit à la reconnaissance et à l’exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l’identité ou l’expression de genre, la grossesse, l’orientation sexuelle, l’état civil, l’âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l’origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l’utilisation d’un moyen pour pallier ce handicap ».

¹⁰⁰ Henri BRUN, Pierre BRUN, Fannie LAFONTAINE, préc., note 21, p. 659, note 15 (1)/62.

¹⁰¹ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 30.

fondée sur un motif énuméré ou analogue¹⁰². Dans l'affirmative, le tribunal doit se questionner à savoir si cette distinction crée un désavantage par la perpétuation d'un préjugé ou l'application des stéréotypes.

Suivant la première étape, le juge doit analyser les motifs sur lesquels repose la distinction, et ce, sans prendre en considération d'autres facteurs extrinsèques¹⁰³. Le motif est souvent à la base d'une décision stéréotypée, fondée sur une caractéristique personnelle de la personne qui est impossible de changer¹⁰⁴ comme, par exemple, l'âge ou le statut d'une personne adoptée¹⁰⁵. Ainsi, au terme de cette étape, une comparaison doit être faite entre le demandeur et un groupe de comparaison¹⁰⁶ :

Le rôle de la comparaison consiste, à la première étape, à établir l'existence d'une « distinction ». Il ressort du mot « distinction » l'idée que le demandeur est traité différemment d'autrui. La comparaison entre donc en jeu, en ce sens que le demandeur prétend qu'il s'est vu refuser un avantage accordé à d'autres ou imposer un fardeau que d'autres n'ont pas, en raison d'une caractéristique personnelle correspondant à un motif énuméré ou analogue visé par le par. 15(1).

Il n'est pas nécessaire de désigner un groupe particulier qui corresponde précisément au groupe de demandeurs, hormis la ou les caractéristiques personnelles invoquées comme motif de discrimination. Dans la mesure où le demandeur établit l'existence d'une distinction fondée sur au moins un motif énuméré ou analogue, la demande devrait passer à la deuxième étape de l'analyse. Cette démarche offre la souplesse requise pour l'examen des allégations fondées sur des motifs de discrimination interreliés. Elle permet également d'éviter le rejet immédiat de certaines demandes s'il se révèle impossible de désigner un groupe dont les caractéristiques correspondent précisément à celles du demandeur [nos soulignés].

La doctrine ainsi que la jurisprudence révèlent que la sélection du groupe de comparaison approprié nécessite de trouver le groupe partageant avec le plaignant toutes les caractéristiques

¹⁰² Précisions que le droit à la non-discrimination fondé sur un des motifs énumérés ou analogues ne signifie pas que toute distinction est discriminatoire. Pour être qualifié d'un motif analogue, il faut qu'il s'agisse d'un motif semblable à ceux énumérés à l'article 15 de la Charte canadienne (*Id.*, par. 49)

¹⁰³ *Truchon c. Procureur général du Canada*, préc., note 38, par. 644.

¹⁰⁴ Henri BRUN, Pierre BRUN, Fannie LAFONTAINE, préc., note 21, p. 659, note 15(1)/63.

¹⁰⁵ *Strong v. Marshall Estate*, 2009 NSCA 25 (dans *Id.*, p. 661, note 15(1)/76.)

¹⁰⁶ *Withler c. Canada (Procureur général)*, préc., note 101, par. 62 et 63.

donnant accès au bénéfice de la mesure de la loi, à l'exception de la caractéristique personnelle listée à l'article 15 de la Charte canadienne¹⁰⁷.

Ensuite, quant à la seconde étape, il faut démontrer que la mesure est discriminatoire, car elle perpétue un désavantage ou un stéréotype conformément à l'arrêt *Andrews*. Cette étape est concentrée davantage sur l'effet de la discrimination sur la distinction¹⁰⁸. D'ailleurs, à cet égard, dans cet arrêt, le juge McIntyre, dans *Andrew*, définit une discrimination comme :

une distinction, intentionnelle ou non, mais fondée sur des motifs relatifs à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, des obligations ou des désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou de restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et aux avantages offerts à d'autres membres de la société. Les distinctions fondées sur des caractéristiques personnelles attribuées à un individu uniquement sur la base de son association à un seul individu en raison de son association avec un groupe sont presque toujours taxées de discriminatoires, alors que celles fondées sur les mérites et capacités d'un individu le sont rarement¹⁰⁹.

Dans l'arrêt *Truchon*¹¹⁰, la Cour précise qu'il n'est désormais plus nécessaire d'examiner point par point les quatre facteurs élaborés¹¹¹ dans l'arrêt *Law*¹¹² puisque certains facteurs peuvent s'avérer moins pertinents, à l'instar de l'ensemble des contextes social, politique, économique et juridique¹¹³. L'analyse doit plutôt être « souple et contextuelle visant à déterminer si la distinction a pour effet de perpétuer un désavantage arbitraire à l'égard du demandeur, du fait de son appartenance à un groupe énuméré ou analogue ». ¹¹⁴

¹⁰⁷Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, 5e éd., Carswell, Student Edition, 2012, p. 55-34.1.

¹⁰⁸ *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792 (CanLII), paragr. 645.

¹⁰⁹ *Andrew. Law Society of British Columbia* [1989] 1 R.C.S. 143, p. 174 et 175.

¹¹⁰ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 645.

¹¹¹ À savoir : (1) la préexistence d'un désavantage, de stéréotypes, de préjugés ou de vulnérabilité subis par le demandeur; (2) la correspondance, ou l'absence de correspondance, entre le ou les motifs sur lesquels l'allégation est fondée et les besoins, les capacités ou la situation propres au demandeur ou à d'autres personnes; (3) l'objet ou l'effet d'amélioration de la loi contestée eu égard à une personne ou un groupe défavorisés dans la société; et (4) la nature et l'étendue du droit touché par la loi contestée.

¹¹² *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497.

¹¹³ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 645; *Withler c. Canada (Procureur général)*, préc., note 101, par. 65 et 66.

¹¹⁴ *Québec (Procureur général) c. A*, [2013] 1 R.C.S. 61, par. 331.

d) La justification de l'atteinte et sa raisonnabilité

Lorsqu'une atteinte d'un droit prévu dans les Chartes est démontrée, il revient à l'État de prouver que celle-ci est raisonnable et justifiée dans une société libre et démocratique, et ce, en vertu de l'article 1 de la Charte canadienne. Pour ce faire, nous devons faire appel aux paramètres élaborés par la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *Oakes*. Comme le précise la Cour suprême du Canada, sous la plume du juge en chef Dickson :

Pour établir qu'une restriction est raisonnable et que sa justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique, **il faut satisfaire à deux critères fondamentaux. En premier lieu**, l'objectif que doivent servir les mesures qui apportent une restriction à un droit garanti par la [Charte](#) doit être suffisamment important pour justifier la suppression d'un droit ou d'une liberté garantis par la Constitution. La norme doit être sévère afin que les objectifs peu importants ou contraires aux principes d'une société libre et démocratique ne bénéficient pas d'une protection. Il faut à tout le moins qu'un objectif se rapporte à des préoccupations sociales, urgentes et réelles dans une société libre et démocratique, pour qu'on puisse le qualifier de suffisamment important.

En deuxième lieu, la partie qui invoque l'article premier doit démontrer que les moyens choisis sont raisonnables et que leur justification peut se démontrer. Cela nécessite l'application d'une sorte de critère de proportionnalité qui comporte trois éléments importants. D'abord, les mesures doivent être équitables et non arbitraires, être soigneusement conçues pour atteindre l'objectif en question et avoir un lien rationnel avec cet objectif. De plus, le moyen choisi doit être de nature à porter le moins possible atteinte au droit en question. Enfin, il doit y avoir proportionnalité entre les effets de la mesure restrictive et l'objectif poursuivi -- plus les effets préjudiciables d'une mesure sont graves, plus l'objectif doit être important.¹¹⁵[Nos soulignés].

Ainsi, pour établir qu'une restriction est raisonnable et justifiée dans une société libre et démocratique, il faut d'abord démontrer que l'objet de la loi est urgent et réel (premier critère) et ensuite, rencontrer le critère de proportionnalité (deuxième critère).

Plus particulièrement, en ce qui a trait au premier critère, il faut démontrer que l'objectif est suffisamment important pour justifier la suppression d'un droit ou d'une liberté garantie par les Chartes. La partie qui invoque l'article premier doit donc faire la preuve que l'objectif se rapporte à des « préoccupations urgentes et réelles dans une société libre et démocratique afin que l'on puisse le qualifier de suffisamment important »¹¹⁶.

¹¹⁵ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S 103, par. 69 et 70.

¹¹⁶ *Id.*, par. 69.

Quant au second critère, il doit être prouvé que les moyens choisis sont raisonnables et que leurs justifications peuvent se démontrer¹¹⁷. Précisions que lorsque la Cour procède à l'examen de la proportionnalité de la loi, elle doit faire preuve d'une déférence à l'endroit du législateur¹¹⁸. En effet, la solution élaborée par ce dernier n'a pas à être parfaite : plusieurs solutions peuvent exister¹¹⁹, spécialement lorsqu'il est question d'une mesure réglementaire complexe¹²⁰ qui vise à remédier à un problème social¹²¹.

Ce deuxième critère comporte trois éléments non cumulatifs qui doivent être prouvés par celui qui invoque l'article premier, soit:

- a) Les moyens adoptés sont rationnellement liés à l'objectif en question (ils ne doivent être ni arbitraires, ni inéquitables, ni fondés sur des considérations irrationnelles);
- b) Il porte atteinte de manière minimale au droit en question; et
- c) Il y a proportionnalité entre les effets préjudiciables et les effets bénéfiques de la loi (objectif reconnu comme étant suffisamment important)¹²².

Ce n'est que lorsque l'un des critères exposés ci-dessus est rencontré qu'il y a atteinte en vertu de l'article 1 de la Charte canadienne.

¹¹⁷ *Id.*

¹¹⁸ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 97 et 98.

¹¹⁹ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 603; voir également *Id.*, par. 97 et 98.

¹²⁰ La jurisprudence n'a pas défini la notion de « mesure réglementaire complexe », ou encore celle de « mesure réglementaire complexe visant à remédier à un problème social », il appert néanmoins que celle-ci s'entend d'un concept qui, dans le cadre de la détermination du degré de déférence exigible, se caractériserait par une opposabilité avec toute loi pénale menaçant directement la liberté d'une personne. (voir notamment : *R. c. St-Onge Lamoureux*, [2012] 3 R.C.S. 187, par. 39; et *Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 R.C.S. 56, par. 37).

¹²¹ Voir notamment : *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 97; *R. c. Safarzadeh-Markhali*, préc., note 44, par. 57; *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, 2016 QCCA 1659, par. 81. Comme le précise le Professeur Hogg, la Cour est « *willing to defer to the legislative choice on the basis that the choice was within a margin of appreciation, a zone of discretion in which reasonable legislators could disagree while still respecting the Charter right* » (Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, 5^e éd., vol. 2, Toronto, Thomson Reuters, 2007, feuilles mobiles, 2017, par. 38.11(b), p. 38 à 43).

¹²² *R. c. Oakes*, préc., note 115, par. 70.

2. *Le droit criminel : décriminalisation de l'aide médicale à mourir et préoccupation relative à la protection des personnes vulnérables*

Traditionnellement, la prohibition d'aide au suicide, de tentative de suicide, d'euthanasie ou encore, d'aide médicale à mourir reflète l'opinion dominante de notre société de protéger et respecter la vie humaine¹²³.

À cet égard, se référant à une vieille décision rendue en 1947, l'auteure, Margaret Otowski, précise que le fondement des dispositions enchâssées dans notre *Code criminel* est fortement inspiré par des valeurs religieuses :

The structures of the criminal law with respect to active euthanasia is only explicable in the context of common law philosophy regarding the value of human life. Strongly influenced by ecclesiastical teaching the attitude of the common law has been to upload life as sacred and inalienable¹²⁴.

Cependant, au fil des années, le caractère sacré de la vie a cédé le pas à l'autodétermination. En effet, à la lumière des différents jugements rendus et des modifications législatives adoptées, nous pouvons percevoir une volonté sociétale et politique de reconnaître le droit à l'autonomie décisionnelle comme facteur prépondérant dans la réglementation du suicide, de l'aide au suicide ou encore, l'aide médicale à mourir.

Rappelons qu'avant 1972, notre C.cr. reconnaissait la tentative de suicide comme étant un crime¹²⁵. Cette décriminalisation s'est traduite par une volonté prédominante établie au sein de notre société de reconsidérer le suicide d'une manière différente en ce qu'elle « relève plus de la politique sociale et de la santé que du système de justice criminelle »¹²⁶, mais bien d'une décision personnelle.

¹²³ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 523.

¹²⁴ Margaret OTLOWSKI, *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Oxford, Oxford University Press, 2004, p. 20. La décision est la suivante : *HM Advocate v. Rutherford* (1947) JC1; et *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46.

¹²⁵ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 533.

¹²⁶ *Id.*

Avant d'énoncer les dispositions pertinentes en matière de soins de fin de vie, il convient de préciser que, selon notre constitution canadienne, le Parlement du Canada a compétence en droit criminel¹²⁷. Ce sont toutefois les provinces qui sont responsables de l'administration de la justice¹²⁸. Il appartient donc à la procureure générale du Québec de voir à l'application du C.cr. en prenant en considération les directives émises par le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP)¹²⁹ dont le critère de l'intérêt public¹³⁰. Cela dit, chaque province a la liberté d'énoncer des directives relatives à l'application du C.cr. Nous verrons d'ailleurs qu'au fil des années, cette discrétion a été utilisée à quelques reprises.

En matière de soins en fin de vie, les dispositions au cœur de ce sujet sont les articles 14 et 241b) du *Code criminel*. L'article 14 du C.cr.¹³¹ prévoit l'interdiction de donner la mort alors que l'article 241b) du C.cr.¹³² prévoit une interdiction de conseiller, aider ou encourager une personne de se donner la mort, sous peine d'emprisonnement pour une durée de quatorze ans. L'article 241 b) a toujours été destiné à protéger les personnes vulnérables¹³³. En pratique, les poursuites criminelles engagées contre les médecins ayant donné des traitements dans le but de causer la mort sont rarissimes¹³⁴, et ce, tant à l'échelle nationale qu'internationale¹³⁵.

¹²⁷ Loi constitutionnelle de 1867, (R-U) 30 & 31 Vict., c. 4 reproduite dans L.R.C. 1985, app. II, no 5, art.91 (27).

¹²⁸ *Id.*, art.92 (14).

¹²⁹ L'article 18 de la *Loi sur le Directeur des poursuites criminelles et pénales*, RLRQ c D-9.1.1 (ci-après : « Loi sur le DPCP ») prévoit que le DPCP : « Le directeur établit à l'intention des poursuivants sous son autorité des directives relativement à l'exercice des poursuites en matière criminelle ou pénale. Ces directives doivent intégrer les orientations et mesures prises par le ministre de la Justice et le directeur s'assure qu'elles soient accessibles au public ».

¹³⁰ Le procureur de la Couronne prend en considération le critère de l'intérêt public et plus particulièrement, les facteurs tels : les circonstances particulières de l'infraction, la peine qui pourrait être imposée, l'effet d'une poursuite sur l'ordre public, ou le caractère désuet de la disposition légale qui prévoit l'infraction.

¹³¹ L'article 14 du C.cr. prévoit que : « 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 ».

¹³² L'article 241b) du C.cr. stipule que : « 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 ».

¹³³ Marie Annick GRÉGOIRE, « L'aide médicale à mourir à la croisée des chemins : perspectives de droit comparé suite à l'arrêt Carter », (2016) 93-3 *Revue du Barreau Canada* 611, p. 613

¹³⁴ Au Canada, seulement cinq décisions impliquant des gestes posés par des médecins ou des infirmières sont relevés (voir dans Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 34).

¹³⁵ *Id.*, p. 33 et 34.

Par ailleurs, le C.cr. prévoit, à ses articles 21 et 22, que le fait d'aider quelqu'un à se donner la mort constitue un acte criminel. Le premier prévoit que le fait de participer à une infraction constitue un acte prohibé alors que le second prévoit qu'un individu ne peut conseiller une personne de commettre un acte criminel. Ensuite, l'article 222 du *Code criminel* prévoit que quiconque, directement ou indirectement, par quelque moyen, cause la mort de quelqu'un commet un homicide. Ainsi, selon les principes de droit criminel, l'interdiction faite à une personne à ce qu'on lui donne la mort vise tant les gestes d'action que d'omission¹³⁶.

Bien que ces dispositions soient toujours en vigueur à ce jour, dans le contexte de soins en fin de vie, ces prohibitions criminelles ont été remises en question à plusieurs reprises et certaines ont été déclarées inconstitutionnelles, nécessitant ainsi des modifications législatives.

Plus particulièrement, en 1993, la Cour suprême confirme, dans l'arrêt *Rodriguez*, par une faible majorité,¹³⁷ que le suicide médicalement assisté demeure une pratique interdite. S'exprimant au nom de la majorité, l'honorable juge Sopinka conclut, malgré que cette interdiction générale porte atteinte au droit à l'égalité prévu par l'article 15 de la Charte canadienne¹³⁸, que cette atteinte est justifiée en ce qu'il n'y a pas de demi-mesure permettant d'atteindre les objectifs recherchés par cette prohibition, c'est-à-dire protéger « les personnes vulnérables qui, dans un moment de faiblesse, pourrait être incitées à se suicider »¹³⁹.

Malgré la décision rendue par la majorité, de 1991 à 2010, une tentative de décriminalisation de l'aide au suicide est discutée et débattue dans six projets de loi¹⁴⁰. Durant les débats, une minorité s'exprime en faveur d'une réforme de notre C.cr. en soulignant l'importance de respecter la dignité et l'autonomie de la personne. En vain, aucun n'est adopté¹⁴¹. Par la suite, en 1995, le Sénat se penche de nouveau sur la question de l'euthanasie. Encore une fois, la majorité soulève

¹³⁶ *Id.*, page 23.

¹³⁷ 5 contre 4.

¹³⁸ Le juge a conclu que l'interdiction générale d'aide au suicide porte atteinte au droit à l'égalité en ce que l'article 241 (b) a un effet discriminatoire sur les personnes incapables de mettre fin à leur jour ne peuvent le faire sans aide en raison de leur incapacité physique. Ces personnes ne peuvent donc prendre de décisions fondamentales sur la vie et sur leur personne alors que les personnes capables peuvent mettre fin à leur jour sans l'aide de personne.

¹³⁹ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 605.

¹⁴⁰ *Carter c. Colombie britannique (Procureur général)*, 2012 BCSC 886, par. 109.

¹⁴¹ *Id.*, par. 109 à 113.

leur préoccupation quant à l'ouverture de ce type de régime et l'importance de respecter la vie. Suivant plusieurs journées d'audition, les membres concluent à l'importance de conserver cette prohibition¹⁴².

Comme mentionné précédemment, en tenant compte d'un consensus sociétal et des normes d'éthique médicale¹⁴³, le ministre de la Justice et Procureure générale des provinces peuvent émettre des politiques relatives à l'application des dispositions du C.cr. Ainsi, peu de temps suivant le jugement rendu dans l'affaire *Rodriguez*, le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique émet, le 3 novembre 1993, une politique énonçant des lignes directrices permettant au procureur de la Couronne de ne pas poursuivre une personne qui a causé la mort d'une autre par compassion¹⁴⁴.

Une vingtaine d'années plus tard, la Cour suprême de la Colombie-Britannique¹⁴⁵ ouvre de nouveau le dossier de l'aide médicale à mourir. En effet, la Cour révisé les principes établis dans *Rodriguez* de manière à déterminer si la prohibition criminelle qui impose aux personnes en souffrances intolérables de demander l'aide médicale à mourir viole les droits garantis par la Charte canadienne (articles 7 et 15)¹⁴⁶. En première instance, la décision rendue dans *Rodriguez* est écartée¹⁴⁷. Cette décision est cependant portée devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique¹⁴⁸.

¹⁴² *Id.*

¹⁴³ *Carter c. Colombie britannique (Procureur général)*, préc., note 140, par. 300.

¹⁴⁴ La politique prévoit que lorsque l'acte normalement « blâmable » est fourni ou administré selon les normes médicales éthiques reconnues, il n'est pas passible de poursuite pénale. La politique invite le procureur de la Couronne à analyser une liste de facteurs à considérer avant d'exercer son pouvoir discrétionnaire de ne pas poursuivre ou le cas échéant, d'entamer une poursuite (*Id.*, par. 300 à 307).

¹⁴⁵ *Id.* En comparaison au droit québécois, il s'agit de l'équivalent de notre Cour supérieure.

¹⁴⁶ *Id.*, par. 1 et 2.

¹⁴⁷ L'honorable juge Lynn Smith établit que la prohibition viole les droits garantis par l'article 7 de la Charte canadienne et que cette violation n'est pas justifiée par l'article 1 de la Charte canadienne en ce qu'elle prive les personnes aptes de mettre fin à leurs jours lorsqu'elle éprouve des souffrances insupportables. La juge retient qu'il existe actuellement un fort consensus admis dans notre société à l'égard des personnes capables, et ce, par respect du droit à l'autodétermination de la personne et de sa dignité (*Id.*, par. 1399)

¹⁴⁸ Les juges majoritaires, c'est-à-dire les juges Newbury et Saunders, renverse le jugement de première instance et retient l'interdiction de l'aide au suicide au motif notamment qu'ils sont tenus de suivre la décision rendue dans l'arrêt (*Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCCA 502)

Le 6 février 2015, devant la Cour suprême du Canada, les dispositions sont déclarées inconstitutionnelles et inopérantes dans la mesure où elles prohibent l'aide d'un médecin de donner la mort 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 »¹⁴⁹. La Cour suprême du Canada accorde douze mois au Parlement pour apporter les modifications législatives nécessaires.

Dans l'intervalle de cette suspension d'invalidité, la Loi québécoise est entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2015. Cependant, la date d'entrée en vigueur de la déclaration d'invalidité des articles 14 et 241 du C.cr. était plus tardive, soit le 5 février 2016 (prolongée finalement au 6 juin 2016). Ainsi, jusqu'à la date de prise d'effet de la déclaration d'invalidité de la Cour suprême du Canada, toute aide médicale à mourir constituait un acte criminel selon les dispositions 14 et 241 b) du C.cr.¹⁵⁰.

Ainsi, dans la foulée de l'entrée en vigueur de Loi québécoise et le jugement rendu dans *Carter*, la ministre de la Justice, Stéphanie Vallée, a donné des orientations au DPCP de ne pas déposer de poursuite criminelle contre un médecin qui aurait administré l'aide médicale à mourir conformément à la Loi québécoise¹⁵¹. Des directives en ce sens ont été émises par le DPCP¹⁵².

Malgré cela, l'adoption de la Loi québécoise a suscité plusieurs questionnements quant à la validité et la légalité des dispositions permettant l'aide médicale à mourir. Un jugement à ce sujet

¹⁴⁹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 147.

¹⁵⁰ À noter que durant la durée de la prolongation, des exemptions individuelles pouvaient être accordées suivant une demande au Tribunal, et ce, sous réserve que la personne rencontrait les critères déterminés dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)* (*Carter c. Canada (Procureur general)*, [2016] 1 R.C.S. 13).

¹⁵¹ COLLÈGE DES MÉDECINS, « Aide médicale à mourir. Le Collège des médecins du Québec souligne l'entrée en vigueur de la loi en invitant les médecins à la prudence », *Communiqué*, le 10 décembre 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/aide-medicale-a-mourir-prudence.aspx>> (consulté le 17 novembre 2019)

¹⁵² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Directives du DPCP en matière d'aide médicale à mourir en situation de fin de vie », *Communiqué*, le 10 décembre 2015, en ligne : <http://www.dpcp.gouv.qc.ca/ressources/communiques/2015/Directives_aide_a_mourir.pdf.>

a d'ailleurs été rendu par la Cour supérieure¹⁵³ puis, dans cette même affaire, par la Cour d'appel.

Infirmant le jugement de première instance, la Cour d'appel conclut que la règle de prépondérance fédérale ne s'applique pas lorsqu'il est question d'une incompatibilité véritable entre une loi fédérale et une loi provinciale toutes deux valides. Plus particulièrement, elle écrit :

les objectifs de l'ordonnance de suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité de l'article 14 et de l'alinéa 241b) du Code criminel ne sont pas incompatibles avec l'entrée en vigueur des dispositions de la Loi concernant les soins en fin de vie portant sur l'aide médical à mourir¹⁵⁴.

Cela dit, en plus des directives de la ministre de la Justice, le jugement a permis de confirmer que les dispositions du droit criminel ne s'appliquaient pas malgré la déclaration d'effet d'invalidité.

Finalement, un peu plus tard, en juin 2016, en réponse au jugement rendu par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*, le Parlement adopte la Loi fédérale. Sans remplacer la prohibition d'aide au suicide, cette loi ajoute des exceptions en matière d'aide médicale à mourir. Plus précisément, la loi précise qu'un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ne commet pas l'infraction prévue à l'article 241 b) du C.cr. si les conditions prévues à l'article 241.2 sont respectées :

241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;

¹⁵³ *D'Amico c. Québec (Procureure générale)*, 2015 QCCS 5556. Le juge Pinsonnault conclut que, dans l'intervalle de l'entrée en vigueur de la déclaration d'invalidité des dispositions du *Code criminel*, les médecins qui prodiguent l'aide médicale à mourir à leurs patients enfreignent les articles 14 et 241 b) du *Code criminel* et s'exposent à une poursuite de nature criminelle, le tout en vertu des règles de prépondérance fédérale. L'entrée en vigueur des dispositions de la Loi québécoise a donc été suspendue.

¹⁵⁴ *Québec (Procureur général) c. D'Amico*, 2015 QCCA 2138, par. 43.

e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

(2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;

b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

c) 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;

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Peu de temps après son adoption, l'article 241.2 (2) d), et plus précisément le critère de la « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible », est déclaré inconstitutionnel par la Cour supérieure¹⁵⁵. Comme un délai de six mois a été accordé pour permettre au Parlement de modifier sa loi, l'effet de ce jugement sera perçu au courant du mois de mars 2020, et ce, si aucune prolongation n'est demandée. Ce jugement sera analysé en détail plus loin.

Dans l'intervalle, le critère de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » continue de s'appliquer dans un contexte d'aide médicale à mourir, à moins de directives contraires à cet effet de la part du DPCP. À ce jour, à notre connaissance, une telle directive n'a pas été émise. Il reste donc à voir quels seront les échos de ce jugement.

Ainsi, à notre sens, l'exercice discrétionnaire du procureur de la couronne démontre les difficultés d'application du C.cr. en ce que les dispositions adoptées à l'époque n'ont pas été revues depuis et ne prennent pas en considération l'évolution sociétale et médicale. À cet effet, la Commission de réforme du droit précise, lorsqu'elle commente l'origine des règles actuelles du C.cr., ce qui suit :

¹⁵⁵ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38.

la vérité, le choix discrétionnaire de ne pas exercer de poursuites criminelles reflète peut-être le fossé qui sépare les valeurs contemporaines de celles qui s'inscrivent dans le *Code criminel* actuel. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que certaines dispositions du *Code* actuel en matière de traitement médical ont été adoptées en 1982, à une époque où un nombre d'interventions médicales était considéré comme éminemment dangereuses et d'une valeur thérapeutique douteuse où la profession médicale était encore à ses débuts¹⁵⁶.

Outre les difficultés que peut poser l'application du C.cr., la jurisprudence a évolué depuis son adoption. Le procureur de la Couronne ne peut ignorer le développement jurisprudentiel récent dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire¹⁵⁷.

3. *Le droit civil québécois relatif aux soins : vers un statut égalitaire entre les mineurs et les majeurs aptes ?*

Le droit civil québécois trace une limite claire relativement au consentement aux soins entre le majeur apte et le mineur. Notre droit considère qu'une personne est mineure lorsqu'elle a moins de 18 ans¹⁵⁸. Avant cet âge, même lorsque la personne mineure peut sembler apte à consentir, elle demeure assujettie à l'autorité parentale, sauf en cas d'émancipation¹⁵⁹. L'âge de 18 ans met donc fin à l'autorité parentale, et ce, peu importe la condition mentale de l'enfant. Dans cette section, nous verrons le cadre juridique applicable en matière de consentement aux soins, et ce, tant pour les mineurs que les majeurs aptes.

a) Un regard chez les majeurs aptes

Contrairement aux mineurs, une personne majeure et apte est libre de refuser des soins, en tout ou en partie, d'interrompre des soins ou encore, de demander l'aide médicale à mourir, et ce, même si cette décision lui est préjudiciable ou entraîne sa mort. Bien que ce principe soit reconnu,

¹⁵⁶ GOUVERNEMENT DU CANADA, COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, « Le traitement médical et le droit criminel », Document de travail 26, 1980, p. 2, en ligne : <<http://www.lareau-legal.ca/LRCWP26French.pdf>> (consulté le 17 novembre 2019)

¹⁵⁷ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 56.

¹⁵⁸ C.c.Q., art. 153.

¹⁵⁹ Il s'agit d'un mécanisme juridique permettant d'accorder davantage de droit au mineur. Il existe la simple et la pleine émancipation. La première permet au mineur d'avoir certains droits que les adultes ont, sans toutefois le considérer comme un adulte. La seconde accorde à l'adolescent pratiquement tous les mêmes droits qu'un adulte (voir à cet effet les articles 167 à 176 du C.c.Q.)

certains critères et principes doivent être élaborés. Ainsi, dans cette section, nous verrons d’abord les principes généraux relatifs à l’aptitude et les règles en matière de consentement aux soins. Dans un second temps, nous analyserons le cadre juridique de ce nouveau soin qu’est l’aide médicale à mourir. Contrairement au refus de soins et à la cessation de traitement, nous verrons, dans le cas de l’aide médicale, que d’autres critères, outre le consentement et l’aptitude, s’appliquent.

i. Les principes généraux : l’aptitude et le consentement

Conformément à l’article 4 du C.c.Q., toute personne est présumée pleinement apte à exercer ses droits civils, et ce, quelle que soit sa condition mentale ou physique¹⁶⁰. Ceci inclut donc l’aptitude à consentir à ses soins. Ainsi, l’aptitude est la règle et non l’exception. Celui qui prétend à l’inaptitude doit en faire la preuve¹⁶¹. Il s’agit d’un processus dont la complexité ne doit pas être minimisée¹⁶².

D’emblée, rappelons que notre droit civil établit une distinction nette entre l’aptitude légale et l’aptitude de fait. La première est un concept juridique alors que la seconde est une question de fait. Ces deux notions qui semblent être très similaires sont très différentes et doivent être distinguées. Ainsi, bien qu’un régime de protection puisse être institué dans certaines situations, la personne concernée peut être considérée apte à consentir.

Comme le rappelle la Cour suprême du Canada dans l’affaire *Starson v. Swayze*, « *mental illness in not conflated with incapacity* »¹⁶³. L’inaptitude est démontrée uniquement lorsque la personne n’est pas en mesure de comprendre les facteurs pertinents et d’apprécier les conséquences raisonnables et prévisibles de sa décision¹⁶⁴. L’appréciation est donc ponctuelle : un test doit être élaboré et appliqué selon les faits et la preuve présentée au Tribunal. Une personne peut être considérée inapte pour effectuer certains actes alors qu’elle peut être apte pour d’autres. À cet égard, comme le soulignent les auteurs :

¹⁶⁰ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « L’hébergement forcé : quels intérêts, quels enjeux ? Regards sur la jurisprudence récente... et plus » dans S.F.P.B.Q., Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Édition Yvon Blais, 2009, p. 45 à 71.

¹⁶¹ C.c.Q., art. 2803.

¹⁶² Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », (2009-2010), 40 *R.D.U.S.*, p. 337.

¹⁶³ *Starson v. Swayze*, [2003]1 SCR 722, par. 20.

¹⁶⁴ *Id.*, par. 20.

La compétence fluctue dans le temps, il ne s'agit pas d'un « steady state »¹⁸⁶. Elle peut varier selon la qualité et la quantité d'informations transmises, selon l'environnement, selon la relation avec le médecin évaluateur, en fonction de la fatigue, de la médication, etc.

L'aptitude à consentir est spécifique à un contexte particulier :

Decision making capacity is specific to a particular decision and depends not on a person's status or on the decision reached but on the person's actual functioning in situations in which a decision about health care is to be made. »¹⁶⁵ [Nos soulignés] [Références omises]

En droit québécois, l'inaptitude n'est pas définie clairement. C'est plutôt la jurisprudence qui indique comment l'apprécier¹⁶⁶.

La Cour d'appel, dans l'affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal*, établit que cinq questions doivent être analysées :

- (1) La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- (2) La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- (3) La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- (4) La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
- (5) La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ?¹⁶⁷

¹⁶⁵ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine, L'obtention du consentement*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM21, par. 205.

¹⁶⁶ Certaines provinces canadiennes définissent la notion d'inaptitude ou ont instauré des critères d'évaluation, dont la loi ontarienne : *consentement aux soins de santé (Loi de 1996 sur le)*, LO, 1996, chap. 2, annexe A [*Loi ontarienne sur le consentement*] qui prévoit à son article 4 al. 1, la notion de capacité comme étant : « Toute personne est capable à l'égard d'un traitement, de son admission à un établissement de soins ou d'un service d'aide personnelle si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement, l'admission ou le service d'aide personnelle, selon le cas, et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision ».

¹⁶⁷ *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G*, préc., note 8.

Ces critères d'analyse ont été confirmés par la jurisprudence et sont qualifiés comme étant les « critères de la Nouvelle-Écosse »¹⁶⁸. Ces critères prévalent également dans les autres provinces canadiennes¹⁶⁹.

L'appréciation de ce test repose sur l'analyse de l'ensemble de la preuve présentée au tribunal : les critères doivent être pris dans leur ensemble et non de façon cumulative. Vu la portée générale de l'article 11 du C.c.Q. relative au consentement¹⁷⁰, dès que le tribunal peut conclure à l'aptitude du majeur concerné, il doit d'emblée rejeter la demande pour autorisation de traitement et respecter le refus du patient. À l'inverse, advenant que la partie demanderesse ne réussisse pas à remplir son fardeau de prouver, par prépondérance des probabilités, l'inaptitude de la défenderesse, le tribunal doit conclure à son aptitude et rejeter la demande.

Une fois établi que la personne est apte à consentir, il faut que celle-ci puisse consentir à ses traitements. D'emblée, il convient de préciser que le consentement est, en quelque sorte, la limite de l'obligation de prodiguer des soins aux patients des médecins de même que de l'établissement de santé et des services sociaux¹⁷¹. Le principe général à la base du consentement est celui selon lequel une personne peut disposer de son corps.

Ce droit fondamental est reconnu par notre droit civil québécois, tant par le C.c.Q.¹⁷² que dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « L.S.S.S.S. »)¹⁷³. Ainsi, conformément à l'article 10 du *Code civil du Québec*, toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé¹⁷⁴. L'article 9 de la L.S.S.S.S. abonde dans le même sens et l'exigence du consentement est également précisée à l'article 28 du *Code de déontologie des médecins*.

¹⁶⁸ Ces critères ont d'ailleurs été repris dans *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill, (Hôpital Royal-Victoria)*, 2015 QCCA 1139.

¹⁶⁹ Voir notamment la *Loi ontarienne sur le consentement*, art. 11 al. 3.

¹⁷⁰ L'article 11 du C.c.Q. prévoit que nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement.

¹⁷¹ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, art. 38; et *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 9. Également, si le consentement du patient n'est pas respecté, le médecin peut être accusé au criminel pour voies de fait en plus d'être susceptible d'être poursuivi au civil et faire l'objet d'une décision disciplinaire (C.cr., art 219 et 265).

¹⁷² C.c.Q., art. 10.

¹⁷³ L.S.S.S.S., art. 9.

¹⁷⁴ C.c.Q., art.11 ; et L.S.S.S.S., art. 9.

L'un des outils généralement utilisés pour évaluer la capacité décisionnelle d'un adulte est le *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*. Au terme d'une entrevue réalisée par le professionnel, des questions sont posées au patient relativement à sa capacité de comprendre, d'apprécier et de considérer de manière rationnelle et à communiquer un choix. Bien qu'il s'agisse d'un outil généralement utilisé pour les adultes, il l'est également pour les adolescents (notamment pour le traitement des troubles mentaux)¹⁷⁵.

Pour qu'un consentement soit valide, il doit être libre et éclairé. Un consentement libre veut dire que la décision de la personne a été prise par la personne elle-même, sans l'influence indue d'un tiers, sans contrainte, menace ou pression. Quant au caractère éclairé du consentement, cela implique que la décision doit être prise en pleine connaissance de cause. Ainsi, le médecin doit satisfaire à son devoir d'information et divulgue toutes les informations pertinentes qui pourraient influencer la décision du patient¹⁷⁶.

L'échange de consentement comprend donc une dynamique à deux volets : d'une part, l'échange d'informations via le corps médical et d'autre part, l'expression de la volonté suivant les informations divulguées¹⁷⁷. Dans le cadre de la communication de l'information, le personnel médical doit informer le patient du diagnostic, de la nature et du but du traitement proposé, des risques et des bénéfices potentiels, des traitements alternatifs et finalement, des risques et des avantages des traitements alternatifs¹⁷⁸.

Le professionnel doit fournir les renseignements d'une manière qui facilite la compréhension en évitant de recourir à un jargon complexe. Il doit prendre en considération le niveau de compréhension du patient. Pour les mineurs, cette obligation comprend celle de fournir des

¹⁷⁵ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors, The Expert Panel Working Group on Aid for Mature Minors*, Ottawa, 2018, p. 78 et 79.

¹⁷⁶ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, préc., note 165, p. 186 et 187.

¹⁷⁷ MENARD MARTIN AVOCATS, « La définition de « Consentement aux soins » », *Vos droits en santé*, en ligne : <<http://www.vosdroitsensante.com/992/la-definition-de-consentement-aux-soins>> (consulté le 2 décembre 2019).

¹⁷⁸ Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA., *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine, L'obligation de renseigner*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM20, par. 184.

renseignements appropriés compte tenu de son stade de développement ¹⁷⁹. Il y a donc consentement lorsque la personne, une fois que toute l'information lui est dûment communiquée et expliquée, accepte ou refuse de se soumettre à un traitement¹⁸⁰.

ii. L'encadrement spécifique de l'aide médicale à mourir

Au terme d'une importante consultation publique et auditions de plusieurs mois en commission parlementaire, la Commission spéciale a déposé, le 22 mars 2012, un rapport devant l'Assemblée nationale du Québec recommandant de légiférer sur la question des soins de fin de vie et d'introduire un nouveau soin, soit l'aide médicale à mourir¹⁸¹.

Deux ans plus tard, le 5 juin 2014, la Loi québécoise est adoptée à l'Assemblée nationale du Québec. Elle est sanctionnée le 10 juin 2014 et, comme mentionné précédemment, elle est entrée en vigueur le 10 décembre 2015. Cette loi est l'aboutissement d'une démarche amorcée depuis décembre 2009 par la Commission spéciale mise sur pied par l'Assemblée nationale du Québec (ci-après « Commission spéciale ») sur la question de mourir dans la dignité.

Cette loi constitue une première en cette matière à travers l'ensemble du Canada. L'approche restrictive du Québec était nécessaire en raison des compétences constitutionnelles limitées de la province¹⁸². Également, en raison notamment des règles de prépondérance fédérale¹⁸³, la législation québécoise devait coexister avec des dispositions du C.cr. ¹⁸⁴ qui prohibaient complètement, à cette époque, toute forme d'aide médicale à mourir.

Malgré l'approche limitative adoptée par le Québec, cette loi constitue néanmoins une avancée majeure pour les droits des patients, reconnaissant ainsi le droit au patient majeur et apte de

¹⁷⁹ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 48.

¹⁸⁰ Suzanne Philips-Nootens, Robert P. KOURI, Pauline LESAGE-JARJOURA, préc., note 178, p. 188 à 190. Précisions que le consentement peut être exprès ou tacite (implicite ou explicite). La seconde doit faire preuve de réserve et ne doit être interprétée trop largement. Le professionnel de la santé doit être convaincu de la volonté du patient, laquelle doit être exprimée par des gestes sans équivoques.

¹⁸¹ Rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, préc., note 1.

¹⁸² Le Québec ne peut pas adopter une loi sur les soins de fin de vie que dans la mesure où l'objet et le caractère véritable de la loi portent sur la santé.

¹⁸³ En droit constitutionnel canadien, la doctrine de la prépondérance fédérale prévoit qu'en cas de conflit entre une loi fédérale et une loi provinciale, la première a prépondérance.

¹⁸⁴ C.cr, art. 14 et 241b).

contrôler sa fin de vie, selon le moment et la manière souhaitée, et ce, sous réserve de certaines conditions que nous verrons.

Ainsi, tel qu'énoncé dans la Loi québécoise, notre droit reconnaît spécifiquement l'aide médicale à mourir comme étant un soin¹⁸⁵. Comme c'est le cas pour tout type de soin, l'aptitude à consentir de même que le consentement doivent être évalués par le corps médical.

L'article 26 de la Loi québécoise prévoit les conditions pour qu'une personne puisse bénéficier de l'aide médicale à mourir, à savoir : (1) la personne doit être assurée par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ)¹⁸⁶; (2) elle doit être majeure et apte à consentir aux soins; (3) être en fin de vie; (4) atteinte d'une maladie grave et incurable; (5) dont celle-ci se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; et (6) elle doit éprouver des souffrances physiques et/ou psychiques constantes, insupportables qui ne peuvent pas être apaisées dans des conditions qu'elle estime tolérables. Également, ce même article prévoit que la personne doit formuler une demande elle-même, de manière libre et éclairée, au moyen d'un formulaire prévu à cet effet. Comme toute forme de soin, le patient demeure libre de retirer sa demande d'aide médicale à mourir, à tout moment, sur simple avis verbal¹⁸⁷.

Au même titre que l'article 241.2 (2) d) de la Loi fédérale, l'article 26(3) de la Loi québécoise, soit le critère de fin de vie, a récemment été déclaré inconstitutionnel par notre Cour supérieure¹⁸⁸. Ainsi, d'ici le 11 mars 2020, soit six (6) mois suivant la décision rendue¹⁸⁹, ce critère de fin de vie devait être revu par le législateur, et ce, à la lumière des conclusions de la Cour. À cet égard, le

¹⁸⁵ Loi québécoise, art. 3 (6).

¹⁸⁶ Cela signifie que la personne doit non seulement être inscrite à la RAMQ, mais elle doit aussi résider ou séjourner au Québec. La personne doit également être citoyen canadien ou résident permanent au sens de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés. COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, BARREAU DU QUÉBEC, CHAMBRE DES NOTAIRES, *L'aide médicale à mourir : mise à jour 11/2019, Guide d'exercice et ligne directrices pharmacologiques*, 29 novembre 2019, p. 31 (ci-après « Guide d'exercice CMQ sur l'AMM »).

¹⁸⁷ *Id.*, p. 27.

¹⁸⁸ *Truchon c. Canada (Procureur général)*, préc., note 38.

¹⁸⁹ Sous réserve qu'aucune prolongation ne soit demandée

gouvernement caquiste a récemment confirmé que ce critère serait inapplicable¹⁹⁰. Cependant, soulignons que les médecins doivent néanmoins se conformer aux deux lois.

Distinctivement à d'autres décisions où le patient s'expose au décès (cessation de traitement, refus de traitement et cessation volontaire d'hydratation et d'alimentation), l'aide médicale à mourir nécessite que deux médecins indépendants¹⁹¹ s'assurent du respect de tous les critères légaux¹⁹² ; ce qui assure un contrôle *a priori* des demandes.

Également, contrairement à la Loi fédérale¹⁹³, la Loi québécoise ne prévoit pas de délai spécifique entre la demande et l'administration de la médication. Elle prévoit plutôt, à son article 29 (1), un « délai raisonnable ».

La Loi québécoise a mis en place une procédure rigoureuse pour assurer la protection des personnes impliquées dans le processus et éviter des dérives en ce qu'une Commission sur les soins de fin de vie a été instituée¹⁹⁴ pour s'assurer du respect des critères *a posteriori*¹⁹⁵. Cette Commission doit d'ailleurs transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux, chaque année, un rapport annuel faisant état des activités¹⁹⁶.

¹⁹⁰ Tommy CHOUINARD, Fanny LÉVESQUE, « Aide médicale à mourir : plus besoin d'être en fin de vie, annonce Québec », *La Presse*, 21 janvier 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/202001/21/01-5257706-aide-medicate-a-mourir-plus-besoin-detre-en-fin-de-vie-annonce-quebec.php> (consulté le 22 janvier 2020). La ministre de la Justice, Sonia Label, a déclaré que le Québec était prêt à ce changement et que les autres critères légaux étaient suffisants pour encadrer l'aide médicale à mourir.

¹⁹¹ Les médecins doivent être indépendant l'un de l'autre et à l'égard de la personne qui en fait la demande et ce, pour éviter les situations qui pourraient influencer et biaiser leur jugement professionnel. L'article 241.2 (6) du C.cr. précise d'ailleurs ce qu'est l'indépendance du médecin dans le cadre de l'aide médicale à mourir (Guide d'exercice CMQ sur l'AMM, préc., note 186, p. 36).

¹⁹² Loi québécoise, art. 29 (3).

¹⁹³ Loi fédérale, art. 241.2 (3) g). Cet article prévoit qu'un délai de 10 jours franc doit s'écouler entre le jour où la personne a signé la demande et le moment où l'aide médicale à mourir est prodiguée). Cependant, ce délai peut être raccourci, par les deux médecins, si le patient risque de mourir ou perdre ses capacités à consentir de manière imminente (Guide d'exercice CMQ sur l'AMM, préc., note 186, page 39).

¹⁹⁴ Loi québécoise, art. 38.

¹⁹⁵ *Id.*, art. 42.

¹⁹⁶ *Id.*, art. 42. al. 3.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi québécoise, aucune forme de dérapage n'a été signalée par la Commission sur les soins de fin de vie¹⁹⁷. Dans le premier rapport triennal déposé, le 3 avril 2019, la Commission recommande même qu'une réflexion collective publique soit enclenchée sur l'élargissement à l'aide médicale à mourir, et ce, notamment pour des patients inaptes¹⁹⁸. Soulignons que cette réflexion relative à un élargissement de la loi est amorcée depuis déjà 2017¹⁹⁹ et est au cœur des débats publics actuels²⁰⁰.

b) Un regard chez les mineurs : distinction selon l'âge

Tel que mentionné ci-haut, la majorité met fin à l'autorité parentale. À l'égard des soins médicaux requis pour l'état de santé, la situation juridique dépend toutefois de l'âge de la personne, de son statut, à savoir si elle est émancipée, et s'il s'agit de soins requis ou non requis par l'état de santé du patient²⁰¹. Quant à l'âge, au Québec, le statut juridique de l'enfant diffère si celui-ci est âgé entre 0 à 13 ans inclusivement ou s'il est âgé de 14 ans à 17 ans inclusivement²⁰².

i. Les mineurs de 14 ans et plus

Bien qu'en matière de consentement aux soins, la majorité médicale s'acquière dès l'âge de 18 ans, l'enfant acquiert une certaine autonomie dès l'âge de 14 ans, à moins qu'il soit émancipé.

¹⁹⁷ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec - Du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*, Édition Commission sur les soins de fin de vie, Québec, 2019, p. 79.

¹⁹⁸ *Id.*, p. 55 et 82.

¹⁹⁹ En effet, juin 2017, le MSSS a confié à la Commission sur les soins de fin de vie le mandat d'analyser les motifs pour lesquels des demandes d'AMM n'ont pas été administrées. Voir à cet effet : MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Élargissement de l'aide médicale à mourir – Le ministre Barette propose des mesures pour alimenter la réflexion*, 24 mars 2017, en ligne : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1286/>; et COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 197, p. 55.

²⁰⁰ Voir notamment : Paul JOURNET, « Aide médicale à mourir et la maladie mentale : la sagesse d'écouter », *La Presse*, 28 janvier 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/debats/editoriaux/202001/27/01-5258472-aide-medicale-a-mourir-et-maladie-mentale-la-sagesse-decouter.php> (consulté le 28 janvier 2020).

²⁰¹ Un soin requis est un soin estimé nécessaire par un médecin. Voir Hélène GUAY, « Consentement aux soins : revue de la notion d'intérêt de l'article 12 du Code civil du Québec », dans S.F.P.B.Q., Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvons Blais, 2016, p. 179.

²⁰² En revanche, dans certaines provinces canadiennes, la présomption de la capacité est accordée aux mineurs âgés entre 16 et 17 ans (Voir notamment la Loi manitobaine : *Medical Consent of Minors Acts*, SNB 196 c M-6.1, s. 2; et The Health Care Directives Act, SM 1992, c 33, CCSM c H27, s 4(2)).

D'abord, en ce qui a trait aux soins non requis par l'état de santé du mineur, suivant l'article 17 du C.c.Q., celui-ci peut consentir seul. Cependant, ce même article prévoit que le consentement du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire si les soins représentent un risque sérieux pour ce dernier et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

S'il y a refus injustifié de la part du parent, l'autorisation du tribunal sera nécessaire. En effet, celui qui consent pour autrui doit agir dans son meilleur intérêt, en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés de ce dernier. Il doit également « s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère »²⁰³.

Ensuite, quant aux soins requis par l'état de santé du mineur, en vertu de l'article 14 du C.c.Q., celui-ci peut consentir seul²⁰⁴. Les parents n'ont même pas à être informés que l'enfant consulte un professionnel de la santé, à moins que le mineur y consente²⁰⁵. Tout comme c'est le cas pour les majeurs, le mineur doit néanmoins être apte à consentir. Or, les mêmes critères d'appréciation de l'aptitude à consentir pour le majeur s'appliquent au mineur.

Ainsi, un mineur de 14 ans et plus dispose donc d'une certaine discrétion en matière de consentement aux soins. Cependant, distinctivement au majeur, le mineur de 14 ans et plus ne peut se causer préjudice par les décisions qu'il prend. S'il refuse un soin pouvant lui causer préjudice, sa décision sera portée devant le tribunal. Cependant, suivant l'alinéa 2 de l'article 16 du C.c.Q., si le mineur refuse des soins alors qu'il y a urgence ou que sa vie est en danger ou son intégrité menacée, le consentement du titulaire de l'autorité parentale suffit. L'autorisation de la Cour ne sera donc pas nécessaire. Également, en cas d'urgence ou si le consentement ne peut être obtenu en temps utile, l'article 13 du C.c.Q. prévoit que le consentement n'est pas nécessaire. Les soins peuvent donc être administrés malgré l'absence de consentement du mineur ou de son parent.

²⁰³ C.c.Q., art. 12.

²⁰⁴ C.c.Q., art. 14.

²⁰⁵ Cependant, si son état exige qu'il demeure plus de 12 heures dans un établissement de santé, ses parents doivent être informés.

Lorsque la demande est portée devant le Tribunal, le juge prend en considération l'intérêt de l'enfant²⁰⁶, lequel est reconnu internationalement²⁰⁷, compte tenu de sa capacité et de ses volontés, c'est-à-dire ses besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial, etc. Par ailleurs, si l'âge et le discernement de l'enfant le permettent, le juge doit également entendre le mineur afin que ce dernier puisse exprimer son point de vue²⁰⁸.

Dans *A.C. c. Manitoba*, la juge Abella précise que, pour déterminer l'intérêt supérieur de l'enfant, le tribunal doit évaluer de manière approfondie la maturité de ce dernier, et ce, de manière à respecter le droit de l'adolescent de prendre des décisions pour lui-même²⁰⁹. L'opinion de l'adolescent devient plus déterminante lorsqu'il s'approche de la majorité et est en mesure d'exercer un jugement mature et indépendant²¹⁰. L'évaluation de la maturité sera nécessairement très rigoureuse lorsque la décision a pour effet de causer un préjudice sérieux à la vie ou à la santé de l'enfant²¹¹.

Outre les lois provinciales et les Chartes, les tribunaux peuvent également prendre en considération la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies (ci-après : « Convention des droits de l'enfant ») ratifiée par le Canada pour étayer leur décision concernant les mineurs. Deux articles sont plus particulièrement importants. D'abord, l'article 3 prévoit que : « dans toutes les décisions concernant les enfants [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »²¹². Ensuite, l'article 12 de cette convention prévoit que l'enfant capable de discernement doit avoir « le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant » et que les « opinions de l'enfant (doivent être) dûment prise en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ».

²⁰⁶ C.c.Q., art. 33.

²⁰⁷ Soulignons que le meilleur intérêt de l'enfant tire son origine dans la *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, 1577 R.T.N.U. 3 (art. 3) dont le Canada est signataire.

²⁰⁸ C.c.Q., art. 34.

²⁰⁹ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 4. Bien qu'il s'agisse d'une décision du Manitoba (règle de *Common Law*) concernant un mineur mature, certains principes généraux s'appliquent néanmoins au Québec.

²¹⁰ *Id.*, par. 22.

²¹¹ *Id.*, par. 86.

²¹² Cette disposition a, à notre sens, le même objectif que celui prévu à notre article 33 du C.c.Q.

Il existe dans, dans la *Common Law*, le concept de « mineur mature » lequel a été formulé pour la première fois en 1985 dans l'affaire *Gillick*²¹³. Bien qu'il n'existe pas de définition universelle de cette notion, les juges et les politiciens voient un mineur mature comme étant une personne âgée de moins de 18 ans (ou l'âge de majorité déterminé par la province)²¹⁴ ayant la capacité d'apprécier la nature et les conséquences d'une décision²¹⁵.

Ainsi, suivant cette doctrine, les tribunaux « acceptent » de respecter les volontés de l'adolescent d'une maturité suffisante pour prendre des décisions²¹⁶. Cependant, il convient de souligner que ce concept ne permet pas aux mineurs matures d'être traités sur le même pied d'égalité que le majeur apte. Le tribunal peut certainement passer outre les volontés de l'enfant dans des situations où sa vie est en danger²¹⁷. Au Québec, bien que les facultés de l'enfant doivent être prises en considération, une telle doctrine est inapplicable considérant qu'il s'agit d'un concept de *Common Law*.

Tel que mentionné ci-haut, outre l'âge, le statut juridique du mineur peut avoir un impact sur son autonomie décisionnelle en matière de consentement aux soins. À cet égard, à partir de 16 ans, soit lorsqu'il peut y avoir émancipation, le C.c.Q. prévoit plusieurs situations où la capacité du mineur peut être accrue. Il existe deux types d'émancipation : la simple²¹⁸ et la pleine²¹⁹. Le premier a pour effet de libérer le mineur de l'obligation d'être représenté dans l'exercice de ses

²¹³ *Gillick c. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, [1985] 3 All E.R. 402. Les tribunaux canadiens ont commencé à appliquer cette doctrine en 1986 dans l'affaire *J.S.C. c. Wren* [1986] 76 A.R. 115 (C.A) (A.C. c. *Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 58).

²¹⁴ Comme le Québec, certaines provinces établissent un âge arbitraire pour le consentement aux soins des mineurs (par exemple le Nouveau-Brunswick) alors que d'autres ne fixent pas d'âge (par exemple l'Ontario). (David C. DAY, «The capable Minor's Healthcare : who Decides ? » (2007) 86 *Canadian Bar Review* 3, p. 384 à 391).

²¹⁵ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 5.

²¹⁶ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 48 à 57.

²¹⁷ *Id.*, par. 56.

²¹⁸ Elle peut survenir lorsque le tuteur, avec l'accord du conseil de tutelle, émancipe le mineur qui en fait la demande, par le dépôt d'une déclaration auprès du Curateur public du Québec (article 167 du C.c.Q.). Également, l'émancipation peut survenir avec l'autorisation de la Cour, après avoir pris l'avis du tuteur (article 168 du C.c.Q.).

²¹⁹ Elle peut survenir lorsque le mineur se marie ou, à la demande du mineur, lorsqu'il y a un motif sérieux (C.c.Q., art. 175).

droits civils²²⁰. Il cesse d'être sous l'autorité parentale²²¹. La simple émancipation ne met pas fin à la minorité en ce que le mineur ne jouit pas de tous les droits résultant de la majorité²²². En revanche, la pleine émancipation a pour effet de rendre le mineur capable comme s'il était majeur²²³. Plus particulièrement, à l'égard des soins médicaux, il est désormais traité de la même façon que le majeur en ce qu'il est doté des mêmes droits. D'une autonomie décisionnelle plus importante qu'un autre adolescent âgé entre 14 et 17 ans, son droit de refuser des soins ne peut pas être renversé par le titulaire de l'autorité parentale ni le tribunal, sous réserve néanmoins de son aptitude.

ii. Les mineurs de 14 ans et moins

Lorsque l'enfant est âgé de 14 ans et moins, le consentement aux soins est donné par le titulaire de l'autorité parentale, lequel doit agir également dans son meilleur intérêt en prenant en considérant les bénéfices et les risques²²⁴. À défaut d'agir dans son meilleur intérêt, la décision du titulaire de l'autorité parentale peut être renversée par la Cour supérieure si une personne intéressée dont l'établissement de santé, s'adresse au Tribunal.

Plus précisément, l'article 16 du C.c.Q. prévoit que l'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement. Au Québec, lorsqu'un parent refuse injustement un traitement médical pour son enfant mineur, le tribunal peut autoriser le traitement, malgré le refus, et ce, s'il juge que ce dernier est dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Pour ce qui est des soins non requis, ceux-ci sont également autorisés par le titulaire de l'autorité parentale. Si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur ou s'ils peuvent lui causer des effets graves et permanents, l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire²²⁵.

²²⁰ *Id.*, art. 170.

²²¹ *Id.*, art. 171.

²²² Notamment l'article 173 du C.c.Q. prévoit que le mineur ne peut accepter seul une donation avec charge ou renoncer à une succession.

²²³ *Id.*, art. 176.

²²⁴ *Id.*, art. 12 et 33.

²²⁵ *Id.*, art. 18.

Les parents ont les mêmes droits vis-à-vis leur enfant, et ce, peu importe leur statut matrimonial. Leur droit découle du lien de filiation qu'ils établissent avec l'enfant et non la relation entre eux. Le parent qui est titulaire de la garde exclusive de l'enfant ne bénéficie pas de plus de droits que l'autre parent, à moins qu'il y ait, par exemple, déchéance de l'autorité parentale ou encore, que le tribunal l'exige²²⁶. À cet égard, l'article 603 du C.c.Q. prévoit expressément que lorsqu'un parent décide au bénéfice de son enfant, il le fait en l'accord de l'autre.

B. Interprétation du droit canadien par les tribunaux : inégalité entre les mineurs et les majeurs aptes quant à leur autonomie décisionnelle en matière de soins

Une fois le cadre juridique établi, nous analyserons la façon dont les tribunaux ont interprété notre cadre légal en matière de soins. En ce qui a trait aux majeurs aptes, une brève analyse jurisprudentielle sera effectuée. Considérant le sujet de cet essai, seules les décisions les plus essentielles seront analysées. Quant aux mineurs, bien qu'il y ait peu de décisions rendues en cette matière²²⁷, les plus importantes seront analysées et commentées²²⁸.

1. Les majeurs aptes en fin de vie : reconnaissance d'un droit absolu en matière décisionnelle

Le droit criminel a longtemps été perçu comme étant une limite au droit civil en ce que l'omission de traitement, en l'absence de consentement, constitue une infraction criminelle. La jurisprudence a toutefois opéré un renversement de la situation à l'égard d'un majeur apte²²⁹.

L'affaire *Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec*²³⁰ constitue la première cause en droit québécois où le tribunal est appelé à statuer sur l'interprétation des nouvelles règles du *Code civil du Bas-Canada* relatives à l'étendue du droit à l'inviolabilité et à l'autonomie de la personne²³¹. Pour la première

²²⁶ MENARD MARTIN AVOCATS, préc., note 178.

²²⁷ À noter que, pour les mineurs, il s'agit essentiellement de décision qui a trait au refus de soins.

²²⁸ Voir également l'Annexe 1 laquelle contient une analyse plus exhaustive de la jurisprudence chez les mineurs.

²²⁹ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 111.

²³⁰ *Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec* [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

²³¹ En effet, en 1989, le *Code civil du Bas-Canada* est modifié pour introduire des dispositions relatives au droit à l'inviolabilité de la personne (articles 19.1 à 19.4). Les dispositions ajoutées prévoient notamment

fois, la Cour supérieure reconnaît le droit de la personne de refuser un traitement, même si celui-ci peut entraîner sa mort²³².

Dans cette affaire, une femme âgée de 25 ans, complètement apte, mais atteinte d'une paralysie motrice, est maintenue en vie grâce à respirateur artificiel. Compte tenu de l'irréversibilité de sa condition, la demanderesse souhaite le retrait de l'appareil d'assistance, et ce, malgré la fatalité de sa décision. Dans les mois précédents le dépôt de sa demande introductive d'instance, elle avait fait deux grèves de la faim pour obtenir le respect de sa décision. Cependant, en obtempérant à ses désirs, le médecin traitant craignait d'être condamné au criminel et/ou civil. Après avoir entendu l'ensemble de la preuve et s'être même rendu au chevet de la demanderesse, le juge accueille la demande sur la base du respect de son droit à l'autonomie décisionnelle.

Quelques semaines plus tard, la Cour supérieure se prononce de nouveau dans une affaire impliquant un refus de soins. Dans *Manoir de la Pointe-Bleue inc. c. Corbeil*²³³, un homme de 35 ans devenu paraplégique suite à un accident de véhicule tout-terrain, entreprend un jeûne et refuse toute forme d'alimentation et d'hydratation pour se laisser mourir. Le défendeur, totalement apte, ne souffre d'aucune forme de maladie, mais sa condition est irréversible. Ainsi, monsieur Corbeil demande à ce qu'il soit accompagné dans son jeûne et que de la médication lui soit prescrite pour soulager ses souffrances. Craignant d'accusation criminelle, le centre d'hébergement s'adresse au Tribunal pour clarifier ses droits et obligations à l'égard de ce patient. Constatant l'aptitude à consentir, le tribunal conclut que la volonté de la personne de mettre fin à ses jours doit être respectée. Son droit à l'autonomie décisionnelle doit donc l'emporter sur l'obligation du centre de lui prodiguer des soins.

En reprenant les propos du juge Paul Reeves, dans l'affaire *Goyette*²³⁴, la Cour rappelle que la primauté du droit à la vie ne l'emporte pas sur le droit à l'autonomie de la personne, et ce, même

l'exigence du consentement pour porter atteinte à une personne apte de même que les balises juridiques relatives à l'exercice du consentement substitué en cas d'inaptitude (Comité de juristes experts, pages 61 à 64).

²³² Il s'agit d'ailleurs de la première fois où une personne demandait, avec succès la cessation d'un traitement dont les conséquences probables et prévisibles étaient la mort (Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 68).

²³³ *Manoir de la Pointe-Bleue inc. c. Corbeil* [1992] R.J.Q. 712 (C.S.).

²³⁴ *Goyette (IN RE) : Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain* [1983] C.S. 429 (C.S.).

si, de manière générale, les lois fédérales et provinciales accordent une grande importance au droit à la vie :

L'état doit préserver la vie humaine, mais si, malgré ses soins, la vie devient inhumaine, c'est la dignité de la personne qui doit l'emporter sur l'intérêt de l'État. L'article 12 de la charte canadienne des droits permet alors à la personne de dire que tout traitement qu'on veut administrer est « cruel » et elle peut le refuser. Mais le test de la disparition de la dignité de vie doit être objectif²³⁵[Nos soulignés].

Un an plus tard, en 1993, dans l'affaire *Rodriguez*, la Cour suprême du Canada se prononce, pour la première fois, dans une affaire impliquant directement l'aide au suicide. Madame Sue Rodriguez, âgée de 42 ans, est atteinte de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig). À ce moment, son expectative de vie se situait entre 2 et 14 mois, toutefois, dans un avenir très rapproché, elle allait perdre la capacité de respirer, sans respirateur, de manger sans subir d'intervention chirurgicale (gastrotomie) et finalement, serait alitée de manière permanente. Ainsi, elle demandait à ce qu'une ordonnance soit rendue afin qu'un médecin puisse, à sa demande, lorsque, selon elle, la vie n'en valait plus la peine en raison de sa condition de santé, mettre en place les moyens qui lui permettraient de se donner elle-même la mort. Cette affaire controversée porte directement sur l'article 241 du C.cr.²³⁶. Essentiellement, madame Sue Rodriguez prétend que cette disposition portait atteinte aux articles 7, 12²³⁷ et 15 de la Charte canadienne et que celle-ci n'est pas justifiée en regard de l'article 1 de la Charte canadienne.

Après analyse, la Cour conclut, par une mince majorité (5 juges contre 4 juges)²³⁸, que l'article 241 du C.cr. porte atteinte aux droits garantis par les articles 7 et 15 de la Charte canadienne²³⁹, mais que cette atteinte était justifiée en regard des critères de l'arrêt *Oakes*²⁴⁰. Dans le cadre de leur analyse de l'article 7 de la Charte canadienne, les juges majoritaires prennent notamment en

²³⁵ *Manoir de la Pointe-Bleue inc. c. Corbeil*, préc., note 233, p. 719.

²³⁶ Actuellement, il s'agit de l'article 241 (1) du Code criminel qui prévoit que : 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.

²³⁷ L'article 12 de la Charte canadienne prévoit que : « Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités ».

²³⁸ Les juges dissidents sont le juge en chef Lamer et les juges l'Heureux-Dubé, Cory et McLachlin. En revanche, les juges majoritaires sont les juges La Forest, Sopinka, Gonthier, Iacobucci et Major.

²³⁹ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, p. 587 et 588.

²⁴⁰ *Id.*, p. 615.

considération le fait que le C.cr. reflète, à ce moment, une norme sociétale qui n'est pas encore généralement acceptée²⁴¹.

Ensuite, en tenant pour acquis que les personnes handicapées incapables de se suicider, sans aide, font l'objet de discrimination au sens de l'article 15 de la Charte canadienne, le juge Sopinka examine l'application de l'article 1 de la Charte, sous l'angle de la proportionnalité. De l'avis toujours de la majorité, l'objectif législatif qui vise à protéger la population vulnérable qui, dans un moment de faiblesse, pourrait être incitée à s'enlever la vie²⁴², est urgent et réel. L'objectif fondé sur l'intérêt de l'État de protéger la vie a un lien rationnel avec l'interdiction absolue de l'aide au suicide²⁴³. Selon le juge Sopinka, « le meilleur moyen de protéger efficacement la vie et les personnes vulnérables de la société est d'interdire, sans exception, l'aide au suicide »²⁴⁴.

Contrairement à l'opinion majoritaire, les quatre juges minoritaires auraient accueilli la demande de madame Rodriguez, mais auraient proposé des mesures de réparation telles que l'exigence d'une condition supplémentaire relative au consentement pouvant ainsi permettre l'aide médicale à mourir, par ordonnance judiciaire²⁴⁵.

Dans son évaluation de l'interdiction générale, le juge Sopinka considère que toutes les personnes en phase terminale sont des personnes vulnérables et qu'en conséquence, elles doivent bénéficier d'une protection de l'état²⁴⁶. En raison des craintes entretenues à l'égard des personnes vulnérables et des abus possibles, le juge Sopinka considère qu'il est impossible de trouver une solution intermédiaire. C'est d'ailleurs cette question d'interdiction générale qui sépare les deux groupes de juges. Les juges minoritaires ne contestent pas l'objectif législatif qu'est de protéger la vie et les personnes vulnérables. Cependant, la vulnérabilité est décrite

²⁴¹ Selon le juge Sopinka, le fait que diverses associations médicales aient pris officiellement position contre la décriminalisation de l'aide médicale était un élément révélateur (*Id.*, p. 608).

²⁴² *Id.*, p. 595.

²⁴³ *Id.*, p. 613.

²⁴⁴ *Id.*, p. 613.

²⁴⁵ Les juges majoritaires ont pris une approche plus globale, laquelle a eu pour effet de décriminaliser complètement l'aide au suicide alors que la minorité s'est concentrée exclusivement sur le cas présenté. Pour les juges minoritaires, il y avait possibilité d'encadrer juridiquement le processus afin de permettre aux majeurs aptes d'obtenir l'aide médicale à mourir dans des conditions bien précises. Selon eux, si le consentement est bien obtenu, les abus peuvent être prévenus (*Id.*, p. 566 et 567; et 626 et 627)

²⁴⁶ *Id.*, p. 605.

différemment. En citant les propos du juge de première instance, le juge Lamer, dissident, s'exprime ainsi en regard de l'article 241 du C.cr. : cet article « protège le jeune, l'innocent, l'incapable mental, le déprimé et tous les membres de notre société qui, à un moment particulier de leur vie, pensent, pour un motif quelconque, devoir mettre fin à leur vie²⁴⁷.

Sans nier que certaines personnes puissent se trouver dans une telle situation, le juge Lamer précise néanmoins :

J'estime que l'interdiction de l'aide au suicide a un lien rationnel avec l'objectif qui consiste à protéger les personnes vulnérables qui envisagent peut-être de mettre fin à leur vie. L'alinéa 241b) a manifestement pour effet d'assujettir aux sanctions pénales ceux qui, en utilisant la contrainte, « aident » une personne à se suicider. La restriction de cette interdiction à ceux qui ont besoin d'aide pour mettre fin à leur vie est dans une certaine mesure irrationnelle puisqu'elle est fondée sur l'hypothèse insoutenable que ceux qui ont besoin d'aide soient nécessairement plus vulnérables à la contrainte ou à une autre forme d'influence abusive. De ce fait, la disposition législative actuelle ne permet pas d'établir une distinction entre ceux qui ont choisi librement de mettre fin à leurs jours et ceux qui subissent peut-être la pression ou la contrainte d'autrui. Dans un sens, on impose la vulnérabilité à tous ceux qui sont physiquement incapables de se suicider sans aide et cette catégorie entière de personnes est par conséquent privée du droit de choisir le suicide [Nos soulignés] ²⁴⁸.

Vingt plus tard, la Cour suprême de la Colombie-Britannique, dans l'arrêt *Carter*, analyse, sous l'angle des articles 7 et 15 de la Charte canadienne, la prohibition totale de l'aide médicale à mourir. Cette fois-ci, suivant une analyse très exhaustive, la Cour conclut que la prohibition absolue contrevient aux articles 7 et 15 de la Charte canadienne et que ces violations ne sont pas justifiées en regard de l'article 1 de cette même Charte. La décision de première instance²⁴⁹ est toutefois portée devant la Cour d'appel²⁵⁰ puis devant la Cour suprême du Canada. Le 6 février

²⁴⁷ *Id.*, p. 558.

²⁴⁸ *Id.*, p. 565 et 566.

²⁴⁹ Dans le cadre de son analyse, la Cour s'appuie notamment sur l'expérience étrangère et le consensus existant à l'égard des soins de fin de vie (selon un sondage réalisé en 2010, au Québec, 78 % des répondants étaient favorables à la légalisation de l'euthanasie (voir : *Carter v. Canada (Attorney General)*, préc., note 140, p. 279 à 28). Quant à l'expérience étrangère, la juge Smith conclut que les garanties et les mesures de protection mises en place pour protéger les personnes vulnérables sont efficaces. À son avis, aucune preuve relative à la théorie de la pente glissante ne permet de soutenir que ce risque se soit concrétisé.

²⁵⁰ La décision est portée en appel par le Procureur général du Canada et le Procureur général de la Colombie-Britannique aux motifs que le recours intenté par les demandeurs est régi par les règles de *strare decisis* (principe constitutionnel selon lequel les tribunaux inférieurs doivent suivre et appliquer rigoureusement les décisions des tribunaux supérieurs de la même juridiction, lorsque la même question

2015, la décision du tribunal de première instance est maintenue à l'unanimité par la Cour suprême du Canada.

Plus particulièrement, la Cour conclut que les articles 241b) et 14 du C.cr. portent atteinte aux droits garantis par l'article 7 de la Charte canadienne, dans la mesure où ils prohibent totalement l'aide médicale à mourir à des personnes adultes capables de prendre des décisions pour leur santé, et affectées 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 »²⁵¹. Selon la Cour suprême du Canada, les médecins sont en mesure d'évaluer la capacité décisionnelle d'un individu pour déterminer s'il s'agit d'une personne vulnérable ou pas²⁵².

À titre de réparation, le Tribunal déclare les articles 241b) et 14 du C.cr. invalides et suspend la prise d'effet d'invalidité pendant douze mois pour permettre aux gouvernements d'adopter une loi en conformité avec les conclusions rendues²⁵³.

Dans cette affaire, au même titre que madame Sue Rodriguez, madame Gloria Taylor est atteinte de sclérose latérale amyotrophique. Malgré sa condition physique, ses capacités cognitives sont intactes. Compte tenu de la progression de sa maladie, madame Taylor demande à ce qu'elle puisse bénéficier de l'aide médicale à mourir au moment qu'elle choisit, quand la vie lui devient insupportable. Les autres demandeurs, Lee Carter et Hollis Johnson, fils et conjoint de madame Kathleen Carter, âgée de 89 ans et atteinte d'une sténose vertébrale²⁵⁴, craignent que des

(ou similaire) a été déjà tranchée par le tribunal supérieur et ce, tant et aussi longtemps que la Cour ne les a pas écartés), invoquant ainsi la décision *Rodriguez*. Après analyse, la majorité conclut que le tribunal inférieur était effectivement régi par la doctrine du *stare decisis* et que seule la Cour suprême du Canada, qui avait rendu la décision *Rodriguez*, pouvait en décider autrement (*Carter v. Canada (Attorney General)*, préc., note 148)

²⁵¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 127.

²⁵² *Id.*, par. 116.

²⁵³ Rappelons qu'une prolongation de quatre mois est toutefois accordée le 15 janvier 2016 reportant ainsi l'échéance au 6 juin 2016.

²⁵⁴ À savoir une condition impliquant une compression progressive de la moelle épinière. *Carter v. Canada (Attorney General)*, préc., note 148, par. 57.

procédures judiciaires soient engagées contre eux puisque madame Carter s'est rendue en Suisse, avec leur aide, pour obtenir l'aide médicale à mourir²⁵⁵.

La Cour suprême du Canada n'analyse pas l'application de l'article 15 de la Charte canadienne considérant sa conclusion relativement à l'article 7 de la Charte canadienne. Toutefois, comme nous l'avons vu, cet exercice a été réalisé par la juge de première instance.

Dans son analyse de l'article 7 de la Charte canadienne, la Cour explique que la prohibition totale porte atteinte au droit à la vie en ce qu'elle incite des personnes à s'enlever prématurément la vie, pendant qu'elles en sont capables. Elle ajoute que bien que le caractère du droit à la vie soit fondamental, il « n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix »²⁵⁶. Quant à l'atteinte du droit à la liberté et à la sécurité de la personne, elle précise que la loi empêche des personnes de prendre des décisions relatives à leur intégrité personnelle et à leurs soins médicaux et conséquemment, empiète sur leur liberté. Qui plus est, en laissant souffrir indûment madame Taylor, la loi empiète sur le droit à la sécurité de sa personne²⁵⁷.

Dans son analyse des principes de justice fondamentale, le Tribunal conclut que la prohibition totale n'est pas arbitraire puisqu'elle favorise la réalisation de l'objectif législatif²⁵⁸. Cependant, la Cour suprême du Canada conclut que cette prohibition a une portée excessive considérant qu'elle s'applique à des personnes qui ne sont pas qualifiées de vulnérables. Comme mentionné précédemment, en réponse à ce jugement, le législateur fédéral adopte, le 6 juin 2016, la Loi fédérale. Malgré la décision de la Cour suprême du Canada, le Procureur général du Canada choisit d'ajouter le critère de la « mort devenue raisonnablement prévisible ». C'est d'ailleurs ce critère qui a fait l'objet d'une contestation judiciaire, le 13 juin 2017.

En effet, à l'été 2017, monsieur Jean Truchon et madame Nicole Gladu déposent une demande introductive d'instance en jugement déclaratoire à l'encontre du Procureur général du Canada et

²⁵⁵Également, une association de défense des droits, la *British Columbia Civil Liberties Union*, est également demandeur pour supporter la demande de madame Taylor. D'autres associations ont également été autorisées, à titre d'intervenant, aux procédures.

²⁵⁶ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 42, par. 63.

²⁵⁷ *Id.*, par. 66.

²⁵⁸ Rappelons que l'objectif est de protéger les personnes vulnérables de mettre fin à ses jours dans un moment de faiblesse.

de la Procureure générale du Québec afin que l'article 26 alinéa 1, paragraphe 3 de la Loi québécoise de même que l'article 241.2 (2)d) de la Loi fédérale soient déclarés inconstitutionnels et inopérants en ce que ces dispositions contreviennent aux articles 7 et 15 de la Charte canadienne et que ces contraventions ne sont pas justifiées en regard de l'article premier de cette même Charte.

Le premier demandeur, monsieur Jean Truchon, âgé de 51 ans, est atteint de paralysie cérébrale spastique avec triparésie depuis sa naissance. En 2012, son état de santé s'est gravement détérioré de sorte qu'un diagnostic de sténose spinale avec myélomaladie²⁵⁹ est posé à son endroit. Il perd l'usage de son seul membre fonctionnel et doit donc être hébergé en CHSLD puisqu'il est devenu complètement dépendant.

La demanderesse quant à elle, madame Nicole Gladu, âgée de 73 ans, est une survivante d'une forme paralysante aiguë de la poliomyélite de laquelle elle conserve de graves séquelles dont une faiblesse du côté gauche du corps, une grave scoliose et une capacité pulmonaire restrictive. En 1992, un diagnostic de syndrome dégénératif musculaire post-poliomyélite²⁶⁰ est posé à son endroit²⁶¹; ce qui a pour conséquence la présence de nouvelles limitations physiques et une diminution de son autonomie.

Le 11 septembre 2019, sous la plume de l'honorable Christine Baudouin, la Cour supérieure²⁶² rend ses conclusions relativement à cette affaire et conclut que les dispositions contestées sont inconstitutionnelles en ce qu'elles contreviennent aux articles 7 et 15 de la Charte canadienne et ces contraventions ne sont pas justifiées en regard de l'article premier de cette même Charte²⁶³. Elle suspend cette déclaration d'invalidité pour une période de six (6) mois à compter du jugement et accorde une exemption constitutionnelle aux demandeurs durant cette période²⁶⁴. Le jugement n'a pas été porté en appel et les délais pour le faire sont échus.

²⁵⁹ Nécrose de la moelle épinière.

²⁶⁰ Maladie neurologique dégénérative se caractérisant par une fatigue généralisée, un affaiblissement musculaire progressif ou soudain et des douleurs musculaires qui réduisent la mobilité.

²⁶¹ Outre ce nouveau diagnostic, la demande présente également une grave ostéoporose, une hernie hiatale et une maladie pulmonaire obstruction sévère avec désaturation nocturne en raison de sa scoliose.

²⁶² *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38.

²⁶³ *Id.*, par. 764 et 765. En ce qui a trait à la loi provinciale, la juge ne s'est prononcée qu'à l'article 7 de la Charte canadienne, considérant ses conclusions en regard de l'article 15 de la Charte canadienne.

²⁶⁴ *Id.*, par. 766 et 767.

Avant d'exposer ses motifs et répondre aux questions en litige, la juge Baudouin fait une analyse exhaustive de l'historique législatif des lois contestées, de la pratique de l'aide médicale à mourir au Canada de même que celle des autres pays dans lesquels l'aide médicale à mourir est légale²⁶⁵.

Quant à la question de vulnérabilité, elle conclut qu'elle doit s'apprécier de manière individuelle, au cas par cas, selon la condition du patient et qu'une vulnérabilité collective n'a pas lieu d'être. Pour le reste, les conclusions de la juge Baudouin s'apparentent à celles rendues dans l'arrêt *Carter*. Quant à l'expérience étrangère et nationale, elle conclut que les données ne permettent pas de constater des dérives ou même, un risque accru auprès de la population vulnérable²⁶⁶. Elle précise que le processus de l'aide médicale à mourir au Canada est strict et rigoureux et qu'aucune faiblesse évidente n'est démontrée. Les médecins impliqués dans ce processus sont en mesure d'évaluer la capacité des patients à consentir de manière libre et éclairée²⁶⁷.

Dans le cadre de son analyse des questions en litige, la juge Baudouin conclut d'abord que l'arrêt *Carter* n'établit pas un droit constitutionnel à l'aide médicale à mourir (argument invoqué par la partie demanderesse). Conséquemment, les demandeurs ont le fardeau de démontrer l'inconstitutionnalité des lois²⁶⁸.

Par la suite, la Cour analyse la constitutionnalité de la Loi fédérale en regard des articles 7 et 15 de la Charte canadienne. D'abord, quant à l'article 7 de la Charte canadienne, la juge Baudouin conclut que ces droits sont brimés si le critère de mort raisonnablement prévisible est maintenu puisque les demandeurs seront exposés à un risque accru de mort en ce que madame Gladu a l'intention d'aller en Suisse et monsieur Truchon, de se laisser mourir de faim et de soif, faute de ne pas pouvoir bénéficier d'un moyen moins souffrant de mettre fin à leur vie²⁶⁹. L'État les force donc à endurer de pénibles souffrances, les empêchant d'exercer leur autonomie décisionnelle

²⁶⁵ *Id.*, par. 74 à 466. Soulignons que ce terme n'est pas utilisé dans les autres pays. Les termes « euthanasie » et « aide au suicide » sont utilisés.

²⁶⁶ *Id.*, par. 466.

²⁶⁷ *Id.*

²⁶⁸ *Id.*, par. 497 à 503. La Cour supérieure précise néanmoins que les lois contestées ne sont pas compatibles avec les paramètres énoncés dans cet arrêt et prive les personnes se trouvant dans des conditions similaires que celle des demandeurs dans l'arrêt *Carter* de bénéficier de l'aide médicale à mourir.

²⁶⁹ *Id.*, par. 520 à 522.

sur leur propre corps et les prive de la possibilité de faire un choix respectueux de leur dignité et de l'intégrité²⁷⁰.

Après avoir conclu à une atteinte de l'article 7 de la Charte, la juge examine si cette atteinte est conforme aux principes de justice fondamentale. Bien qu'il existe un lien rationnel entre l'objectif de la mesure contestée, à savoir la protection des personnes vulnérables, et que celle-ci ne soit pas arbitraire, la juge conclut que la restriction imposée par l'État est de portée excessive puisqu'elle empêche des personnes aptes, bien renseignées, qui ont un désir rationnel de mettre fin à leurs souffrances en raison d'une condition de santé grave et irrémédiable, de demander cette aide ²⁷¹. Qui plus est, la juge considère que la mesure contestée est disproportionnée puisqu'elle impose aux demandeurs une véritable obligation de vivre en les privant de ce soin²⁷². Ainsi, le caractère excessif et disproportionné de la mesure contestée la rend non conforme aux principes de justice fondamentale²⁷³.

Finalement, appliquant les critères de l'arrêt *Oakes*, la juge Baudouin admet que l'objectif législatif peut posséder un caractère urgent et réel considérant les conséquences possibles de mort²⁷⁴ et que la prohibition d'accès à l'aide médicale à mourir constitue un moyen rationnel de réduire certains risques et donc de protéger certaines personnes vulnérables qui pourraient, dans un moment de détresse, vouloir mettre fin à leur vie²⁷⁵. Cependant, de son avis, la mesure contestée ne rencontre pas les exigences de l'article 1, car elle ne constitue pas le « moyen le moins radical de protéger les personnes vulnérables »²⁷⁶. Selon la juge Baudouin, les autres critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir sont suffisants pour assurer que l'aide médicale à mourir sera dispensée aux personnes qui y ont droit²⁷⁷. Pour terminer son analyse de l'article 1, la juge estime que les effets de la mesure contestée sont disproportionnés, car les effets préjudiciables sur des personnes comme les demandeurs sont supérieurs aux bénéfices escomptés pour l'ensemble de la société, et ce, compte tenu des autres mesures de sauvegarde

²⁷⁰ *Id.*, par. 532 à 535.

²⁷¹ *Id.*, par. 573.

²⁷² *Id.*, par. 584 à 586.

²⁷³ *Id.*, par. 587 et 588.

²⁷⁴ *Id.*, par. 601.

²⁷⁵ *Id.*, par. 615.

²⁷⁶ *Id.*, par. 618.

²⁷⁷ *Id.*, par. 621.

prévues par la loi²⁷⁸. La Cour conclut donc que l'atteinte aux droits fondamentaux ne se justifie pas en vertu de l'article 1 de la Charte²⁷⁹.

Quant à l'article 15 de la Charte canadienne, la Cour conclut que l'exigence prévue à la Loi fédérale crée une distinction fondée sur la déficience physique en ce que celle-ci « les empêche de choisir leur fin de vie alors que d'autres personnes atteintes de déficiences physiques, mais dont la mort est proche peuvent en bénéficier en toute légalité »²⁸⁰. Ensuite, quant au deuxième volet de l'analyse, soit celui de savoir si le critère fédéral impose un fardeau, la Cour conclut par l'affirmative. Bien qu'elle constate que ces personnes puissent être confrontées à des stéréotypes et à des préjugés, la juge Baudouin conclut néanmoins que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible perpétue un préjugé et un désavantage pour les personnes atteintes d'une déficience physique en raison de cette caractéristique personnelle, car elle ne tient pas compte de leur situation propre ni des caractéristiques et besoins propres des demandeurs et des autres personnes atteintes d'une déficience physique²⁸¹. La Cour conclut que le législateur évoque une vision paternaliste à l'égard des personnes comme les demandeurs en soutenant que le critère établi par la loi est nécessaire pour protéger la vulnérabilité des personnes handicapées. La Cour conclut finalement que cette atteinte n'est pas justifiée en vertu de l'article 1 de la Charte : les mêmes arguments que pour la violation de l'article 7 s'appliquent²⁸².

Finalement, la juge Baudouin analyse s'il y a violation des articles 7 et 15 de la Charte canadienne en regard de la Loi québécoise. Essentiellement, ce sont les mêmes arguments invoqués au sujet de l'article 15 de la Charte canadienne de même que lors de l'analyse de l'article 1 de Charte canadienne²⁸³. Considérant son analyse sur la situation particulière de la loi provinciale, le

²⁷⁸ *Id.*, par. 632 à 637.

²⁷⁹ *Id.*, par. 638.

²⁸⁰ *Id.*, par. 663.

²⁸¹ *Id.*, par. 670 à 674.

²⁸² *Id.*, par. 685 à 690.

²⁸³ La juge conclut qu'en limitant l'accès aux personnes en fin de vie, le critère de fin de vie produit la même inégalité de traitement que l'exigence fédérale contestée, à savoir une inégalité dans la reconnaissance du droit à l'autonomie des personnes atteintes d'une maladie grave et incurable. Quant à l'analyse de l'article 1 de la Charte canadienne, la Cour conclut que le critère de fin de vie ne porte pas le moins possible atteinte au droit à l'égalité des demandeurs et qu'en conséquence, l'atteinte ne se justifie pas en regard de l'article 1 de la Charte canadienne. (*Id.*, par.716 à 732).

Tribunal n'examine pas la disposition contestée à la lumière de l'article 7 de la Charte canadienne²⁸⁴.

2. *Les mineurs en fin de vie : positionnement du juge face aux conflits de valeurs entre les familles et le corps médical*

Comme nous l'avons vu ci-haut, l'évolution jurisprudentielle a consacré le droit du majeur apte de refuser des soins, et ce, même si celui-ci entraînait la mort. Le droit à l'autonomie du majeur et le droit à l'inviolabilité de la personne ont été reconnus par les tribunaux. Ainsi, nous pouvons nous questionner à savoir de quelle façon les tribunaux ont interprété le droit lorsque la situation concerne un mineur souffrant, atteint d'une maladie grave et irrémédiable ou encore, la situation d'un mineur refusant des soins (ou son parent, via le consentement substitué) pouvant avoir des conséquences graves sur la santé de ce dernier.

Comme l'aide médicale à mourir n'est pas permise pour les mineurs, aucune décision ne peut être répertoriée sur la question. Toutefois, en droit canadien, les tribunaux ont eu à quelques reprises à se prononcer sur des cas impliquant des mineurs et le refus de soin ou encore, la cessation de traitement. Ainsi, une étude jurisprudentielle relative à ces situations sera effectuée. Cette analyse nous permettra d'obtenir davantage d'outils pour répondre à la troisième partie de cet essai.

a) À l'échelle provinciale : une question d'âge pour la majorité médicale

Un examen attentif de la jurisprudence québécoise confirme que les décisions de refus de traitement des mineurs ou de ses parents sont souvent infirmées par les tribunaux. De manière générale, les magistrats accueillent souvent les ordonnances de traitement lorsque le refus du mineur ou de son titulaire de l'autorité parentale met en danger la vie ou l'intégrité de l'enfant²⁸⁵. Cependant, il convient de se questionner à savoir si les tribunaux font preuve davantage de retenue lorsqu'il est question d'un mineur âgé de 14 ans et plus.

²⁸⁴ *Id.*, par. 733.

²⁸⁵ Voir ANNEXE 1.

i. Les mineurs de 14 ans et plus

Dans l'affaire *Hôpital Sainte-Justine c. Giron*²⁸⁶, une jeune fille témoin de Jéhovah, âgée de 15 ans, doit subir une intervention chirurgicale où des transfusions sanguines seront probablement nécessaires. Elle et ses parents s'opposent à toute transfusion sanguine. Dans ces circonstances, le centre hospitalier dépose une demande d'autorisation de traitement pour passer outre ce refus. Considérant l'âge de l'enfant, ces volontés sont prises en considération par le tribunal. Toutefois, la Cour conclut que la vie de l'enfant prime sur la religion de cette dernière. Elle ordonne donc qu'au besoin, les transfusions sanguines soient données durant l'intervention chirurgicale.

Quelques décisions judiciaires ont été rendues sur ce même sujet. Parmi les autres décisions figurent notamment celle de l'affaire *Hôpital de Montréal pour enfants c. J. (D.)*²⁸⁷. Dans cette affaire, il est question d'un adolescent²⁸⁸ de même que sa mère qui refusent de recevoir toutes transfusions sanguines pour des raisons religieuses lors d'une opération à laquelle il devra se soumettre. Encore une fois, la Cour estime que la décision est déraisonnable dans le contexte où celles-ci s'avèrent nécessaires ou utiles. La Cour autorise donc l'opération et les transfusions sanguines malgré le refus.

Dans le même ordre d'idée, dans l'affaire *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. X.*²⁸⁹, la Cour accueille en partie une ordonnance de traitement en ce qu'elle réduit la durée de traitement à 6 mois plutôt que 2 ans. Dans cette affaire, une jeune fille âgée de 14 ans et un mois souffrant d'une maladie grave est susceptible de recevoir des transfusions sanguines dans le cadre de ses soins. Étant témoin de Jéhovah, la jeune fille refuse toutefois de signer le consentement relatif aux transfusions sanguines. Elle consent cependant à l'utilisation d'un traitement alternatif, à savoir un traitement d'érythropoïétine (l'EPO), soit une hormone favorisant la production de globules rouges par le corps. Ainsi, la Cour conclut que le traitement d'EPO serait utilisé et que les transfusions sanguines ne le seraient que dans des cas très spécifiques lorsque la vie de l'enfant

²⁸⁶ *Hôpital Sainte-Justine c. Giron*, 2002 CanLII 34269 (QC CS).

²⁸⁷ *Hôpital de Montréal pour enfants c. J. (D.)*, 11 juin 2011, Cour supérieure, REJB 2001-25172.

²⁸⁸ L'âge de l'adolescent n'est pas précisé. Cependant, celui-ci est âgé de plus de 14 ans.

²⁸⁹ *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. X.*, 29 août 2017, Cour supérieure, REJB 2014-242146.

est menacée²⁹⁰. Avant de conclure, le Tribunal prend en considérant le témoignage de la jeune fille. Questionnée sur les impacts de recevoir des transfusions sanguines, le Tribunal estime que l'adolescente n'est pas en mesure de répondre de manière réfléchie et qu'elle ne peut apprécier les conséquences de sa décision.

Dans une affaire relativement récente²⁹¹, la Cour accueille, en partie, une demande d'ordonnance de traitement à l'encontre d'une enfant âgée de 14 ans et trois mois atteinte d'une forme de cancer, un lymphome hodgkinien, qui refuse toute transfusion sanguine. Cependant, la preuve démontre que les transfusions sont une conséquence probable de la chimiothérapie récemment entreprise pour le traitement de son cancer. Le centre hospitalier prétend que l'enfant ne présente pas la maturité nécessaire pour pouvoir décider et que son consentement est vicié vu la pression de ses parents quant à la religion. En revanche, en se basant sur l'arrêt *A.C. c. Manitoba* que nous verrons en détail plus loin, les défendeurs prétendent que la mineure est dotée d'une maturité suffisante pour prendre cette décision et que celle-ci est dans le meilleur intérêt de l'enfant et le respect de son autonomie.

Dans cette affaire, bien que la Cour prenne en considérant les propos tenus par la Cour suprême du Canada dans cet arrêt de principe, le juge rappelle que la doctrine du « mineur mature » ne s'applique pas en l'espèce. Ainsi, la Cour conclut que l'examen de la maturité de l'enfant est peu pertinent en l'espèce puisque les règles de droit civil prescrivent d'emblée « l'âge charnière afin de décider des soins requis par l'état de santé »²⁹². La Cour rappelle que nos tribunaux accordent une grande importance au caractère sacré de la vie lorsqu'il est question d'un enfant mineur :

La valeur accordée à la vie par nos tribunaux a préséance sur celle du droit à l'intégrité du mineur. L'intérêt supérieur de l'enfant tel que vu et accepté par notre société prime sur sa volonté exprimée de refuser un traitement, surtout si celui-ci est susceptible de lui sauver la vie avec peu ou pas d'effets secondaires néfastes. Au nom de ces valeurs, il est permis de qualifier cette approche de paternaliste, car elle perçoit l'enfant comme une personne nécessitant la protection de la société²⁹³[Nos soulignés].

²⁹⁰ Par exemple, en cas d'abaissement du taux d'hémoglobine à moins de 60 et une anémie associée à une défaillance multiorganique.

²⁹¹ *Centre universitaire de santé McGill (CUSM--Hôpital général de Montréal) c. X*, 1 septembre 2017, Cour supérieure, EYB 2017-284080.

²⁹² *Id.*, par. 43.

²⁹³ *Id.*, par. 52.

La Cour accueille la demande d'autorisation de traitements et conclut qu'il est conforme à l'article 33 du C.c.Q. d'adopter une attitude conservatrice voire paternaliste pour protéger les enfants de prendre des décisions fatales et irréversibles²⁹⁴.

ii. Les mineurs de 14 ans et moins

En 1982, la Cour supérieure rend un premier jugement concernant la situation d'un mineur âgé de 14 ans et moins dont le refus de traitement peut engendrer des conséquences graves pour ce dernier. Dans l'affaire *Goyette*, les parents d'une enfant trisomique âgée de 26 mois refusent une intervention chirurgicale pour la malformation cardiaque dont cette dernière souffre. Après analyse de l'intérêt supérieur de l'enfant, de l'analyse des bénéfices et risques de cette intervention chirurgicale, la Cour autorise le traitement. La preuve a permis de démontrer que l'intervention chirurgicale permettait d'améliorer la condition de l'enfant et de la faire progresser sur le plan physique et psychomoteur. Dans ces motifs, le tribunal explique que le handicap physique ou mental de l'enfant n'a pas à être pris en considération dans l'analyse des droits de l'enfant²⁹⁵.

Quant à la situation particulière des témoins de Jéhovah, les tribunaux ont traité quelques décisions problématiques au fil des dernières années. Se basant sur les conclusions retenues dans l'arrêt de la Cour suprême du Canada, dans l'affaire *B. (R). c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, la Cour, dans l'affaire *Centre hospitalier universitaire de Québec c. A*²⁹⁶., autorise les médecins à procéder aux transfusions sanguines requises pour deux jumeaux nés prématurément. Elle rappelle que la vie de l'enfant ne doit pas être obligatoirement en danger pour écarter le refus de traitement des parents. Par ailleurs, elle rappelle que la liberté de religion des parents ne peut pas être invoquée lorsque la vie, la sécurité et la santé de l'enfant sont en danger.

²⁹⁴ *Id.*, par. 54.

²⁹⁵ *Goyette (IN RE) : Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain*, préc., note 234, p. 433 et 434.

²⁹⁶ *Centre hospitalier universitaire de Québec c. A*, 2007 QCCS 2419.

Dans l'affaire *Centre hospitalier de Sherbrooke – site Fleurimont c. B. (P.)*²⁹⁷, les parents d'un bébé de 27.3 semaines s'opposent à ce qu'il reçoive des transfusions sanguines dans le cadre des soins prodigués à l'enfant. Le juge rappelle les principes élaborés dans l'arrêt *B. (R). c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, à l'effet que des transfusions sanguines peuvent être administrées, malgré le refus des parents, si celles-ci sont nécessaire et dans l'intérêt de l'enfant. En l'espèce, comme aucune alternative de traitement n'existait, le juge autorise la demande du centre hospitalier.

L'un des autres cas est celui du *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. C. (M.)*²⁹⁸. Dans cette affaire, l'enfant âgée de 3 mois souffre d'une insuffisance cardiaque sévère. Suivant une intervention chirurgicale importante, l'enfant est placée sous circulation sanguine extracorporelle. Sa situation peut toutefois nécessiter des transfusions sanguines, soins auxquels les parents s'y objectent, pour des motifs d'ordre religieux, d'où la raison pour laquelle le centre hospitalier saisit la Cour. En l'espèce, la Cour conclut qu'il était dans le meilleur intérêt de l'enfant d'autoriser les transfusions sanguines malgré le refus des parents.

Bref, dans plusieurs autres décisions, la Cour renverse le refus de soins des parents à l'égard de leur enfant²⁹⁹. Notamment, dans l'affaire *Hôpital St-François d'Assise c. Lacasse*³⁰⁰, la Cour autorise la transfusion sanguine malgré le refus des parents témoins de Jéhovah. Il en fut de même relativement à la décision des parents de refuser une intervention chirurgicale, ayant un taux de succès de près de 95 %, à l'égard de leur bébé trisomique âgé de six jours³⁰¹.

Contrairement aux décisions précédentes, en 1983, dans l'affaire *Couture-Jacquet c. Montreal Children Hospital*³⁰², la Cour d'appel renverse la décision de la Cour supérieure qui avait autorisé les soins malgré le refus de la mère. Dans cette affaire, l'enfant, âgé de trois ans et huit mois, avait déjà subi trois séries de traitements de chimiothérapie pour son cancer. Ces derniers lui avaient causé des effets secondaires non négligeables à savoir notamment : vomissements, perte de

²⁹⁷ *Centre hospitalier de Sherbrooke – site Fleurimont c. B. (P.)*, 2012 QCCS 3679.

²⁹⁸ *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. C. (M.)*, 10 juin 2013, Cour supérieure, EYB 2013-223102.

²⁹⁹ Voir Annexe 1.

³⁰⁰ *Hôpital St-François d'Assise c. Lacasse* [1993] R.D.F. 348 C.S.

³⁰¹ *Centre hospitalier Ste-Marie c. Fournier* [1996] R.J.Q. 2325 C.S.

³⁰² *Couture-Jacquet c. Montreal Children Hospital* [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.).

cheveux, atteinte importante au niveau de sa fonction rénale et perte de son acuité auditive. Si l'enfant ne subissait pas ce traitement, les conséquences probables étaient la mort. En revanche, la nouvelle série de traitement de chimiothérapie que l'on souhaitait administrer à l'enfant avait 10 à 20 % de chances de guérison. Qui plus est, la reprise d'un nouveau traitement, très souffrant, augmentait les risques d'irréversibilités de sa condition. En plus d'un appareil auditif, l'enfant se serait probablement trouvé en hémodialyse le temps d'une greffe du rein. La Cour d'appel conclut, de manière unanime, que la décision prise par la mère n'est pas contraire au meilleur intérêt de l'enfant et considère que les bénéfices versus les risques liés refus de traitement sont plus grands.

En 1988 et en 1990, la Cour supérieure rend des jugements similaires en ce qu'elle confirme la décision des parents de refuser une intervention chirurgicale. Dans la première affaire³⁰³, il s'agit d'une chirurgie souhaitant être prodiguée à un bébé trisomique atteint de malformations cardiaques et de blocage d'une artère pulmonaire. Dans la seconde³⁰⁴, il s'agit d'un enfant atteint de spina-bifida et d'hydrocéphalie. Encore une fois, la preuve a permis de démontrer que les risques versus les bénéfices étaient plus grands. Peu de décisions ont été rendues en ce sens. Tel que mentionné, dans la plupart des cas, les tribunaux adoptent une approche basée sur la prudence et autorisent les soins malgré le refus des parents³⁰⁵. L'approche des tribunaux est donc davantage basée sur la notion de risques et de bénéfices que sur le respect de la volonté du mineur ou de son parent.

b) À l'échelle nationale : une question de maturité pour la majorité médicale

Comme une analyse exhaustive de la jurisprudence canadienne pourrait faire l'objet d'un autre essai, seules quelques décisions seront relevées. Une décision importante de la Cour suprême sera toutefois plus amplement analysée et commentée.

³⁰³ *Protection de la jeunesse 332*, [1988] R.J.Q. 1666 (C.S.). Voir l'Annexe I pour plus d'informations relativement à ce cas.

³⁰⁴ *Commission de protection des droits de la personne c. C.T. et G.R.* [1990] R.R.Q. 1674 (C.S.). Voir l'Annexe I pour plus d'informations relativement à ce jugement.

³⁰⁵ Voir l'Annexe 1.

Contrairement au droit québécois, le concept de mineur mature est reconnu par les tribunaux canadiens. Dans le contexte de décision relative au maintien des traitements, nous n'avons pas retracé de décision concernant un mineur mature âgé de moins de 12 ans. L'ensemble des décisions a trait aux mineurs âgés d'au moins 12 ans et traite souvent de la question du refus de l'adolescent et/ou des parents de consentir à des traitements, et ce, en raison de leur conviction religieuse. La plupart du temps, les tribunaux ordonnent le traitement malgré le refus si la décision engendre le décès ou des conséquences graves. En revanche, la volonté de la personne mineure est respectée si, même traitée, son pronostic est défavorable ou encore, le traitement est susceptible d'être douloureux et traumatisant pour cette dernière³⁰⁶.

La cause *J.S.C. c. Wren*³⁰⁷ est un exemple de l'une des premières situations où la volonté de la jeune fille a été respectée, malgré le refus des parents. Dans cette affaire, l'adolescente, âgée de 16 ans, souhaite un avortement alors que ses parents s'y opposent. La Cour d'appel d'Alberta reconnaît la jeune fille comme étant une personne dotée de la maturité suffisante pour prendre cette décision et conclut que : « We infer that shed did have sufficient intelligence and understanding to make up her own mind and did so. At her age and level of understanding, the law is that she is to be permitted to do so »³⁰⁸.

Dans l'affaire *H.T. c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*³⁰⁹, une adolescente âgée de 13 ans souffrant d'anémie aplastique refuse de consentir à toute transfusion sanguine puisqu'elle est témoin de Jehovah. Sa mère corrobore également sa décision. À l'audience, l'équipe médicale témoigne à l'effet que l'enfant ne possède pas la maturité suffisante et indépendante pour pouvoir prendre cette décision. L'enfant est donc confiée temporairement à l'État afin qu'elle puisse bénéficier des soins nécessaires.

Dans *Dueck (Re)*³¹⁰, le tribunal conclut que le jeune garçon âgé de 13 ans n'a pas la maturité suffisante et indépendante pour refuser la poursuite de la chimiothérapie et l'opération au niveau de sa jambe. À l'audition, la preuve permet de démontrer que son père avait une grande influence

³⁰⁶ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 60.

³⁰⁷ *J.S.C. c. Wren* 1986 ABCA 249.

³⁰⁸ *Id.*, par. 16.

³⁰⁹ *H.T. c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto* (1996), 138 D.L.R. (4th) 144 (C. Ont. (Div. gén.)).

³¹⁰ *Dueck (Re)*1999, 171 D.L.R. (4th) 761 (B.R. Sask).

sur ce dernier en ce qu'il contrôlait l'information que son fils recevait. Ainsi, la Cour autorise le traitement malgré le refus, et ce, en prenant également en considérant les risques versus les bénéfices d'un tel refus.

Une autre affaire portant sur l'administration de transfusion sanguine est rendue en 2002, dans *H.(A.) v. Alberta (Director of Child Welfare)*³¹¹. Une adolescente âgée de 16 ans et demi, souffrant d'une forme de leucémie (une myéloïde aiguë) refuse d'entreprendre une chimiothérapie comportant l'administration de tout produit sanguin. Les chances de succès du traitement sont de 40 à 50 % et de 50 à 65 % s'ils sont accompagnés d'une greffe de la moelle osseuse. Initialement, ses parents avaient eux aussi refusé le traitement. Cependant, le père est revenu sur sa décision et souhaitait que sa fille subisse le traitement. Ne souhaitant pas administrer le traitement, à l'encontre de la décision de la patiente, une ordonnance de traitement est demandée. La juge ordonne le traitement estimant que l'adolescente n'a pas la maturité suffisante pour décider de mourir. Plus particulièrement, elle estime qu'elle n'a pas suffisamment d'expérience de vie ni le développement nécessaire pour s'interroger sur les préceptes de sa décision³¹².

Dans l'affaire *U.(C.)(Friend of) v. McGonigle*³¹³, une autorisation de traitement permettant d'administrer des transfusions sanguines est ordonnée à l'encontre d'une adolescente âgée de 16 et demi. La patiente, témoin de Jéhovah, consent à une intervention chirurgicale pour contrôler un dysfonctionnement menstruel. Cependant, elle et sa famille refusent que toute transfusion sanguine soit administrée durant la chirurgie. La famille porte le jugement en appel arguant qu'en tant que mineure mature, elle peut refuser un traitement et, selon elle, ses droits fondamentaux (2a et 7 de la Charte canadienne) ont été violés. L'appel est refusé. Bien que les volontés du mineur doivent être prises en considération, le meilleur intérêt de l'enfant a préséance lorsqu'il est question de traitements essentiels.

³¹¹ *H. (A.) v. Alberta (Director of Child Welfare)* 2002 ABPC 171 (CanLII).

³¹² *Id.*, p. 761. En appel, la décision a été maintenue et l'autorisation d'appel a par la suite été refusée (*H. (B.) v. Alberta (Director of Child Welfare)*, 2002 ABQB 279, *B.H. v. Alberta (Director of Child Welfare)*, 2002 ABQB 899 (CanLII)).

³¹³ *U. (C.) (Friend of) v. McGonigle*, 2003 ABCA 66.

Dans d'autres cas, les tribunaux ont confirmé la décision du mineur lorsqu'ils estimaient que celui-ci avait la capacité de refuser les soins compte tenu de sa maturité. Par exemple, dans l'affaire *Re L.D.K.*³¹⁴, malgré le jeune âge de la patiente, à savoir 12 ans, le tribunal confirme la décision de refus. Cependant, le tribunal prend en considération les bénéfices et les risques de ne pas subir le traitement de chimiothérapie. La preuve a démontré que les chances de succès du traitement sont très faibles (10 à 30 %). La Cour estime également qu'il serait plus préjudiciable d'ordonner le traitement compte tenu des croyances religieuses de l'enfant et de la souffrance vécue lors des autres traitements. Dans une autre affaire³¹⁵, le juge confirme le refus de traitement de l'adolescent âgé de 15 ans puisqu'il considère que le traitement a 40 % de chances de succès et le fait que le patient a la maturité suffisante pour pouvoir prendre une décision autonome quant à sa personne.

Ensuite, l'un des jugements les plus importants relativement aux droits des mineurs en regard des soins de santé est celui rendu par la Cour suprême du Canada, en 2009, dans l'affaire *A.C. c. Manitoba*. Bien que ce jugement ait été rendu dans le contexte particulier du cadre juridique de la province du Manitoba, il s'agit d'un des seuls jugements rendus par la Cour suprême du Canada relativement à la capacité décisionnelle du mineur dans le cadre des soins³¹⁶.

Essentiellement, il s'agit du cas d'une adolescente âgée de 14 ans et 10 mois nécessitant une transfusion sanguine dans le cadre d'un saignement gastro-intestinal résultant de la maladie de Crohn. Cependant, étant témoins de Jéhovah, l'adolescente et ses parents refusent toute transfusion sanguine. Suivant l'application de la loi manitobaine³¹⁷, une ordonnance de traitement est rendue et la transfusion sanguine est donnée. L'adolescente et les parents interjettent la décision en appel soutenant que la loi manitobaine est inconstitutionnelle en ce

³¹⁴ *Re L.D.K.*, (1985), 48 R.F.L. (2d) 164 (C. prov. Ont. (Div. fam.)).

³¹⁵ *Re A.Y.* (1993) 111 Ndlf & P.E.I.R. 91 (C.S.T-N.).

³¹⁶ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 42.

³¹⁷ En vertu de l'article 25(8) et 25 (9) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, CPLM c. C80, le directeur des services de l'enfant peut demander une autorisation du tribunal s'il estime qu'un enfant âgé a besoin de protection. Au Manitoba, la majorité médiale est établie à 16 ans. Ainsi, lorsque l'enfant est âgé de 16 ans et plus, il peut consentir seul à ses soins et son refus doit être respecté, à moins que la Cour estime que la personne est inapte à consentir. En revanche, si l'adolescent est âgé de moins de 16 ans, la législation prévoit que le tribunal peut ordonner un soin s'il considère qu'il est dans le meilleur intérêt du mineur (*A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 2).

qu'elle porte atteinte aux articles 2a), 7 et 15 de la Charte canadienne. La Cour d'appel³¹⁸ et ensuite, la Cour suprême du Canada confirme la constitutionnalité des dispositions contestées et l'ordonnance de traitement.

D'entrée jeu, la juge Abella, majoritaire, précise que, si la maturité est prise en considérant dans le cadre de l'analyse de l'intérêt de l'enfant, les dispositions législatives contestées sont constitutionnelles. Elle précise que pour « respecter le droit en constante évolution de l'adolescent de prendre des décisions médicales, le tribunal doit évaluer de façon approfondie sa maturité »³¹⁹.

Avant d'analyser spécifiquement s'il y a atteinte aux droits fondamentaux, la juge fait une analyse jurisprudentielle de la question du mineur mature puis l'analyse des différentes publications universitaires sur la question. Essentiellement, elle note qu'il ressort des ouvrages que plusieurs adolescents peuvent techniquement avoir la capacité de prendre des décisions complexes, malgré qu'ils puissent être incapables de faire des choix véritablement autonomes³²⁰. Selon la Cour, plusieurs facteurs peuvent influencer sur la capacité de l'adolescent et faire en sorte que ce dernier ne soit pas en mesure de prendre des décisions indépendantes³²¹.

Lorsqu'il est question d'un nouveau-né ou encore, d'un jeune enfant, le critère de l'intérêt de l'enfant n'est pas matière à controverse, selon la juge Abella³²² : il doit être pris en considération. Cependant, les adolescents matures peuvent avoir des revendications importantes en matière d'autonomie de leur personne et donc, souhaiter que leur volonté soit respectée³²³. Ceci étant dit, selon la juge Abella, il faut que les mineurs de 16 ans et moins puissent démontrer qu'ils possèdent une maturité suffisante pour être capables de prendre des décisions concernant leur état de santé. Ainsi : « plus le tribunal est convaincu que l'enfant est capable de prendre des décisions véritablement mature et indépendante, plus il doit accorder de poids aux opinions de l'enfant dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire prévu »³²⁴.

³¹⁸ *Director of Child and Family Services v. A.C.*, 2007 MBCA 9 (CanLII).

³¹⁹ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11, par. 4.

³²⁰ *Id.*, par. 71.

³²¹ *Id.*, par. 78. Par exemple, l'influence des parents à l'égard de l'enfant.

³²² *Id.*, par. 82.

³²³ *Id.*, par. 83.

³²⁴ *Id.*, par. 89.

Dans le cadre de l'analyse de l'intérêt de l'enfant, le juge doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs dont les besoins intellectuels de l'enfant, son stade d'évolution intellectuelle, affective et physique, ses opinions et ses préférences³²⁵.

Quant à l'article 7 de la Charte, la Cour conclut qu'il peut y avoir une véritable atteinte au droit à l'autonomie du jeune âgé de 16 ans et moins si l'État ne permet pas à ces derniers de prouver qu'ils sont en mesure de prendre une décision mature et indépendante. En citant les propos de Jane Fortin, la juge Abella rappelle que lorsque l'enfant est doté d'une maturité suffisante, on doit recourir le moins possible :

aux interventions paternalistes destinées à protéger les adolescents contre les erreurs susceptibles de mettre leur vie en danger, tout en restreignant les limites autocratiques et arbitraires que les adultes pourraient imposer à leur potentiel d'autonomie³²⁶.

Ainsi, bien que la distinction relative à l'âge puisse paraître, à première vue arbitraire, la Cour conclut qu'il n'est pas arbitraire de permettre aux jeunes mineurs la possibilité de prouver qu'ils possèdent la maturité suffisante pour prendre une décision relativement à leurs soins³²⁷.

Quant à l'article 15 de la Charte canadienne, la Cour conclut dans le même sens. Une distinction législative fondée sur l'âge peut paraître, à première vue, discriminatoire. Cependant, si les mineurs âgés de 16 ans et moins peuvent prouver qu'ils ont la maturité suffisante, la discrimination fondée sur l'âge n'est pas démontrée³²⁸. De cette façon, le tribunal peut en quelque sorte, « calibrer leur aptitude à décider du traitement médical en fonction de la maturité et non de leur âge »³²⁹.

Finalement, quant à l'article 2a) de la Charte canadienne, la Cour reprend le même raisonnement : il n'y a aucune atteinte si le mineur âgé de 16 ans et moins peut démontrer qu'il est doté d'une

³²⁵ *Id.*, par. 96.

³²⁶ *Id.*, par. 107 (Jane FORTIN, *Children's and the Developing Law*, 2^e éd., Londres, LexisNexis, 2003, p. 26 et 27).

³²⁷ *Id.*, par. 107 à 108.

³²⁸ *Id.*, par. 110 à 111.

³²⁹ *Id.*, par. 185.

maturité suffisante. D'ailleurs, la Cour ajoute que la loi manitobaine prévoit expressément que le juge doit prendre en considérant le « patrimoine religieux » de l'enfant dans le cadre de l'intérêt supérieur de ce dernier. Les volontés religieuses de l'enfant sont considérées et il s'agit d'un critère qui est de plus en plus déterminant au fur et à mesure de sa maturité. Ceci permet d'apporter une certaine proportionnalité entre l'objectif de protéger les personnes vulnérables et le droit au respect des croyances religieuses de l'individu³³⁰.

Nous devons donc retenir ce qui suit : bien que la loi contestée limite la portée de la décision d'un mineur mature âgée de 16 ans et moins, le critère de l'intérêt supérieur de l'enfant doit être interprété de manière à ce que la décision prise par un mineur indépendant et apte soit respectée s'il est suffisamment mature³³¹. Ce jugement reconnaît aux mineurs matures et indépendants le droit reconnu aux majeurs depuis de nombreuses années, soit celui de prendre des décisions relativement à leur condition de santé, et ce, même si celles-ci peuvent engendrer la mort.

II. APPROCHE COMPARÉE RELATIVE AUX SOINS EN FIN DE VIE CHEZ LES MINEURS

La Belgique et les Pays-Bas sont les deux seuls pays à permettre l'euthanasie et l'aide au suicide aux mineurs. Dans ces pays, des mesures de protection ont été émises pour permettre d'établir un équilibre entre la nécessité de protéger cette population dite vulnérable et celle de la reconnaissance de leur volonté en situation de souffrance intolérable découlant d'une condition de santé grave et irrémédiable.

L'étude du cadre légal de ces pays sera effectuée de même qu'une brève analyse du contexte législatif. Cette analyse permettra de peaufiner nos réflexions quant à la problématique de cet essai.

³³⁰ *Id.*, par. 113.

³³¹ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 41.

A. Regard sur l'encadrement juridique néerlandais

À l'international, les Pays-Bas sont le premier pays à dépénaliser l'euthanasie³³² et l'aide au suicide³³³. La *Loi sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide*³³⁴ (ci-après « Loi néerlandaise ») est officiellement légiférée en 2002. Cependant, cette loi a permis tout simplement de légaliser une pratique établie depuis des décennies³³⁵.

Le débat concernant l'euthanasie a débuté en 1973, suivant le cas du docteur Andries Postma, communément le « Postma case »³³⁶. Dans cette affaire, un médecin de famille de même que sa conjointe aident la mère de madame, sévèrement handicapée, à mettre fin à ses jours, et ce, suivant plusieurs demandes répétées de sa part. Ayant administré la médication, la conjointe du docteur Postma est condamnée à une sentence symbolique d'une semaine de prison avec sursis³³⁷ et douze mois de probation. Bien que l'euthanasie n'était légalisée à ce moment, cette affaire a néanmoins permis de mettre fin aux tabous omniprésents au sein d'un pays catholique pour ainsi déclencher des discussions sur ce sujet.

En 1982, l'Association médicale royale néerlandaise forme une commission ayant pour mandat d'étudier plusieurs questions, dont celles concernant les mineurs et les nouveau-nés³³⁸. La Commission avait également pour mandat d'établir une définition de l'euthanasie et les critères suivant lesquels une personne pourrait en bénéficier. En 1985, la Commission produit son rapport

³³² L'euthanasie est définie, aux Pays-Bas, comme étant l'acte d'administrer une médication dans l'intention de mettre fin à la vie de la personne qui en fait la demande (voir : Judith A.C. RIETJENS, Paul J. VAN DER MAAS, Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Johannes J.M. VAN DELDEN, Agnes VAN DER HEIDE, « *Two Decades of Research on Euthanasie from Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?* » (2009)6 *Journal Bioethical Inquiry* 271, p. 272.)

³³³ L'aide au suicide est définie comme étant une prescription médicale faite par un médecin avec l'intention spécifique du patient de mettre fin à ses jours (voir *Id.*)

³³⁴ *Dutch Act on termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, 1e avril 2002.

³³⁵ Pendant longtemps, le *Code pénal néerlandais* stipulait que quiconque qui inflige la mort à une autre personne, même à sa demande expresse, commet un acte criminel punissable d'un emprisonnement de douze ans (*Code pénal des Pays-Bas*, 3 mars 1881).

³³⁶ Tony SHELDON, « *Andries Postma* » (2007) 334 *BMJ* 334 (7588), pp. 320 et 321.

³³⁷ Il s'agit d'une peine d'emprisonnement purgée dans la communauté plutôt qu'en prison.

³³⁸ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 110.

et définit l'euthanasie comme étant un : « *intentionally terminating another person's life at the person's request* ». C'est d'ailleurs cette définition qui est utilisée depuis³³⁹.

Dans l'intervalle, en 1984, la Cour suprême des Pays-Bas rend son premier jugement en matière d'euthanasie³⁴⁰. Dans cette affaire, une femme de 95 ans ayant des souffrances intolérables en raison d'une combinaison de conditions dégénératives (vision, parole et ouïe) bénéficie de l'euthanasie suivant sa demande expresse et répétée. La Cour conclut que le médecin avait agi dans une situation de nécessité alors que celui-ci était confronté entre son devoir de soulager la patiente de ses souffrances intolérables et celle de la maintenir en vie avec des souffrances. Le médecin est alors acquitté³⁴¹.

En février 1993, le ministre de la Justice et l'Association médicale royale des Pays-Bas acceptent d'adopter une procédure formelle et uniforme en matière d'euthanasie³⁴². Ainsi, en vertu de cette procédure, les médecins qui pratiquent l'euthanasie ne sont pas poursuivis, et ce, conditionnellement au respect de certaines lignes directrices³⁴³.

Un an plus tard, en 1994, la Cour suprême des Pays-Bas se prononce de nouveau dans une affaire controversée impliquant un médecin, docteur Boudewijn Chabot, accusé d'aide au suicide. Aux prises avec un mariage violent, le décès de ses enfants et une dépression majeure depuis 20 ans, la patiente du docteur Chabot demande l'aide au suicide. Après plusieurs essais infructueux de traitements, ce dernier estime que son pronostic est irrémédiable et que ce serait un moindre mal de lui donner le moyen de se suicider sans douleur, de manière la moins violente possible. La Cour conclut que le docteur Chabot n'a pas respecté les lignes directrices, mais refuse de lui

³³⁹ Judith A.C. RIETJENS, Paul J. VAN DER MAAS, Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Johannes J.M. VAN DELDEN, Agnes VAN DER HEIDE, préc., note 332, p. 272.

³⁴⁰ *Id.*, (Shoonheim case (Griffiths et al. 1998)).

³⁴¹ *Id.*, p. 272 et 273.

³⁴² CANADA, Parlement du Canada, Division des affaires juridiques et sociales, « Euthanasie et suicide assisté : l'expérience internationale », par Julia NICOL, Marlisa TIEDEMANN, Dominique VALIQUET, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 8 avril 2011 et révisée le 25 octobre 2013, n° 2011-67-F., p. 12

³⁴³ Le patient doit exprimer de manière explicite et répétée son désir de mourir. La décision du patient doit être prise de manière libre et éclairée, de façon persistante. Le patient doit souffrir physiquement ou mentalement, sans qu'il y ait de perspective de soulagement (sans forcément être en phase terminale) ; Toutes les autres solutions doivent avoir été épuisées (de sorte que l'euthanasie est le dernier recours) ou refusées par le patient. Un médecin qualifié doit procéder à l'euthanasie et consulter au moins un autre médecin (ou d'autres professionnels de la santé). Le médecin devait informer le coroner local qu'il y a eu euthanasie. Voir à cet effet : *Id.*, p. 11 et 12

octroyer une sanction pénale. La Cour va plus loin : elle reconnaît que le suicide assisté peut se justifier malgré l'absence de souffrance physique³⁴⁴.

À la fin des années 1990, un changement au niveau du gouvernement s'opère en ce que les démocrates catholiques sont exclus³⁴⁵. Le Parlement dépose donc, en août 1999, à la Chambre des représentants, un projet de loi visant à légaliser l'aide au suicide et l'euthanasie³⁴⁶. Ainsi, bien que ce projet ³⁴⁷ ait fait l'objet de plusieurs controverses, il est adopté, à la Chambre des représentants, le 28 novembre 2000, par 104 voix contre 50, et au Sénat, le 10 avril 2011, par 46 voix contre 28³⁴⁸. La population néerlandaise appuyait également ce nouveau projet de loi. D'ailleurs, en deux ans, le taux de gens en faveur de l'euthanasie avait augmenté drastiquement; passant de 50 %, en 1996, à 90 %, en 1998³⁴⁹. Finalement, la Loi néerlandaise est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002. La décision d'inclure les mineurs dans la législation a finalement été prise à ce moment.

La Loi néerlandaise entérine plus de vingt ans de pratiques tacites dans le corps médical. Elle dépénalise le suicide assisté dans des cas très particuliers et dans des circonstances bien précises³⁵⁰. Les critères initialement formulés par la Commission, en 1985, ont été développés davantage en fonction des cas jurisprudentiels³⁵¹ de sorte que le médecin doit dorénavant, avant de prodiguer l'euthanasie, s'assurer du respect des critères suivants : une demande faite de manière volontaire et de manière libre et éclairée; et la présence de souffrances intolérables et incurables découlant d'une maladie incurable, sans perspective d'amélioration possible.

³⁴⁴ Philip NITSCHKE, « Dutch psychiatrist next to give suicide workshop in Britain », *Pipermail*, 7 mars 2009, en ligne : <http://lists.opn.org/pipermail/right-to-die_lists.opn.org/2009-May/003372.html> (consulté le 6 janvier 2020) (source secondaire ; jugement non consulté)

³⁴⁵ Michael FREEMAN, *Law and Sociology and its Relation to Law and Sociology*, Londres, Oxford University Press, 2012, p. 49 à 68.

³⁴⁶ Préc., note 342, p. 13.

³⁴⁷ Amélia GARCA, « Ces pays qui autorisent l'euthanasie », *Jol Press*, 20 juillet 2012, en ligne : <http://www.jolpress.com/article/ces-pays-qui-autorisent-euthanasie-suicide-assiste-francois-hollande-pays-bas-belgique-luxembourg-812131.html>> (consulté le 25 juin 2016).

³⁴⁸ Préc., note 342, p. 13.

³⁴⁹ Paul VAN DER MAAS, Loes PIJNENBORG, Johannes J.M. VAN DELDEN, « Changes in Dutch Opinions on Active Euthanasia », (1995) 273 *Journal of the American Medical Association* 18, p. 1411 à 1414.

³⁵⁰ Préc., note 332, p. 272.

³⁵¹ Jurriaan DE HAAN, « The New Dutch Law on Euthanasia », (2002) 1 *Medical Law Review* 10, p. 57-75.

Également, la demande doit être entérinée par un médecin indépendant et l'acte doit être prodigué avec les soins médicaux appropriés ³⁵².

Suivant la Loi néerlandaise, aucun pronostic de fin de vie ou de maladie terminale n'est exigible. Également, seuls les résidents néerlandais peuvent bénéficier de l'euthanasie. La Loi néerlandaise exige qu'il y ait une relation de confiance entre le médecin traitant et le patient³⁵³. Finalement, elle prévoit des conditions relatives à l'âge dont nous discuterons dans la section suivante.

1. Majorité médicale établie à 12 ans dans un contexte de fin de vie.

La Loi néerlandaise exige que le patient soit âgé d'au moins 12 ans. Bien que la loi autorise l'euthanasie pour les mineurs âgés de 12 ans et plus, la Loi néerlandaise prévoit néanmoins des exigences supplémentaires lorsque l'euthanasie est pratiquée chez les mineurs. D'abord, une personne mineure doit être en mesure d'évaluer raisonnablement son meilleur intérêt. Également, selon l'âge du mineur, le consentement du titulaire de l'autorité parentale peut être nécessaire.

Entre 12 et 16 ans, la décision de l'enfant est tributaire de l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale³⁵⁴. Si l'enfant est âgé entre 16 et 18 ans, les parents doivent seulement être informés de la demande. S'il y a un désaccord entre les parents et l'enfant, la décision appartient au mineur³⁵⁵. Les critères relatifs aux catégories d'âge et l'obligation du consentement parental proviennent du droit civil néerlandais qui prévoit ces mêmes règles en matière de traitements médicaux pour les mineurs³⁵⁶.

Les mesures de protection comprennent le consentement et/ou la consultation des parents au cours du processus de décision, des critères médicaux d'admissibilité propres aux mineurs ainsi

³⁵² Préc., note 332, p. 271 à 283.

³⁵³ Voir l'Annexe II.

³⁵⁴ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 110.

³⁵⁵ Bruno DEBOIS et Jacques ZEEGERS, « L'euthanasie des nouveau-nés et le protocole de Groningen » *Institut européen de Bioéthique*, 12 avril 2014, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/fr/document/leuthanasie-des-nouveaux-nes-et-le-protocole-de-groningen-377.html>>

³⁵⁶ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 110.

que l'obligation que soit réalisée une évaluation par une équipe interprofessionnelle à savoir un psychiatre et/ou un psychologue³⁵⁷.

Tant aux Pays-Bas qu'en Belgique, il n'existe aucune ligne directrice pour déterminer les approches que doivent utiliser les professionnels lorsqu'il est question de l'évaluation de la capacité de consentir du mineur. L'évaluation est la même que ce soit un adulte ou un mineur³⁵⁸. Aux Pays-Bas, le Code de pratique des Comités régionaux d'examen concernant l'euthanasie énonce cependant ce qui suit :

Lorsque la demande est faite par une personne mineure, une attention particulière doit être portée à la capacité décisionnelle du patient. Le fait qu'une personne mineure soit apte à prendre une décision relative à l'euthanasie n'est pas jugé impossible, mais le médecin et le médecin indépendant devront tous deux considérer une telle demande avec une vigilance particulière³⁵⁹[nos soulignés].

Comme au Québec, un Comité d'évaluation s'assure du respect des critères légaux. En cas de non-respect, le médecin peut être poursuivi au criminel. Cependant, contrairement au Québec, aux Pays-Bas, les rapports individuels sur chaque cas d'euthanasie sont publics. Aucun problème lié à l'évaluation de la capacité de consentir n'a d'ailleurs été soulevé. Dans tous les cas, le médecin consulté était d'accord avec le premier médecin relativement à la capacité de consentir du mineur³⁶⁰.

À titre indicatif, entre 2002 et 2017, la Commission d'examen de l'euthanasie a enregistré seulement onze cas d'euthanasie de mineurs. En 2018, seulement deux cas ont été signalés. Pour ce qui est de l'année 2019, les statistiques ne sont pas encore disponibles. Sur les treize cas, onze personnes étaient âgées de 16 à 18 ans, une âgée de 14 ans et une autre de 12 ans. Tous les cas répertoriés concernent la situation de mineurs atteints d'un cancer incurable et en phase terminale. Qui plus est, dans tous les cas, les parents ont participé à la décision menant à l'euthanasie et ont appuyé la demande de leur enfant³⁶¹.

³⁵⁷ *Id.*, p. 118.

³⁵⁸ *Id.*, p. 79.

³⁵⁹ *Id.* (Source secondaire : nous n'avons retracé ledit Code)

³⁶⁰ *Id.*

³⁶¹ *Id.*, p.111 et 119.

La légalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas est souvent considérée comme étant le résultat de trois changements de société et culture : l'individualisation (l'autodétermination), la diminution des tabous concernant la mort et la reconnaissance que le prolongement de la vie n'est pas nécessaire pour tous les patients. Qui plus est, le système de santé unique de ce pays de même que la culture ont grandement contribué à cette légalisation³⁶². Notamment, ce pays est doté d'un système de santé universel où la plupart des soins en fin de vie sont prodigués à la maison³⁶³. Pratiquement tous les citoyens ont un médecin de famille avec lequel une relation de confiance est clairement établie ; ce qui permet au médecin de connaître assez bien son patient et de juger du respect des critères légaux³⁶⁴. Qui plus est, depuis l'adoption de la loi, des efforts ont été faits pour améliorer les soins palliatifs ; ce qui a permis de réduire les demandes d'euthanasie³⁶⁵.

2. Des cas exceptionnels pour les enfants de 12 ans et moins

Bien que l'euthanasie pour les enfants de 12 ans et moins soit considérée illégale, elle peut, dans certains cas, devenir une pratique tolérée, et ce, lorsqu'il y a respect du Protocole de Groningen³⁶⁶. Autorisé comme ligne directrice nationale par l'Association néerlandaise des soins pédiatriques en 2005, ce protocole traite précisément de l'euthanasie chez les nouveau-nés gravement malades dont le pronostic est sans espoir³⁶⁷. N'étant pas légiféré, les médecins pratiquant l'euthanasie pour les nouveau-nés ne sont pas à l'abri de poursuite. Cependant, à notre connaissance, il n'y eut aucune poursuite³⁶⁸.

Selon ce protocole, cinq critères doivent être respectés afin que les médecins puissent mettre fin à la vie d'un nouveau-né : (1) un diagnostic et un pronostic incertains; (2) la présence d'une

³⁶² Helen WEYERS, « Explaining the emergence of euthanasia law in the Netherlands : how the sociology of law can help the sociology of bioethics », (2006) 6 *Sociology of Health and Illness* 28, p. 802 à 816.

³⁶³ En 2003, seulement 33,9 % des décès avaient lieu à l'Hôpital (Joachim COHEN, Jef Van BILSEN, Julia ADDINGTON-HALL, Rurik LÖFMARK, Guido MICCINESI et al., « Population-based study of dying in hospital in six European countries », (2008) 6 *Palliative Medicine* 10, pp. 702-710

³⁶⁴ *Id.*, p. 702 à 710

³⁶⁵ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 115.

³⁶⁶ Le Protocole de Groningen a été élaboré en 2004, à l'hôpital de Groningen, aux Pays-Bas, pour l'euthanasie des nouveau-nés atteints d'une grave pathologie et dont la qualité de vie est qualifiée comme étant insatisfaisante. Le Protocole a été autorisé en juillet 2005, à titre de ligne de conduite nationale énoncée par l'Association néerlandaise de pédiatrie (Préc., note 355, p.3),

³⁶⁷ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 112.

³⁶⁸ Préc., note 355, p. 3.

souffrance irrémédiable et insupportable; (3) le consentement du titulaire de l'autorité parentale; (4) la confirmation du diagnostic et du pronostic par le médecin et ; (5) l'exécution de la procédure conformément aux standards médicaux³⁶⁹.

Dans un article concernant ce sujet³⁷⁰, le professeur Eduard Verhaegen, professeur en pédiatrie à l'Université de Groningen et l'un des principaux auteurs du Protocole de Groningen, présente trois cas de figure où le protocole peut s'appliquer. Le premier cas est celui d'un nouveau-né n'ayant aucune chance raisonnable de survie telle que les enfants souffrant d'hypoplasie des poumons ou du rein (malformation congénitale où l'organe ne se développe pas). Le second groupe identifié est celui dont le nouveau-né présente un faible pronostic et dépende de soins intensifs à la naissance. Ce patient peut survivre sans les soins intensifs, mais son pronostic futur est très sombre. Finalement, le troisième cas est celui dont le nourrisson présente un pronostic sombre et une douleur insupportable, selon les médecins et les parents. Cet enfant ne dépendra pas nécessairement de soins intensifs, mais n'aura pas une belle qualité de vie en raison de sa condition. Par exemple, il peut s'agir d'un enfant souffrant d'une forme sérieuse de spina-bifida.

Ce protocole a fait et fait toujours l'objet de plusieurs controverses et critiques. Le principal argument soulevé à l'encontre de celui-ci est celui de la fameuse pente glissante. Plusieurs craignaient qu'il y ait une érosion d'euthanasies chez les nouveau-nés. Un autre argument soulevé a trait au non-respect du caractère sacré de la vie et de l'obligation du médecin de sauver des vies³⁷¹. Également, plusieurs philosophes prétendent que la notion de souffrance est totalement subjective et ne peut pas être appliquée et évaluée chez des personnes n'ayant aucune capacité à consentir, dont les nouveau-nés³⁷².

Outre ce qui précède, certains philosophes dont les professeurs Giubilini et Minerva, sont d'avis que l'euthanasie chez les nouveau-nés peut et doit être considérée comme un avortement post-

³⁶⁹ *Id.*, p. 1 et 2.

³⁷⁰ Eduard VERHAGEN, « The Groningen Protocol – Euthanasia in severely ill Newborns » (2005) *The New England Journal of Medicine* 352, p. 959 à 262.

³⁷¹ A.A. Eduard VERHAGEN « The Groningen Protocol for newborn euthanasia; with way did the slippery slope tilt ? » (2013) 5 *Journal of medical Ethic* 39.

³⁷² Serge VANDEN EIJNDEN et Dana MARTINOVICI, « Neonatal euthanasia : A claim for immoral law » (2013) 8 *Clinical Ethic* 2-3, p. 75-84.

accouchement³⁷³. Ces auteurs sont d'avis que l'euthanasie chez les nouveau-nés devrait être permise dans les cas où la famille aurait choisi une interruption volontaire de grossesse dûment informée de la condition médicale de leur enfant à naître. À titre d'exemple, il présente le cas du syndrome de Treacher Collins³⁷⁴. Selon eux, ce type de pathologie peut occasionner une détresse psychologique chez l'enfant pleinement conscient de sa condition de même que chez les parents. Or, dans ce type de situation, selon ces professeurs, les parents devraient pouvoir choisir l'euthanasie. Selon eux, le statut du fœtus est équivalent à celui du nouveau-né en ce qu'il ne peut pas être considéré comme étant des êtres ayant une personnalité juridique³⁷⁵. Conséquemment, selon leur prétention, il ne devrait pas y avoir de distinction entre une interruption volontaire de grossesse et l'euthanasie d'un nouveau-né.

Dans les sept années précédant l'autorisation dudit protocole, seulement vingt-deux cas d'euthanasies chez les nourrissons ont été examinés par les autorités judiciaires³⁷⁶. Parmi ces vingt-deux cas, aucun n'a fait l'objet de poursuite³⁷⁷. Toutefois, dans les années 1990, deux cas ont fait l'objet de décision judiciaire. Dans ces deux cas, la Cour conclut que les médecins ont agi correctement et ont été acquittés. Le premier cas concerne celui d'un médecin ayant euthanasié un nouveau-né souffrant d'une forme sévère de spina-bifida. Le second cas a trait à un nouveau-né souffrant de la trisomie 13. Dans les deux cas, les nouveau-nés présentaient un pronostic très sombre avec des souffrances intolérables³⁷⁸.

Comme la pratique n'est pas légale, mais seulement tolérée, il est difficile de savoir avec exactitude le nombre de cas pratiqué annuellement. Selon le professeur Verhaegen, 15 à 20 cas d'euthanasie seraient exécutés par année³⁷⁹. Il appert d'ailleurs que, depuis 2005, le nombre d'euthanasies chez les nouveau-nés a diminué, et ce, probablement, selon les auteurs, en raison

³⁷³ Alberto GIUBILINI et Francesca MINERVA, « After-birth abortion : why should the baby live », (2013) 39 *Journal Medical Ethics*, pp. 261-263.

³⁷⁴ Soit une condition affectant un enfant sur 10 000 et causant des problèmes de déformations faciales et des problèmes de santé généraux dont des difficultés respiratoires.

³⁷⁵ En droit Québécois, le fœtus n'a pas de personnalité juridique. Cependant, dès que l'enfant naît, il en a une et a des droits (*R. c. Morgentaler*, préc., note 87; et *Tremblay c. Daigle* [1989] 2 R.C.S. 530).

³⁷⁶ Préc., note 371, p. 959 à 962.

³⁷⁷ *Id.*

³⁷⁸ *Id.*

³⁷⁹ *Id.* (source secondaire : les jugements n'ont pas été retracés)

de l'ajout des critères dans le protocole permettant ainsi d'encadrer la pratique de même que l'amélioration des outils permettant les tests de dépistage prénatal³⁸⁰.

Ces statistiques démontrent, à notre sens, que la pratique est bien encadrée et que les craintes anticipées se sont avérées non fondées. Les cas concernant les nouveau-nés sont peu fréquents. D'ailleurs, l'Association néerlandaise des pédiatres (ci-après « ANP ») réclame, depuis 2015, l'élargissement de la pratique de l'euthanasie aux enfants âgés de 12 ans et moins. Un groupe de travail a même été mis en place par les médecins de l'ANP pour discuter de cette possible extension³⁸¹. À l'appui de leur revendication, les médecins de l'ANP soutiennent que la loi actuelle prévoit une discrimination fondée sur l'âge dans la mesure où ces enfants éprouvent eux aussi des souffrances constantes et intolérables³⁸². Professeur Verhagen déclare que : « cette limite d'âge arbitraire comme celle de 12 ans doit être changée et que la capacité de chaque enfant à demander à mourir doit être évaluée au cas par cas »³⁸³.

Quant aux mineurs qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur volonté, les médecins souhaitent pouvoir agir à la demande des parents, suivant l'autorisation d'une commission médicale, comme c'est le cas pour les nouveau-nés âgés de moins d'un an³⁸⁴. Cette revendication est le prolongement de l'adoption de la loi dépénalisant l'euthanasie des enfants, en 2014, par la Belgique³⁸⁵. Cette position ne fait pas l'unanimité de l'ensemble de la population. À l'exception des pro-vie qui s'y opposent fortement, certains professionnels dont les neurochirurgiens néerlandais traitants enfants atteints de l'épine bifide³⁸⁶ s'y opposent également³⁸⁷.

³⁸⁰ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 112.

³⁸¹ Isabelle COUSTURIÉ, « Pays-Bas : L'euthanasie bientôt autorisée pour les enfants de moins de 12 ans ? » *Aleteia*, 24 juin 2015, en ligne : <<https://fr.aleteia.org/2015/06/24/pays-bas-leuthanasie-bientot-autorisee-pour-les-enfants-de-moins-de-12-ans/>> (consulté le 8 octobre 2017)

³⁸² INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTHIQUE, « Pays-Bas : l'euthanasie pour les enfants de moins de 12 ans », *Le Point*, 22 juin 2015, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/fr/bulletins/pays-bas-leuthanasie-pour-les-enfants-de-moins-de-12-ans-333.html>> (consulté le 8 octobre 2017)

³⁸³ HUFFPOST et AFP, « Pays-Bas : les pédiatres veulent légaliser l'euthanasie pour les moins de 12 ans », *Le Huffington Post*, 19 juin 2015, en ligne : <http://www.huffingtonpost.fr/2015/06/19/euthanasie-pays-bas-enfants-pediatrie-sante_n_7620866.html> (consulté le 8 octobre 2017).

³⁸⁴ AGENCE FRANCE-PRESSE « Les pédiatres néerlandais veulent légaliser l'euthanasie pour les moins de 12 ans » *La Presse*, 19 juin 2015, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/international/europe/201506/19/01-4879402-les-pediatres-neeerlandais-veulent-legaliser-leuthanasie-pour-les-moins-de-12-ans.php>> (consulté le 8 octobre 2017).

³⁸⁵ *Id.*

³⁸⁶ C'est-à-dire une malformation de la moelle épinière

³⁸⁷ Préc., note 381.

B. Regard sur l'encadrement juridique belge

À l'instar des Pays-Bas, avant même que la Belgique légalise l'euthanasie, celle-ci était bien documentée et pratiquée³⁸⁸. Une étude réalisée, en 1997, auprès des médecins belges permet de constater qu'environ 4.5 % des décès sont réalisés de manière illégale dans un contexte de retrait de traitement et d'euthanasie³⁸⁹. Malgré cela, aucune poursuite n'a été intentée à l'encontre d'un médecin pratiquant l'euthanasie³⁹⁰.

Les discussions relatives à la dépénalisation de l'euthanasie ont débuté dans le milieu des années quatre-vingt³⁹¹. Entre 1984 et 1996, neuf projets de loi ont été déposés devant le Parlement. Le dépôt de ces rapports découle d'une forte augmentation de l'euthanasie dans tout le continent européen (69 % en Belgique). En 1996, un groupe multidisciplinaire (Federal Advisory Committee on Bioethics (FACB)) composé de 70 membres est créé pour étudier plus amplement la question. Les rapports publiés par ce groupe recommandent la décriminalisation de l'euthanasie lorsque le médecin agit avec diligence et lorsqu'il y a une consultation *a priori*. Malgré cette recommandation, les membres du groupe étaient divisés. Un débat sur la question a donc débuté.

Dans l'intervalle, en février 1999, un nouveau projet de loi est déposé et un deuxième rapport de la FACB est émis. Celui-ci recommande une fois de plus la décriminalisation de l'euthanasie chez les personnes aptes tout en ouvrant la porte aux personnes inaptes. Entre 1998 et 2000, plusieurs euthanasies sont pratiquées et la crainte des professionnels d'être poursuivis augmente. Pour la première fois, en 2000, deux médecins sont poursuivis pour avoir administré une dose létale, à la demande de leur patient. Les médecins en question n'ont pas été poursuivis puisque le jugement est rendu en 2003 alors que la Loi belge avait déjà été adoptée.

En juin 1999, un changement de gouvernement est opéré et le projet de loi émis en février 1999 est soumis de nouveau en juillet 1999. D'autres projets de loi sont soumis par la suite par

³⁸⁸ Toni C. SAAS, « Euthanasie in Belgium, Legal, Historical and Political Review », (2017) 32 *Law & Medicine* 2, p.184.

³⁸⁹ Luc DELIENS, Freddy MORTIER, Johan BILSEN, Marc COSYNS, Robert VANDER STICHELE et al., « End-of-Life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : A nationwide survey », (2000) 356 *The Lancet* 9244.

³⁹⁰ Préc., note 388

³⁹¹ *Id.*, p. 184 à 189. Le volet historique de la loi est relevé, pour son ensemble, de ce texte.

différents partis. La présence et l'influence réduite des démocrates-chrétiens après juin 1999 ont permis le dépôt de plusieurs projets de loi et finalement, l'adoption de la *Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002* (ci-après « Loi belge »).

C'est dans le cadre d'une hiérarchie de valeur renouvelée réaffirmant l'autonomie décisionnelle que s'est opérée la dépénalisation de l'euthanasie³⁹². Après plusieurs années de pratique tacite, l'évolution sociétale a mené une réflexion vers une réappropriation et une maîtrise de la fin de vie, le tout pour un plus grand respect du droit de la personne de choisir le moment opportun de sa mort, sans l'influence d'autrui³⁹³.

Un peu moins avant-gardiste que les Pays-Bas, la Belgique légalise d'abord l'euthanasie pour les adultes et les mineurs émancipés. En vertu de la Loi belge, l'euthanasie peut être administrée lorsque : (1) le patient est majeur ou mineur émancipé, conscient et capable de prendre une décision réfléchie; (2) la demande est faite de manière volontaire, réfléchie, sans pression extérieure et répétée; (3) la condition médicale de la personne doit être sans issue; (4) la personne doit éprouver des souffrances physiques ou mentales constantes et insupportables qui ne peuvent pas être apaisées et qui résultent d'une affectation accidentelle ou pathologique grave et incurable³⁹⁴. Également, avant de prodiguer l'euthanasie, la Loi belge prévoit, dans tous les cas, qu'un deuxième médecin indépendant, compétent quant à la pathologie concernée, soit consulté quant au caractère grave et incurable de l'affectation³⁹⁵.

Lorsque le décès n'interviendra pas à brève échéance, la Loi belge prévoit des conditions supplémentaires, soit celle de consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la

³⁹² COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, Mémoire du Barreau du Québec, septembre 2010, p. 131.

³⁹³ Jean-Louis BEAUDOIN, Rapport synthèse, Congrès de l'Association Henri Capitant, Journées Suisses, 2009, p. 16-17.

³⁹⁴ *Loi relative à l'euthanasie*, 28 mai 2002, Moniteur belge, 22 juin 2002, art. 3 section 1. Soulignons que la *Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs*, Moniteur belge, 12 mars 2014 répond à des conditions spécifiques qui s'ajoutent aux dispositions applicables pour les majeurs et les mineurs émancipés régies par la Loi belge. Préc., note 388, p. 192.

³⁹⁵ *Loi relative à l'euthanasie*, 28 mai 2002, M.B., 22 juin 2002, art. 3 section 2 (3).

pathologie concernée³⁹⁶. Finalement, la demande est faite par écrit par le patient lui-même ou par une personne adulte, si le patient n'est pas en mesure de le faire³⁹⁷.

Dès l'adoption de la Loi belge, deux autres lois ont permis de modifier l'accompagnement des personnes en fin de vie : la *Loi relative à l'euthanasie*³⁹⁸ et la *Loi du 22 août relative aux droits du patient*³⁹⁹. Dans cette seconde, les modalités de refus de traitement et de représentation d'un patient inapte sont prévues. En regard de celle-ci, le législateur reconnaît que le patient mineur puisse exercer lui-même certains droits considérant son âge et son degré de maturité⁴⁰⁰. À défaut de quoi, les parents du mineur interviendront⁴⁰¹. C'est d'ailleurs suivant l'adoption de cette loi que les discussions relatives à l'euthanasie pour les mineurs ont débuté.

Plus particulièrement, à compter de 2006, plusieurs amendements législatifs ont été proposés pour y inclure les mineurs ayant la capacité de discernement⁴⁰². Devant le souhait exprimé par plusieurs pédiatres et oncologues, la population belge a estimé que la loi devait revoir la possibilité d'inclure les mineurs, et ce, en dépit des ultimes pressions de certains autres pédiatres et catholiques⁴⁰³.

Deux ans suivant la décision rendue par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Haas. c. Suisse*⁴⁰⁴, le 28 février 2014, la Loi belge est modifiée pour inclure les mineurs ayant la « capacité de discernement », et ce, en vertu de la *Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs*. L'amendement proposé avait été préalablement voté, le 13 février 2014, à 86 voix pour, 44 contre et 12 abstentions⁴⁰⁵.

³⁹⁶ *Id.*, art. 3 section 2 (3).

³⁹⁷ *Id.*, art. 3 section 2 (4).

³⁹⁸ *Loi relative aux soins palliatifs*, Moniteur Belge, 14 juin 2002. Une loi visant à reconnaître à tous les citoyens le droit de bénéficier des soins palliatifs a été votée et adoptée.

³⁹⁹ *Loi sur 22 août relative aux droits du patient*, Moniteur belge, 26 septembre 2002.

⁴⁰⁰ *Id.*, art. 12 13.

⁴⁰¹ La loi prévoit que c'est au professionnel qu'il appartient d'apprécier concrètement la maturité du jeune patient.

⁴⁰² Kristof VAN ASSCHE, Kaspect RAUS, Bert VANDERHAEGEN, Sigrid STRECKX, « Capacity for discernment and euthanasia on minors in Belgium », (2018) 27 *Medical Law Review* 2, p. 244.

⁴⁰³ LE SOIR.BE « L'euthanasie des mineurs adoptée : « Pas de question de l'imposer à qui que ce soit » *Le Soir*, 13 février 2014, en ligne : <<http://www.lesoir.be/427861/article/actualite/belgique/2014-02-13/l-euthanasie-des-mineurs-adoptee-pas-question-l-imposer-qui-que-ce-soit>> (consulté le 10 octobre 2017).

⁴⁰⁴ *Haas. c. Suisse*, 20 janvier 2011, Cour européenne des droits de l'homme, requête n° 31322/07

⁴⁰⁵ Préc., note 388, p. 199.

La Belgique devient donc le deuxième pays ayant eu « l'audace » d'initier l'ouverture de l'euthanasie aux mineurs⁴⁰⁶. Seul l'enfant « capable de discernement » en phase terminale et en proie à des souffrances physiques insupportables peut demander l'euthanasie afin que soit mis fin à ses jours⁴⁰⁷. À cet égard, bien que cette notion ne soit pas expressément définie dans la loi, la capacité de discernement se définit comme le fait d'être « pleinement apte à juger de la situation et de l'entière portée de la demande d'euthanasie et des conséquences de l'acte »⁴⁰⁸.

1. *Aucun critère d'âge requis chez les Belges*

La nouvelle Loi belge ne fixe pas d'âge à partir duquel le mineur peut consentir, mais l'évaluation doit se faire, comme le souligne Me Paul André Crépeau, « par l'appréciation des signes ordinaires ou de preuves scientifiques de l'intelligence : c'est une question de fait qui doit être tranchée dans chaque cas »⁴⁰⁹.

Durant les débats parlementaires, plusieurs ont insisté pour qu'un âge fixe soit déterminé. Plusieurs démocrates-christianistes et d'autres partis de l'extrême droite souhaitaient que l'âge soit établi à 15 ans⁴¹⁰ alors que d'autres souhaitaient que l'âge soit fixé à 12 ans comme les Pays-Bas⁴¹¹. Cependant, les arguments à cet effet n'ont pas été retenus puisqu'ils sont d'avis qu'une limite en regard de l'âge constitue une atteinte injuste aux droits des mineurs aptes à prendre une décision. D'ailleurs, à cet égard, selon les politiciens, le critère d'âge serait plus arbitraire que celui de la capacité de discernement puisqu'il empêche un mineur de 11 ou encore 14 ans (selon l'âge établi) d'avoir accès à l'euthanasie même s'il est doté de la capacité de discernement nécessaire⁴¹². À cet égard, plusieurs psychiatres prétendent que : « la maturité des enfants

⁴⁰⁶ Seuls les Pays-Bas disposent d'une loi comparable. Néanmoins, la loi n'est pas si étendue, elle s'applique qu'aux mineurs de 12 ans et plus.

⁴⁰⁷ *Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs*, Moniteur belge, 12 mars 2014, art. 2.

⁴⁰⁸ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 112.

⁴⁰⁹ Paul André CRÉPEAU, « Le consentement du mineur en matière de soins et de traitements médicaux ou chirurgicaux selon le droit civil canadien », (1974) 52 *Rdu B.can.* 247, p. 256.

⁴¹⁰ Raphael COHEN-ALMAGOR, « Should the euthanasia Act in Belgium include minors? », (2019) 61 *Biology and Medicine* 2, p. 233.

⁴¹¹ Préc., note 402, p. 252.

⁴¹² *Id.*

atteints de maladie incurable serait nettement plus importante que celle de beaucoup d'adultes »⁴¹³.

Malgré qu'aucune limite d'âge n'existe, comme les Pays-Bas, le cadre juridique belge contient des mesures de protection supplémentaires dans le cadre de demandes d'euthanasie provenant des mineurs. Contrairement aux adultes, ces derniers doivent être en phase terminale et présenter des souffrances physiques intolérables⁴¹⁴. Ainsi, pour les mineurs, la souffrance psychique ne peut constituer à elle seule un critère justifiant une demande.

De plus, la demande doit être respectée et provenir du patient lui-même. Les parents doivent cependant approuver sa demande⁴¹⁵. La capacité de discernement doit également être évaluée par une équipe de médecins de même qu'un pédopsychiatre ou un psychologue indépendant⁴¹⁶. Comme le soulignaient les députés lors de l'adoption de la Loi belge sur les mineurs, la capacité de comprendre le côté irréversible de la mort doit être rigoureusement analysée avant de procéder à l'euthanasie⁴¹⁷. L'analyse se fait au « cas par cas » par l'équipe multidisciplinaire⁴¹⁸.

Le choix de la Belgique a certes eu un retentissement mondial : plusieurs étaient en désaccord avec l'étendue de la loi aux mineurs sans égard à l'âge⁴¹⁹. Malgré les opposants, un sondage criant permet de démontrer la forte approbation des Belges à l'égard de cette extension : 74% des Belges sont en faveur⁴²⁰. Également, avant la modification législative, un sondage réalisé auprès des pédiatres a révélé l'appui de ces derniers. Parmi 124 médecins ayant fourni des soins à des

⁴¹³ HUFFPOST, « Euthanasie : La Belgique légalise la pratique pour les mineurs », *Le Huffington Post*, 13 février 2014, en ligne : <http://www.huffingtonpost.fr/2014/02/13/euthanasie-belgique-legalisation-mineurs_n_4782161.html> (consulté le 10 décembre 2019).

⁴¹⁴ Jean-Paul VAN DE WALLE, « L'euthanasie des mineurs en Belgique », *Institut européen de Bioéthique*, 2 mars 2015, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150302-euthanasie-des-enfants.pdf>> (consulté le 12 décembre 2019).

⁴¹⁵ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 12.

⁴¹⁶ Même si l'indépendance n'est pas un terme expressément mentionné dans la Loi belge, l'indépendance du professionnel est exigée. La Cour constitutionnel conclut que l'indépendance du professionnel est nécessaire (Préc., note 402, p. 261 et 262,

⁴¹⁷ Préc., note 413.

⁴¹⁸ *Id.*

⁴¹⁹ Préc., note 414.

⁴²⁰ AGENCE FRANCE-PRESSE, « Les belges favorables à l'euthanasie pour les mineurs et les déments », *La Presse*, 2 octobre 2013, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/international/europe/201310/02/01-4695623-les-belges-favorables-a-leuthanasie-pour-les-mineurs-et-les-dements.php>> (consulté le 8 octobre 2017).

enfants mineurs, entre 2007 et 2009, 69,4% étaient favorables à l'extension de l'accès à l'euthanasie aux mineurs dans certaines circonstances, soit suivant une limite d'âge (61%) et l'exigence du consentement parentale (26.6. %) ⁴²¹. Plusieurs professionnels applaudissent l'audace des députés d'avoir approuvé l'élargissement de la pratique aux mineurs⁴²².

Malgré l'appui du public et de plusieurs pédiatres, quelques organisations religieuses et d'autres professionnels dont d'autres pédiatres et des médecins pratiquant les soins palliatifs désapprouvaient cet élargissement ⁴²³. Dans un rapport publié dans le dossier de l'Institut européen de Bioéthique, l'auteur, Van De Walle, argue que le projet de loi en vue d'inclure les mineurs a été adopté à la hâte, sans que la Chambre des Représentants ait fait une étude approfondie de la question. Selon lui, l'ensemble du processus a été contrôlé et initié par les politiciens sans qu'il y ait de véritables consultations auprès du public et des professionnels⁴²⁴. Pourtant, en 2014, le Sénat a entendu plusieurs experts relativement à l'extension de la Loi belge aux mineurs⁴²⁵.

Malgré l'appui de plusieurs, le 29 octobre 2015, la Loi belge est contestée devant la Cour constitutionnelle de la Belgique ⁴²⁶ par trois organisations ⁴²⁷ et deux personnes ⁴²⁸. Les demandeurs demandent à ce que les modifications législatives incluant les mineurs à la Loi belge soient annulées. Essentiellement, ils arguent que la Loi belge ne contient pas suffisamment de mesures pour protéger les mineurs. La demande est cependant rejetée. Selon la Cour, celle-ci contient des mesures de sauvegarde suffisantes en ce qu'elles permettent d'établir un juste équilibre entre l'obligation de l'État de protéger la vie et celui de respecter le droit à l'autodétermination du mineur⁴²⁹. Bien que toutes les mesures⁴³⁰ aient été contestées, le critère de consentement est le motif de contestation principal de ce recours.

⁴²¹ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, page 112 (source secondaire)

⁴²² Préc., note 414.

⁴²³ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 112.

⁴²⁴ Préc., note 414.

⁴²⁵ Préc., note 410, p. 233.

⁴²⁶ *Jurileven et al.*, Constitutionnal Court of Belgium, 29 octobre 2015, Jugement no. 153/2015

⁴²⁷ *Jurileven*, *Pro Vita* et *Young People for Life*.

⁴²⁸ Raymond Elsen et Lucien Borkes.

⁴²⁹ *Jurileven et al.*, préc., note 426, p. 27 et 28.

⁴³⁰ Nécessité du consentement parental, la compétence du psychologue pour évaluer la capacité de discernement, l'abstention du critère d'indépendance pour les professionnels consultés, aucun critère relatif à l'âge.

Selon les demandeurs, comme le critère de « capacité de discernement » n'est pas défini, il ne permet pas aux professionnels d'en comprendre son sens et ainsi, de pouvoir l'appliquer. Également, compte tenu que cette notion est nouvelle et vague, selon les demandeurs, il est impossible d'effectuer, pour la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, un contrôle *a posteriori*. Cet argument est toutefois rejeté.

Selon la Cour, le concept est clair et n'est pas nouveau. Cette notion est expressément prévue à l'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant et a été développée dans plusieurs jugements⁴³¹. La Cour précise que ce concept, utilisé par plusieurs professionnels de la santé et même précisé par la jurisprudence⁴³², signifie tout simplement que l'enfant est en mesure d'exprimer ses volontés et d'en comprendre les conséquences, suivant un niveau de maturité suffisamment élevé. Plus particulièrement, la Cour précise: « the term « capacity for discernment » relates to the ability of the minor to understand the real implications of euthanasia request and its consequences »⁴³³.

Les demandeurs soutiennent également que la Loi belge est contradictoire en ce que d'une part, elle reconnaît une autonomie décisionnelle aux mineurs ayant la capacité de discernement, et d'autre part, elle exige le consentement de l'autorité parentale. Sur ce point, la Cour précise que cette exigence fait tout simplement partie des mesures de protection nécessaires pour protéger ce groupe de personnes vulnérables⁴³⁴.

Également, les demandeurs arguent que la Loi belge ne contient pas suffisamment de mesure de protection en permettant aux psychologues de déterminer si l'enfant est doté de la capacité de discernement. Selon eux, la Loi belge devrait limiter l'accès aux psychiatres puisqu'ils ont davantage de compétences pour évaluer l'enfant. Avant de conclure, la Cour rappelle que cette question a déjà fait l'objet de questionnements lors des débats parlementaires. Ainsi, elle réitère

⁴³¹ A.C. c. *Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 11.

⁴³² Voir notamment : *Id.*

⁴³³ *Jurileven et al.*, préc., note 426, p. 35

⁴³⁴ *Id.*, p. 23 et 41.

qu'une telle limite est impraticable et que les psychologues ont les connaissances et compétences suffisantes pour juger de la capacité de discernement du mineur⁴³⁵.

Malgré l'étendue de la Loi belge aux mineurs, peu de cas ont été répertoriés depuis l'adoption des amendements. Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017⁴³⁶, la Commission a reçu seulement trois déclarations relatives à l'euthanasie des mineurs, soit des enfants âgés de 9, 11 et 17 ans. Dans les trois cas, les mineurs étaient affectés de maladies graves entraînant, à brève échéance, leur décès. Les trois cas ont été approuvés de manière unanime par la Commission⁴³⁷. Entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018, aucune demande d'euthanasie de mineur n'a été enregistrée⁴³⁸. À notre connaissance, les données pour l'année 2019 ne sont pas encore disponibles.

Malgré ces statistiques, certains auteurs suggèrent toujours qu'une limite d'âge soit établie. Par exemple, Raphael Cohen-Almagor, suggère que seuls les mineurs de 14 ans et plus puissent avoir accès à l'euthanasie⁴³⁹. Essentiellement, il estime qu'avant cet âge, le mineur n'est pas doté de la maturité suffisante pour prendre une décision aussi importante. Selon lui, dans un contexte de soins, avant cet âge, le mineur n'est pas en mesure d'exprimer clairement et de manière indépendante sa décision⁴⁴⁰.

III. SOMMES-NOUS PRÊTS À RECONNAÎTRE LE DROIT EN FIN DE VIE CHEZ LES MINEURS : ESQUISSE D'UNE SOLUTION POSSIBLE ?

À l'heure actuelle, des débats polémiques entourant les soins en fin de vie se font retentir partout à travers le monde, notamment au Québec, avec l'adoption de la Loi québécoise, à travers le

⁴³⁵ *Id.*, p. 46 et 60.

⁴³⁶ Le rapport de 2018 contient les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées durant cette période.

⁴³⁷ COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, *Huitième rapport aux Chambres législatives*, Belgique, Santé publique, 12 juin 2018, p. 12, en ligne : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf> (consulté le 12 janvier 2020) ; Charles LANE, « Children are being euthanized in Belgium », *The Washington Post*, 6 août 2018, en ligne : <https://www.washingtonpost.com/opinions/children-are-being-euthanized-in-belgium/2018/08/06/9473bac2-9988-11e8-b60b-1c897f17e185_story.html> (consulté le 12 janvier 2020).

⁴³⁸ COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, préc., note 437, p. 13.

⁴³⁹ Préc., note 410.

⁴⁴⁰ Raphael COHEN-ALMAGOR, préc., note 410, p. 234 à 239.

Canada depuis l'arrêt Carter et l'adoption de la Loi fédérale de même qu'en France depuis le cas de l'enfant tétraplégique ⁴⁴¹ et de l'acquittement de l'urgentiste Bonnemaïson par la Cour d'assises de Pau⁴⁴².

Comme nous l'avons vu ci-haut, la Loi québécoise de même que la Loi fédérale ne permettent pas l'aide médicale à mourir aux personnes mineures. Cependant, la question de leur accorder ce droit a longuement été discutée et est d'ailleurs toujours sous étude. À la lumière des différents rapports déposés dans le cadre du débat de l'aide médicale à mourir et l'opinion de plusieurs acteurs, nous répondrons à la question délicate qu'est de savoir si l'étendue de cette pratique aux mineurs est envisageable. Ensuite, nous discuterons d'un cadre légal pouvant, à notre sens, être concevable si ce droit était permis à ce groupe de personnes.

A. L'étendue de cette pratique aux mineurs : existe-t-il un consensus ?

Le débat entourant l'inclusion des mineurs à l'aide médicale à mourir soulève souvent une opposition réelle et légitime entre le devoir de l'État de protéger les personnes vulnérables, et en l'occurrence, le caractère sacré de la vie, versus le respect des volontés d'une personne mineure présentant des souffrances intolérables et une maladie grave et irréversible.

Avant l'adoption de la Loi québécoise, le sujet de permettre l'aide médicale à mourir aux mineurs a légèrement été abordé par différents intervenants dans le cadre du mandat de consultation de l'adoption de la loi. Plusieurs mémoires ont été déposés en commission parlementaire. Cependant, seulement quelques groupes ont pris position relativement à cette question délicate.

⁴⁴¹ *Rachel Lambert et autre c. République Française*, Conseil d'état statuant au contentieux Nis 375081, 375090, 375091 : Une première décision en matière d'euthanasie est rendue, en France, par le Conseil d'état. Ainsi, le Conseil d'état a tacitement autorisé au centre hospitalier universitaire de Reims de cesser l'alimentation et l'hydratation de Vincent Lambert, et ce, malgré l'encadrement juridique actuel. L'état de Monsieur Lambert correspondait à un état végétatif avec des troubles de déglutition, une atteinte motrice sévère des quatre membres, quelques signes de dysfonctionnement du tronc cérébral et une autonomie respiratoire préservée.

⁴⁴² L'urgentiste avait été poursuivi, en 2010 et 2011, pour avoir abrégé la vie de sept personnes âgées en phases terminale. Il a été acquitté le 25 juin 2014. Ce jugement bouscule vraisemblablement le cadre juridique actuel en matière d'euthanasie. Actuellement, l'article 221-5 Code pénal prévoit qu'il est interdit de donner la mort aux patients : Pascal ERGÉ, « Euthanasie : l'urgentiste Bonnemaïson acquitté par la Cour d'assises de Pau » *Le Parisien*, le 25 juin 2014, en ligne : <<http://www.leparisien.fr/faits-divers/euthanasie-l-urgentiste-bonnemaïson-acquitte-par-la-cour-d-assises-de-pau-25-06-2014-3952213.php>> (consulté le 17 janvier 2020).

Certains ont demandé à ce que ce groupe de personnes soit inclus dans la Loi québécoise. En revanche, étant un droit nouveau, d'autres ont préféré s'abstenir et ont recommandé plutôt une évaluation approfondie de la question.

Par exemple, parmi ceux en faveur de l'inclusion des mineurs à la Loi québécoise, il y avait notamment la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (ci-après « Commission des DPDJ »)⁴⁴³. Selon cette dernière, l'exclusion des mineurs à la loi porterait atteinte à leurs droits fondamentaux (droit à la vie, intégrité, sûreté, liberté, dignité et liberté de conscience) et doute par ailleurs que ces atteintes puissent être sauvegardées en vertu de l'article 9.1 de la Charte québécoise. Compte tenu de ce qui précède, la Commission des DPDJ invite le législateur à ouvrir cette possibilité aux mineurs, moyennant le développement de mécanismes de consentement appropriés⁴⁴⁴.

Parmi les opposants ou les acteurs neutres figure le Collège des médecins du Québec⁴⁴⁵. Essentiellement, ce dernier se dit comprendre « la timidité du législateur » à permettre l'aide médicale à mourir qu'aux personnes majeures en raison des craintes de dérives. Cependant, il était d'avis que la question des mineurs devra inévitablement être abordée dans un avenir rapproché⁴⁴⁶.

Le Comité de juristes experts⁴⁴⁷, quant à lui, recommandait à ce que l'aide médicale à mourir soit permise uniquement aux majeurs aptes, selon certaines conditions⁴⁴⁸. Quant à la question des mineurs, aucune position formelle n'a été prise. Dans son rapport, le Comité suggère seulement que notre société « pousse plus loin la réflexion pour ces personnes et (évalue) d'évaluer s'il existe

⁴⁴³ ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Mémoire de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Projet de Loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie, septembre 2012.

⁴⁴⁴ *Id.*, p. 33.

⁴⁴⁵ ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Mémoire du Collège des médecins du Québec, Projet de Loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie, 17 septembre 2013, p. 33.

⁴⁴⁶ *Id.*, p.8 et 9

⁴⁴⁷ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 1. Le mandat du Comité de juristes experts est de « préciser les paramètres juridiques à considérer afin de mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité », dans le cadre de l'élaboration de la Loi québécoise.

⁴⁴⁸ Comité de juristes experts, préc., note 4, p. 355 à 373.

des situations où, avec une autorisation judiciaire préalable, il serait envisageable de rendre accessible l'aide médicale à mourir » à ce groupe de personnes⁴⁴⁹.

Avant l'adoption de la Loi fédérale, deux rapports importants ont d'ailleurs fourni des recommandations concernant l'inclusion des mineurs matures dans la celle-ci. Dans un premier rapport, le groupe consultatif recommande que l'admissibilité à l'aide médicale à mourir soit basée sur la « capacité du patient d'agir en toute lucidité, plutôt que sur son âge »⁴⁵⁰. En effet, selon le groupe :

il n'est pas approprié d'établir un âge limite arbitraire [...] La compétence décisionnelle se fonde parfois sur l'âge, mais ce critère n'est pas pertinent lorsqu'il faut déterminer si un patient a l'autorité légale de prendre des décisions au sujet des soins qui devraient lui être administrés⁴⁵¹.

Quant au second rapport, il s'agit de celui rendu par le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, en février 2016⁴⁵². Avant de déposer son rapport, le Comité a entendu 61 témoins et pris connaissance de 132 mémoires déposés. Il ressort de ceux-ci plusieurs opinions divergentes sur la question des mineurs matures. Certains souhaitaient que les personnes capables, peu importe l'âge, puissent pouvoir consentir à l'aide médicale à mourir alors que d'autres s'y opposaient formellement⁴⁵³.

Par exemple, la Société canadienne de pédiatrie s'est prononcée contre l'inclusion des mineurs, et ce, sans égard à la capacité. Elle s'y est opposée, entre autres, en raison de l'absence de preuve concernant les mineurs dans l'affaire *Carter*, le fait que les limites d'âge ne sont pas arbitraires et finalement, considérant l'absence, selon elle, d'un consensus social sur l'aide médicale à mourir auprès de ce groupe de personnes. Cependant, malgré son opposition, en s'appuyant sur

⁴⁴⁹ *Id.*, p. 356.

⁴⁵⁰ ONTARIO, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *Groupe consultatif provincial-territorial d'expert sur l'aide médicale à mourir, Rapport final*, novembre 2015, p. 43, en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_fr.pdf> (consulté le 18 janvier 2020).

⁴⁵¹ *Id.*

⁴⁵² CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 1^{ère} sess., 42^e légis., février 2016, en ligne : <<https://www.parl.ca/Content/Committee/421/PDAM/Reports/RP8120006/pdamrp01/pdamrp01-f.pdf>> (consulté le 21 janvier 2020).

⁴⁵³ *Id.*, p. 21.

l'exemple de la Belgique qui a légiféré sur la question des mineurs près de 12 ans suivant la légalisation pour les adultes, elle propose que le Canada s'interroge plus amplement sur cette question lorsque suffisamment de données seraient recueillies à l'égard de ce groupe⁴⁵⁴.

À l'inverse, en s'appuyant sur l'article 12 de Convention des droits de l'enfant⁴⁵⁵, les Chartes et la décision *A.C. c. Manitoba*, la Coalition canadienne pour les droits des enfants, estime que la décision de ne pas permettre l'aide médicale à mourir aux mineurs matures serait « injuste et cruelle » et violerait la majorité des lois provinciales et droits fondamentaux⁴⁵⁶. La Coalition reconnaît l'intérêt légitime de l'État de vouloir protéger les personnes vulnérables, cependant elle estime que le :

choix de se fonder sur un critère aussi arbitraire que l'âge pour accorder le droit à une aide médicale permettant d'abréger une longue et atroce agonie ne résisterait sûrement pas à un examen approfondi en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés ou de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant⁴⁵⁷.

Dans ce même sens, le docteur Derryck Smith, président du Physicians Advisory Council de Dying with Dignity Canada, qui a dirigé le service de psychiatrie de l'Hôpital pour enfants de Vancouver pendant 30 ans, prône pour une approche fondée sur la capacité décisionnelle⁴⁵⁸. Dans son témoignage, il explique que la loi doit être restreinte aux personnes capables, « puisque plusieurs adolescents sont tout à fait capables de prendre toutes les décisions d'ordre médical »⁴⁵⁹.

⁴⁵⁴ CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Mémoire de la Société canadienne pédiatrie, février 2016, en ligne : <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/PDAM/Brief/BR8092308/br-external/2016-02-03_PDAM_brief_Cdn_Paediatric_Society_f-f.pdf> (consulté le 22 janvier 2020).

⁴⁵⁵ L'article 12 prévoit que : « Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ».

⁴⁵⁶ CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Mémoire de la Coalition canadienne pour les droits de l'enfant, février 2016, p. 2 et 3, en ligne : https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/PDAM/Brief/BR8106001/br-external/2016-02-12_brief_Cdn_Coalition_for_the_Rights_of_Children_f-f.pdf (consulté le 22 janvier 2020).

⁴⁵⁷ *Id.*, p.4.

⁴⁵⁸ CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, préc., note 452, p. 22.

⁴⁵⁹ CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Témoignage de Derryck Smith, 2 février 2016, en ligne : <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/PDAM/reunion-10/temoignages#Int-8777961> (consulté le 22 janvier 2020).

Malgré les opinions divergentes, dans son rapport, le Comité rappelle, en se référant au jugement rendu par la Cour suprême dans *A.C. c. Manitoba*, que les mineurs ont droit à une autonomie décisionnelle basée sur leur développement intellectuel et leur compréhension⁴⁶⁰. Il mentionne même :

Ce n'est pas parce qu'on permettrait à des mineurs capables de recourir à l'AMM qu'on éliminerait pour autant l'obligation liée à la capacité. Compte tenu des pratiques existantes en matière de soins de santé pour les mineurs matures et du fait qu'un mineur peut souffrir tout autant qu'un adulte, le Comité trouve difficile de justifier une interdiction totale de l'accès à l'AMM pour les mineurs. Si on met en place les mesures de protection adéquates, comme pour la santé mentale, on pourra se fier au jugement des professionnels de la santé pour déterminer quels mineurs seraient admissibles à l'AMM et pour refuser cette aide aux mineurs qui ne satisferaient pas aux critères⁴⁶¹[Nos soulignés] [Référence omise].

Sur la base de ce qui précède, le Comité recommande que le gouvernement mette en place un processus législatif en deux phases : la première s'appliquerait aux personnes adultes et aptes et la seconde aux mineurs matures et aptes, et ce, trois ans suivant l'entrée en vigueur de la première loi. Également, le Comité recommande que le gouvernement canadien s'engage « sans tarder » à réaliser une étude exhaustive sur les mineurs matures, et ce, avant l'entrée en vigueur de la deuxième phase législative⁴⁶².

À cet égard, plus récemment, à la demande des ministres de la Santé et de la Justice du Canada et du procureur général du Canada, via le Conseil des académies canadiennes (CAC)⁴⁶³, quelques groupes de travail ont été créés pour répondre à différentes questions spécifiques de l'aide médicale à mourir, dont celui de faire le point sur l'état des connaissances de l'aide médicale à mourir au Canada pour les mineurs matures⁴⁶⁴. Essentiellement, il ressort du rapport émis que la capacité du mineur de prendre des décisions sur son corps ne peut pas déterminée uniquement

⁴⁶⁰ CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, préc., note 452, p. 22.

⁴⁶¹ CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, préc., note 452, p. 22 et 23.

⁴⁶² *Id.*

⁴⁶³ Le CAC est un organisme indépendant à but non lucratif qui a pour but de soutenir des évaluations spécialisées indépendant qui alimentent l'élaboration de politiques publiques au Canada. Dans le cadre des évaluations du CAC, des comités d'experts sont formés pour cerner des problématiques nouvelles, des lacunes au niveau des connaissances ainsi que les tendances et les pratiques internationales. Les études sont ensuite fournies aux autorités compétentes pour élaborer des politiques.

⁴⁶⁴ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175.

en fonction de son âge ou un ensemble normalisé de critères : chaque cas est unique et doit être analysé⁴⁶⁵.

Malgré ce qui précède, le groupe de travail soulève néanmoins certaines préoccupations à permettre l'aide médicale à mourir chez les mineurs considérant le caractère irréversible de cette décision⁴⁶⁶. Également, le groupe consultatif s'inquiète qu'autoriser cet accès normalise l'idée du suicide chez les jeunes et plus particulièrement, chez les personnes présentant des problèmes de santé mentale⁴⁶⁷.

Également, l'une des autres difficultés soulevées par le groupe de travail a trait à l'influence extérieure. En effet, il appert que certains jeunes seraient facilement influencés par les autres, et ce, en raison de leurs relations familiales, économiques et leur stade de développement⁴⁶⁸. Cependant, selon une enquête réalisée en 2016, rien ne laisse présager qu'il y aurait un risque que des parents aient un rôle coercitif à l'égard de leur enfant et les pressent d'obtenir l'aide médicale à mourir⁴⁶⁹. Également, comme peu de cas sont documentés aux Pays-Bas et en Belgique relativement aux mineurs matures, l'expérience étrangère ne peut aider les États à prévoir les conséquences de cette pratique⁴⁷⁰.

Une autre étude menée, en 2016, par le Programme canadien de surveillance pédiatrique, permet de penser que peu de cas seraient répertoriés au Canada si cette pratique était permise : ce qui est d'ailleurs corroboré par les données disponibles des pays étrangers. Parmi les répondants, 35% d'entre eux fournissent des soins de fin de vie ou palliatifs au mineur. Également, les répondants ont indiqué avoir eu des discussions avec 60 patients pédiatriques et que 17 parmi ce groupe leur avait expressément fait une demande d'aide médicale à mourir. La majorité de ces cas concernaient des patients âgés entre 14 et 17 ans. En revanche, pour les nouveau-nés ou les enfants âgés entre 1 à 13 ans des conversations exploratoires sur l'aide médicale à mourir ou des

⁴⁶⁵ *Id.*, p. 65 et 147.

⁴⁶⁶ *Id.*, p. 69 et 70.

⁴⁶⁷ *Id.*, p. 13.

⁴⁶⁸ *Id.*, p. 47.

⁴⁶⁹ *Id.*, p. 123.

⁴⁷⁰ *Id.*, p. 110 à 116.

demandes explicites ont été signalées par les répondants : respectivement 419 (nouveau-nés) et 91 patients (âgés entre 1 à 13 ans)⁴⁷¹.

Outre ce qui précède, de l'avis du groupe, malgré les sondages réalisés chez les pédiatres, il existe peu de données probantes relatives à l'avis des différents acteurs touchés par l'interdiction ou l'autorisation de cette pratique dont les mineurs, leur famille, les infirmières et les pharmaciens ou encore, quant aux répercussions sociales relatives à l'étendue de cette pratique⁴⁷². Il convient de préciser que, suivant une étude réalisée par l'Association médicale canadienne, 67 % des 600 participants étaient favorables à l'accès à l'aide médicale à mourir chez les mineurs matures. 82 % ont affirmé qu'ils seraient prêts à évaluer des mineurs matures dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir et 70 % ont évoqué qu'ils seraient prêts à l'administrer⁴⁷³. Dans un sondage réalisé par la Société canadienne des pédiatres, près de la moitié des répondants étaient favorable à étendre l'aide médicale à mourir aux mineurs matures⁴⁷⁴. Dans une autre étude, plusieurs répondants ont évoqué qu'ils étaient mal à l'aise avec le principe de l'aide médicale à mourir chez les mineurs⁴⁷⁵. L'appui des professionnels varie donc selon les études réalisées.

Finalement, suivant une étude exhaustive, le groupe de travail est d'avis, bien qu'il soit nécessaire d'assurer une protection accrue aux mineurs considérant qu'ils puissent être, selon plusieurs, une population vulnérable, il est également primordial que cette population soit écoutée et non ignorée⁴⁷⁶. En effet, selon le groupe de travail : « Il ne faut donc pas oublier que protéger des patients potentiellement vulnérables consiste en partie à faire en sorte que leurs volontés soient prises en compte »⁴⁷⁷.

Bref, en raison d'une lacune au niveau des connaissances, le groupe de travail ne peut répondre à la question de savoir si l'aide médicale à mourir devrait être permise aux mineurs matures. Selon

⁴⁷¹ *Id.*, p. 109. (source secondaire : l'étude dont il est question (CPSP, 2016) n'a pas pu être retracée)

⁴⁷² *Id.*, p. 129 et 132.

⁴⁷³ *Id.*, p. 129 (source secondaire : l'étude dont il est question (CAMAP, 2017) n'a pas pu être retracée).

⁴⁷⁴ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRE, « L'aide médicale à mourir : le point de vue des pédiatres », 21 avril 2018, en ligne : <<https://www.cps.ca/fr/documents/position/l-aide-medicate-a-mourir>> (consulté le 22 janvier 2020).

⁴⁷⁵ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 129. (Voir étude SPC 2016).

⁴⁷⁶ *Id.*, p. 118.

⁴⁷⁷ *Id.*, p. 134.

eux, une consultation publique de même qu'une enquête approfondie sur les groupes les plus susceptibles d'être touchés par l'aide médicale doivent avoir lieu⁴⁷⁸.

Depuis l'adoption de la Loi fédérale, plusieurs auteurs se sont également prononcés sur la question de l'inclusion des mineurs. Selon un article, comme les mineurs matures peuvent refuser des soins qui ont pour conséquence la mort, il sera illogique que ces derniers n'aient pas accès à l'aide médicale à mourir. Se basant sur le droit étranger et les principes éthiques, les auteurs concluent que ce groupe de personnes devrait pouvoir avoir accès à l'aide médicale à mourir selon des circonstances bien précises⁴⁷⁹. Dans un autre article, l'auteure, Constance MacIntosh, est du même avis. Selon elle, l'exclusion du mineur mature dans le régime de l'aide médicale à mourir est probablement contraire à la Charte canadienne. Cela dit, considérant l'absence de données sur la question, elle propose qu'il y ait une étude approfondie sur la question⁴⁸⁰.

Une consultation publique a par ailleurs été lancée par le gouvernement fédéral afin de prendre le pouls de la population canadienne au sujet de l'aide médicale à mourir. Les Canadiens avaient jusqu'au 27 janvier pour donner leur avis au moyen d'un questionnaire disponible ligne⁴⁸¹. Bien que la question spécifique des mineurs matures ne fasse pas l'objet des consultations publiques actuelles, l'élargissement de la loi à ce groupe d'individus sera plus amplement discuté au courant de l'été 2020, dans le cadre d'une révision parlementaire⁴⁸².

Comme nous pouvons le constater, plusieurs estiment que les mineurs devraient pouvoir avoir accès à l'aide médicale à mourir, et ce, pour différentes raisons reliées notamment à l'éthique médicale et au respect des droits fondamentaux. Cependant, la population canadienne ne semble pas prête à permettre cette ouverture à ce groupe de personnes. Malgré cela, à la lumière de ce

⁴⁷⁸ *Id.*, p. 153 et 154.

⁴⁷⁹ Juliet GUICHON, Farah MOHAMED, Kim CLARKE et IAN MITCHELL, « Autonomy and beneficence in assisted dying in Canada : The eligibility of mature minors », (2017) 54 *Alberta Law Review* 3.

⁴⁸⁰ Constance MACINTOSH, « *Carter, medical aid in dying and mature minors* », (2016) 10 *McGill Journal of Law and Health* 1

⁴⁸¹ GOUVERNEMENT DU CANADA, en ligne : <<https://www.justice.gc.ca/fra/cons/am-ad/index.html>> (consulté le 24 janvier 2020).

⁴⁸² LA PRESSE CANADIENNE, « Ottawa lance ses consultations sur l'aide médicale à mourir », *Radio-canada*, 13 janvier 2020, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1470195/consultations-publiques-aide-medicales-mourir-ottawa>> (consulté le 14 janvier 2020).

qui précède, nous proposerons, dans la prochaine section, un cadre juridique pouvant être applicable.

B. Esquisse d'une solution possible pour notre droit québécois

Comme nous l'avons précédemment souligné, il peut certes y avoir une dichotomie entre le devoir de l'État de protéger les personnes dites vulnérables et le respect des droits fondamentaux du mineur. Ceci étant dit, des mesures de protection bien définies peuvent, à notre sens, permettre d'encadrer ce soin pour ce groupe de personnes. L'exemple des Pays-Bas et de la Belgique nous permet d'ailleurs d'en faire un tel constat. Rappelons que la pente glissante dont plusieurs craignaient ne s'est pas produite dans ces pays. Même, les études n'ont pas permis de démontrer de risque accru pour ce groupe de personnes en comparaison au reste de la population⁴⁸³.

Ainsi, outre les critères existants pour les majeurs⁴⁸⁴, d'autres mesures de protection doivent être ajoutées. D'abord, même si le « critère de fin de vie » ou de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » est retiré du cadre juridique actuel, pour les mineurs, ce critère doit demeurer. À notre sens, cela permettrait de restreindre considérablement l'accès et de rassurer la population canadienne quant aux craintes de dérives possibles. Nous estimons qu'il est préférable d'opter, dans un premier temps, vers une pratique conservatrice, et ce, comme notre pays a choisi de le faire pour les majeurs. Suivant l'instauration de ce régime et des données, la pratique pourra ensuite être revue.

⁴⁸³ Margaret P. BATTIN, Agnes VAN DER HEIDE, Linda GANZINI, Gerrit VAN DER WAL et Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, « *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups* », (2007) 33 *Journal of Medical Ethics* 591, p. 591-597; et Agnes VAN DER HEIDE, *Legalized euthanasia and physician-assisted suicide and vulnerable groups – An update for the Netherlands*, Conférence, Halifax, Canada, septembre 2017, en ligne : <<https://bioethics.georgetown.edu/2017/04/2nd-international-conference-on-end-of-life-law-ethics-policy-and-practice-halifax-nova-scotia/>> (consulté le 12 janvier 2020).

⁴⁸⁴ Rappelons que suivant la Loi fédérale et la Loi québécoise, pour bénéficier de l'aide médicale à mourir, la personne doit être majeure et apte à consentir, être atteinte d'une maladie grave et incurable dont la situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Également, la personne doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes qui ne peuvent pas être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Comme nous l'avons vu, certains suggèrent que la souffrance chez l'enfant serait difficile à évaluer⁴⁸⁵. Cependant, comme le souligne la CAC, il n'existe aucune donnée probante à l'effet que les mineurs⁴⁸⁶ ressentent une douleur physique différente d'un adulte ou encore, qu'ils souffriraient plus ou moins psychologiquement⁴⁸⁷. Certes, la façon d'exprimer leur souffrance peut être différente en fonction de l'âge, mais il ne souffre pas moins ni plus⁴⁸⁸. Cela étant dit, bien que les mineurs puissent éprouver, au même titre que les majeurs, des souffrances psychiques intolérables en raison de leur condition de santé, nous estimons, à l'instar de la Belgique, que seuls les mineurs présentant des souffrances physiques et psychiques devraient pouvoir avoir accès à ce soin. Or, un mineur éprouvant uniquement des souffrances psychologiques serait exclu du régime.

Finalement, comme les adultes, nous recommandons qu'un deuxième médecin soit impliqué dans le processus de l'aide médicale à mourir, et ce, pour assurer le respect des critères légaux. Cependant, nous proposons que ce deuxième médecin soit compétent dans la pathologie concernée. Par exemple, si l'enfant souffre d'un cancer du poumon avec métastases, un pneumologue et/ou oncologue devra évaluer le caractère grave et incurable de la pathologie.

Outre l'avis d'un deuxième médecin, nous proposons qu'une évaluation de l'aptitude du mineur soit effectuée par un pédopsychiatre ou si non disponible, un psychologue spécialisé chez les enfants ou encore, un travailleur social. Dans le cadre de cette évaluation, le professionnel pourra évaluer la capacité décisionnelle de l'enfant, via les outils utilisés auprès des adultes⁴⁸⁹, et ainsi, déterminer si celui-ci a la capacité de comprendre et de considérer, de manière rationnelle, l'impact de ses décisions.

Comme mentionné ci-dessus, la question de limiter l'évaluation aux psychiatres a été abordée par la Belgique, lors des débats parlementaires⁴⁹⁰, toutefois, après analyse, il a été convenu que cette

⁴⁸⁵ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 100 et 101.

⁴⁸⁶ Une réserve est cependant faite quant aux nouveau-nés en ce qu'ils peuvent apparemment, selon les études, éprouver une douleur plus intense puisque leurs mécanismes de modulation de la douleur n'ont pas atteint encore la pleine maturité (*Id.*, p. 101).

⁴⁸⁷ *Id.*, p. 90; et 100 à 103.

⁴⁸⁸ *Id.*, p. 102.

⁴⁸⁹ Pensons notamment au MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment.

⁴⁹⁰ *Jurileven et al*, préc., note 426, p. 60.

exigence était impraticable. Considérant que la difficulté d'avoir accès à un spécialiste est une situation omniprésente au Québec, nous estimons qu'une telle approche serait également impraticable. C'est donc la raison pour laquelle nous proposons que soit priorisé un pédopsychiatre et ensuite, si non disponible, les autres professionnels.

1. La question délicate de l'âge

Contrairement aux Belges, les Néerlandais ont choisi d'établir un âge objectif. Pourquoi douze ans plutôt que 14 ans, comme l'a choisi le législateur québécois en matière de consentement aux soins ? Suivant la littérature recensée, il ne semble pas exister de consensus clair sur la question de savoir à quel âge précis l'enfant est doté d'une capacité décisionnelle suffisante lui permettant de prendre des décisions sur ses soins de santé.

En effet, la capacité décisionnelle du mineur peut dépendre de différents facteurs liés notamment à son développement intellectuel et psychosocial, à son environnement social et culturel et aux relations qu'il entretient avec sa famille et le corps médical⁴⁹¹. Certains adolescents peuvent être aptes à consentir s'ils bénéficient d'un environnement de soutien tels les membres de leur famille alors que d'autres non⁴⁹².

Ceci étant dit, il semble que la capacité cognitive⁴⁹³, au sens strict du terme, permettant de prendre des décisions éclairées s'acquiert plus tardivement, soit vers le début de l'adolescence, vers l'âge de 12 ans⁴⁹⁴. Cependant, il appert que la maturité, laquelle inclut le contrôle des décisions impulsives, la résistance aux pressions extérieures de même que la prise de conscience d'une prise de décision pouvant avoir un impact sur sa vie, s'acquiert au fil de l'adolescence⁴⁹⁵.

D'ailleurs, un auteur américain, John Michael Jr. Estaino, souligne qu'un enfant de 12 ans peut avoir la capacité intellectuelle d'évaluer et de comprendre les risques associés à un traitement

⁴⁹¹ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 68.

⁴⁹² *Id.*, p. 68 et 72.

⁴⁹³ C'est-à-dire, en considérant uniquement les fonctions que sont le traitement de base de l'information et le raisonnement nécessaire.

⁴⁹⁴ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 73.

⁴⁹⁵ *Id.*, p. 75.

considéré comme « non-urgent ». En revanche, cet auteur est d'avis que l'enfant de 12 ans n'a pas la maturité nécessaire pour juger de la portée de l'intervention si celle-ci comprend des risques graves tels que la mort⁴⁹⁶.

Dans une autre étude, une professeure de droit de San Francisco, Lois Weithorn, souligne qu'un enfant de 14 ans et plus est aussi compétent qu'un adulte pour consentir à la plupart des traitements⁴⁹⁷. À cet égard, plusieurs auteurs sont d'avis que la capacité de consentir d'un enfant s'acquiert suivant son développement intellectuel⁴⁹⁸. Cela dit, un enfant de 14 ans n'aurait pas le même raisonnement intellectuel qu'un enfant de 17 ans quant à la décision de refuser ou d'accepter des soins et traitements.

Or, même si la maturité s'acquiert au fil de l'âge, certains mineurs peuvent avoir la maturité suffisante pour prendre une décision libre et éclairée sur ses soins de santé⁴⁹⁹. Il ressort de certaines études qualitatives que, chez plusieurs adolescents âgés de plus de 14 ans, présentant une maladie chronique et terminale, certains avaient une capacité décisionnelle remarquable en relation avec leur condition⁵⁰⁰.

Bref, il appert de ces études qu'il est impossible de relever un âge fixe à partir duquel un enfant peut consentir à des soins. Les auteurs ne sont eux-mêmes pas unanimes à ce sujet. À défaut d'avoir un consensus scientifique sur la question, nous croyons que la question relève d'un choix sociétal et qu'il est préférable d'opter, en cas de doute, pour éviter des décisions arbitraires et injustes, à une analyse au « cas par cas ».

D'ailleurs, comme le souligne le groupe consultatif, la tâche de déterminer s'il y a consentement doit revenir aux médecins qui doivent, de toute façon, avant de prodiguer l'aide médicale à mourir, examiner attentivement si le consentement de la personne est libre et éclairé et si cette

⁴⁹⁶ John Michael Jr. ESTAINO, « Informed consent: should it be extended to 12 years olds ? A surgeon's View » (1987) 6 *MedLaw* 91, p. 93-96.

⁴⁹⁷ *Id.*, p. 93.

⁴⁹⁸ Voir notamment : Christine HARRISON, « Treatment decisions regarding infants, children and adolescents » (2004) 9 *Paediatric Child Health* 2, p. 99.

⁴⁹⁹ COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, préc., note 175, p. 75.

⁵⁰⁰ *Id.*, p. 76.

dernière est apte⁵⁰¹. L'évaluation de l'aptitude et du consentement se fait selon les mêmes critères que les adultes. Or, le médecin est certainement le sujet pour déterminer de la capacité de son patient mineur.

Cela étant dit, malgré ce qui précède, nous proposons néanmoins qu'une logique similaire à notre droit civil québécois soit appliquée dans le contexte de l'aide médicale à mourir. D'emblée, selon nous, l'aide médicale à mourir serait considérée, selon notre droit civil, comme étant un soin non requis par l'état de santé du mineur puisque ce soin n'est pas, sur le plan purement médical, nécessaire pour l'individu. Au contraire, si administré, ce soin engendre le décès de la personne. Partant de ce postulat, les principes régis par les articles 17 et 18 du C.c.Q. trouveraient application.

Or, en se basant sur l'article 18 du C.c.Q., pour les mineurs âgés de 14 ans et moins, le consentement du titulaire de l'autorité parentale serait nécessaire en plus de l'autorisation du tribunal, et ce, puisque l'aide médicale à mourir comporte un risque réel pour la santé du mineur. En revanche, pour le mineur âgé de 14 ans et plus, comme ce dernier peut consentir seul à ces soins, sauf lorsque sa décision peut engendrer des risques sérieux pour sa santé, seul le consentement du titulaire de l'autorité parentale serait nécessaire. Autrement dit, sans égard à l'âge, toute demande provenant d'un mineur devra être appuyée par ses parents. Dépendamment de l'âge, l'autorisation du tribunal sera nécessaire. Aussi, s'il y a mésentente entre le mineur et ses parents, la décision sera prise par le Tribunal.

⁵⁰¹ ONTARIO, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, préc., note 450, p. 43.

CONCLUSIONS

Comme nous l'avons vu les droits fondamentaux sont reconnus à tous citoyens et aucun n'a, en théorie préséance sur les autres. Cependant, suivant l'analyse de ceux pouvant être invoqués en matière de soins, nous pouvons néanmoins constater qu'il existe une certaine hiérarchie normative parmi les droits reconnus aux citoyens. Certes, notre droit canadien reconnaît l'importance du caractère sacré de la vie. Cependant, s'il s'agit d'un majeur apte, le droit à l'autodétermination a, en quelque sorte, préséance sur tous les autres droits. Notre droit canadien reconnaît d'ailleurs que le droit à la vie inclut le droit à la mort. Ainsi, obliger une personne souffrante à vivre alors qu'elle estime que sa condition n'en vaut plus la peine constitue une « insulte à la dignité humaine »⁵⁰². En revanche, lorsqu'il s'agit d'un mineur, le caractère sacré de la vie a souvent préséance sur les autres droits, dont l'autonomie décisionnelle.

Quant au droit civil québécois, comme nous l'avons vu, celui-ci ne reconnaît pas le mineur et le majeur apte sur le même pied d'égalité. Bien que le mineur âgé de 14 ans et plus soit doté d'une plus grande autonomie que le mineur âgé de 14 ans et moins, il ne peut pas prendre de décision pouvant lui causer préjudice. En revanche, contrairement aux mineurs, les majeurs aptes peuvent se causer préjudice. Ils peuvent prendre une décision à l'encontre de leur meilleur intérêt, selon leur volonté, sans que leur décision soit remise en question par le tribunal.

D'ailleurs, à la lumière de la jurisprudence québécoise, nous pouvons constater que les tribunaux sont plus réticents à respecter la décision du mineur ou de celui qui consent pour ce dernier lorsque celle-ci a des conséquences importantes sur sa vie, soit l'avènement de la mort. Bien qu'il s'agisse d'une décision manitobaine et non applicable au Québec, la décision *A.C. c. Manitoba* a néanmoins reconnu, pour la première fois, qu'un mineur mature pouvait décider de mettre fin à ses jours s'il était doté de la maturité suffisante pour consentir à une telle décision. Cette décision permet, en quelque sorte, de reconnaître que le mineur mature peut, dans certaines circonstances, être traité sur le même pied d'égalité que le majeur apte.

⁵⁰² *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, par. 630.

Quant à la question spécifique de l'aide médicale à mourir, comme nous l'avons vu, ce soin est uniquement permis aux majeurs aptes atteints d'une maladie grave et incurable dont celle-ci se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et en proie à des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables. Contrairement à la Belgique et aux Pays-Bas, notre droit n'a pas choisi de reconnaître ce droit aux mineurs aptes. Pourtant ces derniers peuvent, eux aussi, se retrouver dans cette situation délicate et douloureuse.

L'exclusion des mineurs à la Loi québécoise et la Loi fédérale constitue-t-elle une atteinte en vertu des droits fondamentaux ? Nous croyons que oui. En reprenant l'analyse et les motifs énoncés dans les décisions relatives aux majeurs⁵⁰³, un parallèle similaire peut être fait pour les mineurs. Selon nous, le paragraphe 2 de l'article 26 Loi québécoise de même que l'article 241.2 (1) b) de la Loi fédérale qui limitent l'accès aux personnes majeures constituent une atteinte aux droits fondamentaux et plus particulièrement, aux articles 7 et 15 de la Charte canadienne. Qui plus est, selon nous, ces atteintes ne peuvent se justifier en regard de l'article 1 de cette même Charte.

Avant tout, rappelons-le, l'objectif de la Loi fédérale⁵⁰⁴ est d'empêcher les personnes vulnérables qui pourraient être incitées de mettre fin à leur vie dans un moment de détresse⁵⁰⁵. Ceci étant dit, la notion de « personnes vulnérables » peut être interprétée et vue de différentes façons. Par exemple, comme le juge Lamer le mentionne dans *Rodriguez*, une personne vulnérable peut être considérée comme toute personne qui, à un moment particulier de sa vie, pense mettre fin à ses jours⁵⁰⁶. Dans ce même sens, selon le juge Sopinka, toute personne est considérée vulnérable lorsqu'elle est en phase terminale⁵⁰⁷. Or, aucune distinction n'est faite quant à l'âge de la personne ou quant à son statut. Dans *Truchon*, la juge Baudouin conclut que la vulnérabilité n'est pas collective mais bien individuelle⁵⁰⁸.

Ainsi, quant à l'article 7 de la Charte canadienne, nous estimons que les droits des mineurs aptes sont brimés puisqu'en les empêchant d'avoir accès à l'aide médicale à mourir, l'État les force à

⁵⁰³ À savoir les décisions rendues dans les affaires : *Carter, Truchon* et *Rodriguez*.

⁵⁰⁴ L'objectif de la Loi québécoise est l'encadrement des soins de fin de vie (voir à cet effet : *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par. 691).

⁵⁰⁵ *Id.*, par. 556.

⁵⁰⁶ *Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général)*, préc., note 17, par. 626.

⁵⁰⁷ *Id.*, par. 48.

⁵⁰⁸ *Truchon c. Canada (Procureur général du Canada)*, préc., note 38, par.466.

endurer des souffrances importantes et les prive de faire un choix respectueux de leur dignité et de leur intégrité physique⁵⁰⁹. Pour ces motifs, nous estimons qu'il y a atteinte en vertu de l'article 7 de la Charte canadienne.

Ensuite, il convient d'analyser les principes de justice fondamentaux. Au même titre que dans *Truchon*, bien qu'il puisse exister un lien rationnel entre l'objet de la loi et le fait que celle-ci soit arbitraire⁵¹⁰, nous estimons néanmoins que la restriction imposée par l'État constitue une portée excessive et disproportionnée puisqu'elle empêche les mineurs aptes, souffrants en raison d'une maladie grave et incurable, d'avoir accès à une mort douce. On leur impose de vivre dans des conditions atroces alors que notre droit reconnaît depuis longtemps que le droit à la vie inclut le droit à la mort. Aucune distinction ne devrait être faite pour le mineur placé dans les mêmes circonstances.

Ensuite, nous estimons que les dispositions qui limitent l'aide médicale à mourir aux personnes majeures constituent une atteinte en vertu de l'article 15 de la Charte canadienne. En effet, cette exigence crée une distinction fondée sur l'âge et par conséquent, empêche les mineurs aptes de pouvoir mettre fin à leur jour au même titre que les majeurs aptes placées dans les mêmes circonstances.

Finalement, nous sommes d'avis que l'atteinte aux droits fondamentaux ne se justifie par en regard de l'article 1 de la Charte canadienne. En effet, la prohibition de l'aide médicale à mourir aux personnes mineures ne constitue pas le moyen le moins radical de protéger ce groupe de personnes dites vulnérables. Selon nous, l'obligation de l'État de protéger les personnes vulnérables ne devrait pas être différente lorsqu'il est question d'un mineur. Bien que le mineur puisse être qualifié de vulnérable en raison de son âge, il ne l'est pas plus ou moins que le majeur. Comme nous l'avons vu, c'est plutôt les circonstances propres à la maladie qui place les personnes dans une situation de vulnérabilité. Le mineur peut donc souffrir autant en raison de sa maladie. D'ailleurs, comme le mentionne la juge Baudouin, la vulnérabilité s'apprécie de manière individuelle et non de manière collective : il s'agit donc d'une analyse au cas par

⁵⁰⁹ *Id.*, par. 573.

⁵¹⁰ *Id.*

cas⁵¹¹. Un mineur ne peut donc pas être catégorisé parmi les personnes vulnérables sur la base exclusive de son âge.

Qui plus est, comme nous l'avons mentionné dans la section III, plusieurs mesures de protection peuvent être instaurées pour permettre de protéger ces personnes qualifiées de vulnérables. D'ailleurs, l'expérience étrangère, qui prévoit des mesures similaires à celles proposées, ne démontre pas qu'il y a des dérives.

Cela étant dit, malgré ce qui précède, nous ne croyons pas que notre société puisse en venir à un tel consensus social dans un avenir rapproché. En effet, notre droit québécois trace une limite bien définie entre les mineurs et les majeurs. Aussi, rappelons que, en réponse au jugement *Carter* et malgré les conclusions de la Cour suprême du Canada, le gouvernement fédéral a décidé de prévoir une loi encore plus restrictive en ajoutant le critère de la « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible ». Cette approche démontre, à notre sens, qu'un consensus sur la question n'est clairement pas établi.

Qui plus est, l'aide médicale à mourir est un droit nouveau et peu de données sont actuellement disponibles. Les Belges et les Néerlandais ont légalisé cette pratique, initialement de manière tacite, plusieurs années suivant les premiers cas d'euthanasie. C'est d'ailleurs l'évolution sociale de même que les caractéristiques propres à ces pays que la pratique de l'euthanasie a été étendue aux mineurs. Également, la Belgique a légalisé l'euthanasie chez les mineurs 12 ans suivant l'adoption de sa loi chez les majeurs. Or, nous pouvons penser que le Canada pourrait faire de même. C'est d'ailleurs ce que les différents rapports concluent.

⁵¹¹ *Id.*, par. 466.

ANNEXE I

**Analyste des décisions rendues depuis 1983 au Québec
en matière de refus de soins thérapeutiques chez les mineurs**

****** Un relevé de la jurisprudence rendue par les cours inférieures est réalisé. Seules deux décisions que l'on estime pertinentes de la Cour suprême du Canada sont résumées.

Légende :

CH : centre hospitalier

DPJ : Directeur de la protection de la jeunesse

CSC : Cour suprême du Canada

A. Mineurs de 14 ans et moins

| Décision | Âge de l'enfant et condition de santé | Faits | Commentaires | Conclusions |
|--|--|--|--|---|
| 1982 à 1989 | | | | |
| <i>Goyette (IN RE) : Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain, [1983] C.S. 429</i> | Bébé de 26 mois atteint de trisomie et de malformation cardiaque | Le CH demande à ce que l'enfant subisse les soins médicaux nécessaires (dont une intervention chirurgicale pour traiter sa malformation cardiaque) alors que les parents refusent. | L'intervention chirurgicale permettait d'améliorer la condition de l'enfant et de la faire progresser sur le plan physique et psychomoteur. | Infirme la décision des parents. Demande est accueillie. |
| <i>Montreal Children Hospital c. Couture-Jacquet [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.)</i> | Jeune enfant âgé de 3 ans et 8 mois atteint d'un cancer | La mère refuse le nouveau de traitement de chimiothérapie proposé par le corps médical. | L'enfant avait subi déjà 3 séries de traitements de chimiothérapie ayant des effets secondaires importants. Le nouveau traitement souhaitant être administré avait des chances de succès entre 10 % et 20 %. Les risques probables de ce traitement étaient importants : hémodialyse et greffe rénale et diminution significative de l'ouïe. | Confirme la décision de la mère. L'appel est accueilli. |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <p><i>Protection de la jeunesse</i> 332, [1988] R.J.Q. 1666 (C.S.).</p> | <p>Bébé atteint de la trisomie 21, de malformations cardiaques et d'un blocage d'une artère pulmonaire nécessitant des interventions chirurgicales</p> | <p>Les parents refusent la première chirurgie proposée en ce qu'il considère que celle-ci lui causerait des souffrances importantes. Le DPJ s'adresse donc à la Cour pour que les soins lui soient administrés.</p> | <p>Le tribunal n'est pas convaincu que la décision des parents aille à l'encontre du meilleur intérêt de l'enfant puisque les risques ne sont pas moins importants que les bénéfices.</p> <p>L'intervention a des risques de morbidités à brève échéance en plus de la composante d'un enfant trisomique ayant une condition cardiaque.</p> | <p>Confirme la décision des parents</p> <p>Demande est rejetée</p> |
| 1990 à 1999 | | | | |
| <p><i>Commission de protection des droits de la personne c. C.T. et G.R.</i> [1990] R.R.Q. 1674 (C.S.).</p> | <p>Bébé de 5 jours atteint d'une spina-bifida et d'une hydrocéphalie</p> | <p>Les parents refusent de consentir aux interventions chirurgicales nécessaires pour sauver la vie de leur enfant.</p> | <p>Le juge prend en considération l'opinion d'un médecin à l'effet qu'aucune forme de drainage ou procédure chirurgicale peut corriger le dommage cérébral fait chez l'enfant. Le dommage a été fait depuis la 15^e semaine de gestation.</p> <p>Les parents ont longuement discuté de la situation avec le pédiatre. Le juge estime que la décision des parents n'est pas injustifiée.</p> | <p>Confirme la décision des parents.</p> <p>Demande est rejetée.</p> |
| <p><i>Hôpital St-François d'Assise c. Lacasse</i> [1993] R.D.F. 348 C.S.</p> | <p>Bébé prématuré de 28.1 semaines nécessitant des prises de sang pour diminuer la quantité de sang dans son organisme.</p> | <p>Le CH demande à ce qu'il soit autorisé à administrer des transfusions sanguines malgré le refus des parents pour des motifs religieux.</p> | <p>Le personnel médical a tenté de respecter, dans la mesure du possible, les désirs des parents et d'utiliser un traitement alternatif (érythroïétine).</p> <p>Même si le taux d'hémoglobine avait augmenté depuis les traitements alternatifs, aucune preuve médicale claire n'a permis de démontrer que seul le traitement alternatif pourrait possiblement permettre à l'enfant de</p> | <p>Infirme la décision des parents.</p> <p>Demande est accueillie.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>surmonter son anémie sévère et avoir une vie meilleure. Dans ce contexte, les risques d'un tel choix étaient trop importants.</p> <p>Le caractère sacré de la vie est plus important que les motifs religieux</p> | |
| <p><i>B.(R). c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto</i> [1995] 1 R.C.S. 315</p> | <p>Bébé prématuré (32 semaines) qui a dû subir plusieurs interventions et soins médicaux, à l'exception de transfusion sanguine puisque les parents s'y opposaient. Un mois suivant sa naissance, le taux d'hémoglobine a drastiquement diminué à un point tel que les médecins ont estimé qu'il pourrait être nécessaire de procéder à une transfusion sanguine pour traiter l'insuffisance cardiaque globale qui risquait d'être fatale.</p> | <p>En première instance, une tutelle de 72 heures puis de 21 jours avait été accordée à l'état. La Cour d'appel a rejeté l'appel des appelants.</p> <p>Le pourvoi vise à déterminer si l'article 19 (1)b)(ix) de la <i>Child Welfare Act</i>, qui définit l'expression « enfant ayant besoin de protection » brime la liberté de religion (article 2 a) de la Charte canadienne) de même que la droit à la liberté (article 7 de la Charte) des parents de choisir un traitement médical pour leurs enfants.</p> | <p>Les juges de la CSC arrivent ultimement, aux mêmes conclusions, à savoir que l'article contesté n'est pas inconstitutionnel. Cependant, leur approche analytique et leur conception du droit à la liberté sont différentes.</p> <p>Le droit d'éduquer un enfant et de prendre des décisions relativement à ceux-ci font partie du droit à la liberté d'un parent. Toutefois, ce droit ne constitue pas un droit de propriété sur l'enfant. Ainsi, lorsque nécessaire, l'état peut intervenir, dans le meilleur intérêt de l'enfant, pour le protéger.</p> <p>Le juge en chef Lamer est d'avis que la liberté parentale n'est pas protégée par l'article 7 de la Charte canadienne alors que la décision majoritaire est à l'effet contraire. Cependant, cette protection est diminuée lorsqu'il s'agit du droit de consentir ou de refuser des soins médicaux pour leur enfant. Ainsi, si les croyances des parents empiètent sur l'intérêt de l'enfant; le droit à la liberté n'est protégé par l'article 7 de la Charte.</p> | <p>Infirme la décision des parents.</p> <p>Le pourvoi est rejeté. L'article contesté ne viole pas la liberté de religion des parents ni la liberté de ces derniers de choisir ou refuser des traitements pour leur enfant.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <p><i>Centre hospitalier Ste-Marie c. Fournier</i> [1996] R.J.Q. 2325 C.S.</p> | <p>Bébé de 6 jours, atteint d'une trisomie et une sténose du duodénum,</p> | <p>Le CH demande à ce que la chirurgie pour la sténose du duodénum soit ordonnée à l'enfant, et ce, malgré le refus des parents.</p> | <p>Le taux de succès de l'intervention était de l'ordre de 95 %.</p> <p>La décision des parents était basée essentiellement sur le handicap de l'enfant. Il ne souhaitait pas que l'enfant ait une qualité de vie différente et ne souhaitait pas que l'enfant ait un impact sur leur vie de couple.</p> | <p>Infirme la décision des parents.</p> <p>Demande est accueillie.</p> |
| <p>2000 à 2009</p> | | | | |
| <p><i>B. (I.)</i> 12 janvier 2000, Cour du Québec, REJB 2000-16960</p> | <p>Enfants séropositifs (âge non précisé)</p> | <p>La mère séropositive refuse un traitement antirétroviral pour le traitement du sida de ses enfants. La DPJ demande notamment à ce que le droit de consentement soit retiré à la mère.</p> | <p>Le tribunal considère que la sécurité et le développement des enfants sont compromis.</p> <p>Le tribunal considère la décision prise n'est pas éclairée puisque la mère n'a pas pris tous les moyens pour assurer un suivi médical serré et des soins alternatifs reconnus comme valables</p> <p>La mère souhaite traiter ses enfants via une alimentation végétarienne plutôt que des traitements reconnus.</p> | <p>Infirme la décision de la mère.</p> <p>Demande est accueillie.</p> |
| <p><i>L.(I.) c. B. (D)</i> 13 novembre 2001, Cour supérieure, REJB 2001-27365</p> | <p>Enfants mineurs (3), âgés entre 10 et 13 ans, dont le père souhaite qu'ils se fassent vacciner contre l'infection au méningocoque de type C.</p> | <p>Le père souhaite une ordonnance permettant la vaccination de ses enfants puisque la mère s'y oppose.</p> | <p>La mère préfère s'en remettre à l'homéopathie et à l'acupuncture.</p> <p>L'équipe médicale est favorable à une telle vaccination dans la mesure où dans 15 % des cas, si l'enfant le contracte, il peut en décéder.</p> <p>Les risques derniers sont mineurs contrairement aux bénéfices escomptés.</p> <p>Il n'est pas nécessaire que la vie de l'enfant soit en</p> | <p>La décision du père est maintenue et celle de la mère renversée.</p> <p>Demande est accueillie.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | | danger pour intervenir. Il suffit de démontrer que la décision d'un parent n'est pas dans son meilleur intérêt. | |
| <i>Centre hospitalier université de Québec c. A, 2007 QCCS 2419</i> | Bébés grandement prématurés qui ne peuvent pas vivre sans support médical. | L'hôpital demande l'autorisation de faire toutes transfusions sanguines aux enfants alors que les parents refusent pour des motifs religieux. Ces derniers demandent néanmoins à ce que tous les moyens médicaux soient pris pour que leurs enfants aient le moins de séquelles neurologiques possible. | La liberté de religion des parents n'est pas un motif justifiant le refus de consentir à des soins requis par l'état de santé de l'enfant. | Infirme la décision des parents. Demande est accueillie. |
| <i>Le directeur de la protection de la Jeunesse c. X et al. 6 février 2008, Cour du Québec, EYB 2008-131237</i> | Adolescente âgée de 13 ans ayant été hospitalisée dans un contexte de syndrome restrictif pulmonaire sévère sur une ascite massive ayant nécessité drainage et pontage. | La mère souhaite que sa fille subisse un traitement non conventionnel et traditionnel alors que le DPJ demande à ce que l'enfant soit confié au CH afin de lui permettre de recevoir des soins de santé requis pour son état de santé. | Suivant la présentation de la preuve médicale, le Tribunal conclut que le plan de traitement préconisé par le corps médical est dans le meilleur intérêt de l'enfant et que le refus parental est déraisonnable dans les circonstances. | Infirme la décision de la mère. Demande est accueillie. |

| 2010 à 2019 | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <i>CHU de Sherbrooke – site Fleurimont c. B. (P.)</i> , 2012 QCCS 3679 | Bébé prématuré de 27.3 semaines devant subir une chirurgie cardiaque importante où une transfusion sanguine pourrait s'avérer nécessaire. | Le CH demande à ce que l'enfant puisse subir une transfusion sanguine, au besoin, lors de la chirurgie alors que les parents s'y opposent pour des motifs religieux. | La Cour explique que les tribunaux ne donnent pas priorité aux croyances des parents lorsque celles-ci risquent de compromettre la vie et la sécurité de l'enfant. | Infirme la décision des parents. Demande est accueillie. |
| <i>CHU Sainte-Justine c. C. (M.)</i> , 10 juin 2013, Cour supérieure, EYB 2013-223102 | Bébé de trois mois nécessitant une chirurgie cardiaque lors de laquelle il est possible qu'une transfusion sanguine soit nécessaire. | Le CH demande à ce que l'enfant puisse subir une transfusion sanguine, au besoin, lors de la chirurgie cardiaque alors que les parents s'y opposent pour des motifs religieux. | Il n'existe aucune autre alternative de traitement valable aux transfusions sanguines. L'autre traitement proposé (érythropoïétine) ne permet pas de traiter un saignement important. | Infirme la décision des parents. Demande est accueillie. |
| <i>CHU de Québec –Université Laval c. A.L.</i> 23 juillet 2019, Cour supérieure, EYB 2019-314787 | Enfant âgé de 5 ans ayant une maladie génétique qui entraîne une hémoglobine basse | Les parents, témoins de Jéhovah, refusent que l'enfant reçoive une transfusion sanguine avant de subir l'amygdalectomie requise et le cas échéant, en postopératoire. | Le tribunal estime que les valeurs et les convictions des parents entrent en conflit avec le meilleur intérêt de l'enfant. Le droit à liberté ne comprend pas le droit des parents de refuser à un enfant un soin nécessaire. Le refus des parents est injustifié. | Infirme la décision des parents. Demande est accueillie. |

B. Mineurs de 14 ans et plus

| Décision | Âge de l'enfant et condition de santé | Faits | Commentaires | Conclusions |
|--|--|---|--|---|
| Entre 1998 et 2019 | | | | |
| <i>Blaise, "Délégué du Directeur de la protection de la jeunesse" c. D. (M.)</i> | Adolescente de 14 ans souffrant d'une scoliose sévère nécessitant une intervention chirurgicale dans | Les parents de même que l'enfant refusent de subir l'intervention chirurgicale pour | L'intervention est absolument nécessaire pour arrêter la progression de la scoliose et | Infirme la décision des parents et de l'enfant. Décision accueillie. |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>6 février 1998, Cour supérieure REJB 1998- 04853</p> | <p>un délai de moins d'un an.</p> | <p>des motifs d'ordre religieux.</p> | <p>permettre à l'enfant de mener une vie plus normale. Sans traitement, son espérance de vie est diminuée et sa capacité respiratoire va s'altérer ; ce qui provoquera une insuffisance cardiaque et éventuellement le décès.</p> <p>Les chances que le traitement réussisse sont de 90 %</p> | <p>Le tribunal considère que l'enfant n'est pas apte à consentir et prendre une décision si importante pour son avenir. La décision des parents est déraisonnable puisque les avantages dépassent largement les risques prévisibles.</p> |
| <p>Hôpital de Montréal pour enfants c. J.(D.), 11 juin 2001, Cour supérieure, REJB-2001-25172</p> | <p>Adolescent nécessitant une intervention chirurgicale et probablement une transfusion sanguine lors de l'intervention.</p> | <p>Le CH demande à ce que l'enfant subisse une transfusion sanguine malgré le refus de ce dernier et de sa mère, et ce, pour des motifs religieux.</p> | <p>La Cour considère que le seul critère est l'intérêt de l'enfant.</p> <p>Il n'est pas nécessaire que la vie de l'enfant soit en danger pour autoriser un traitement.</p> | <p>Infirmes la décision de la mère et de l'enfant.</p> <p>Décision accueillie.</p> |
| <p>Hôpital Sainte-Justine c. Giron, 2002 CanLII 34269 (QCCS)</p> | <p>Adolescente âgée de 15 ans qui doit subir une intervention chirurgicale où des transfusions sanguines seront probablement nécessaires.</p> | <p>L'enfant refuse les transfusions sanguines.</p> | <p>Les volontés de l'enfant sont prises en considération. Cependant, la Cour estime que la vie cet enfant prime sur les volontés de cette dernière.</p> | <p>Infirmes la décision de l'enfant.</p> <p>Décision accueillie.</p> |
| <p>A. C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille) [2009] 2 R.C.S. 181</p> | <p>Adolescente âgée de 14 ans et 10 mois admise au CH pour des saignements du tractus gastro-intestinal inférieur causés par la maladie de Crohn.</p> | <p>L'adolescente a signé une directive médicale à l'effet qu'elle refuse toute transfusion sanguine. Le directeur des services à l'état et à la famille</p> | <p>L'enfant a subi une évaluation psychiatrique pour évaluer sa maturité et son aptitude.</p> <p>Le Tribunal indique que le</p> | <p>La décision de l'enfant est considérée.</p> <p>Le pourvoi est rejeté. La Cour explique que dans la mesure où la maturité de l'enfant</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <p>** La décision a longuement été expliquée dans l'essai (voir les pages 63 à 66)</p> | | <p>(équivalent de la DPJ) demande donc que la Cour rende une ordonnance de traitement à l'encontre de l'enfant.</p> <p>L'appelant contestait la constitutionnalité de la Loi manitobaine qui prévoit une limite d'âge (16 ans).</p> | <p>refus de l'enfant doit être pris en considération dans l'évaluation de l'intérêt de l'enfant, et ce, même si la loi prévoit le contraire.</p> <p>La Cour conclut que l'enfant avait la maturité suffisante pour prendre une décision.</p> | <p>est prise en considération dans l'analyse de l'intérêt de l'enfant, la loi manitobaine n'est pas inconstitutionnelle. Cela dit, même si une limite d'âge est établi, comme l'enfant âgée de 16 et moins peut démontrer qu'il possède la maturité suffisante de consentir, la loi est constitutionnelle.</p> <p>** Notons que les critères du mineur mature ne s'appliquent pas au Québec. Il s'agit de règles de <i>Common law</i>.</p> |
| <p><i>Centre hospitalier universitaire de Saint-Justine c. X</i>, 29 août 2014, Cour supérieure, REJB-2014-242146</p> | <p>Adolescente âgée de 14 ans atteinte d'une leucémie lymphoblastique aigue de type B nécessitant probablement des transfusions sanguines dans le cadre de ses soins pouvant être prodigués pour le traitement de son cancer.</p> | <p>Ordonnance de traitement demandée pour une période de 2 ans.</p> <p>Étant religieux, l'enfant et ses parents refusent toute transfusions sanguines et exige que des traitements alternatives (érythropoïétine) lui soient prodigués.</p> | <p>La Cour prend en considération les volontés de l'enfant et conclut que les traitements alternatifs seraient priorisés. Ainsi, les transfusions sanguines seront administrées qu'en cas de danger grave.</p> | <p>Infirmes partiellement la décision de l'enfant et des parents.</p> <p>Décision accueillie en partie (la durée est réduite de 2 ans à 6 mois)</p> |
| <p><i>Centre universitaire de santé McGill (CUSM--Hôpital général de Montréal) c. X</i></p> | <p>Adolescente âgée de 14 ans et trois mois atteinte d'un lymphome hodgkinien</p> | <p>L'enfant et les parents refusent toute transfusion sanguine dans le cadre d'un traitement de chimiothérapie.</p> | <p>Les soins sont clairement requis : les transfusions sont nécessaires pour sauver la vie de l'enfant.</p> | <p>Infirmes la décision des parents et de l'enfant</p> <p>Décision accueillie.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 1 septembre 2017, Cour supérieure EYB 2017- 284080 | | | La vie de l'enfant prime sur son autonomie et sa liberté de conscience (croyances religieuses) | |
|--|--|--|--|--|

ANNEXE II

Tableau récapitulatif des différents encadrements législatifs à l'échelle internationale

| | Pays-Bas | Belgique | Québec |
|--|---|--|--|
| Législation | <i>Act on termination of Life on Request and Assisted Suicide</i> | <i>Loi relative à l'euthanasie du 29 mai 2002</i> <i>Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs</i> | <i>Loi concernant les soins en fin de vie</i> |
| Lieu de résidence | Résidents seulement (Loi exige relation de confiance entre le médecin traitant et le patient) | La loi ne contient pas de disposition relative à la résidence, mais elle exige une relation étroite avec le médecin | Domicilié au Québec; personnes assurées au sens de la Loi sur assurance maladie |
| Condition médicale | Présence de souffrances intolérables et incurables découlant d'une maladie incurable, sans perspective d'amélioration. Le pronostic de vie n'est pas un critère | Souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables qui ne peuvent être apaisées et qui résultent d'une affectation accidentelle ou d'une pathologie grave et incurable | Maladie grave et incurable; déclin avancé et irréversible de ses capacités; souffrance physique ou psychique constantes et supportables; et être en fin de vie (critère déclaré inconstitutionnel) |
| Âge | La personne doit être âgée minimalement de 12 ans. | Initialement : seul les adultes et les mineurs émancipés pouvaient faire la demande. Depuis 2014, les mineurs peuvent en faire la demande. Aucune limite d'âge n'est prévue. | Majeur et apte à consentir. |
| Conditions particulières pour les mineurs | Entre 12 et 16 ans : consentement parental est exigé. Entre 16 et 18 ans : les parents doivent être informés, mais la décision appartient au mineur. Évaluation faite par une équipe multidisciplinaire (psychologue et psychiatre) | L'enfant doit être en phase terminale et avoir la capacité de discernement. Il doit également présenter des souffrances physiques. La capacité de discernement est évaluée par une équipe médicale composé d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue indépendant et le consentement du parent est nécessaire. | Aucune puisque la pratique est illégale. |
| Examen par un deuxième médecin | Un médecin indépendant lequel atteste le respect des critères est exigé. | Un deuxième médecin indépendant, compétent quant à la pathologie, doit évaluer le caractère grave et incurable de la maladie. | Un deuxième médecin indépendant doit évaluer le respect des critères. |

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DE LA LÉGISLATION

Textes constitutionnels

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)

Loi constitutionnelle de 1867, (R-U) 30 & 31 Vict., c. 4 reproduite dans L.R.C. 1985, app. II, no 5

Textes fédéraux

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir), LC 2016 c. 3

Code criminel, LRC 1985, c. C-46

Textes provinciaux

Code civil du Québec, L.R.Q, c. C-1991

Code de déontologie des médecins, RLRQ, c. M-9, r. 17

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12

Loi concernant les soins en fin de vie, LRQ, c. S-32.0001

Loi sur le Directeur des poursuites criminelles et pénales, RLRQ, c D-9.1.1

Loi sur les services à l'enfant et à la famille, CPLM, c. C80

Loi sur le consentement aux soins de santé (Loi de 1996 sur le), LO 1996, chap. 2, annexe A

Medical Consent of Minors Acts, SNB 196 c. M-6.1, s. 2

The Health Care Directives Act, SM 1992, c. 33, CCSM c H27

À l'international

Code pénal des Pays-Bas, 3 mars 1881

Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 1577 R.T.N.U. 3

Dutch Act on termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 1er avril 2002

Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs, Moniteur belge, 12 mars 2014

Loi relative aux soins palliatifs, Moniteur belge, 14 juin 2002

Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002, Moniteur belge, 22 juin 2002, art. 3 section 1

Loi sur 22 août relative aux droits du patient, Moniteur belge, 26 septembre 2002

TABLE DE LA JURISPRUDENCE

Jurisprudence canadienne

Andrew. Law Society of British Columbia, [1989] 1 R.C.S. 143

A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille), [2009] 2 R.C.S. 181

Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony, [2009] 2 R.C.S. 56

B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto, [1995] 1 R.C.S. 315

B.H. v. Alberta (Director of Child Welfare), 2002 ABQB 899 (CanLII)

Canada (Procureur général) c. Bedford, [2013] 3 R.C.S. 1101

Carter v. Canada (Attorney General), 2012 BCCA 502

Carter c. Canada (Procureur général), [2015] 1 RCS 331

Carter c. Canada (Procureur général), [2016] 1 R.C.S. 13

Carter c. Colombie britannique (Procureur général), 2012 BCSC 886

Centre hospitalier de Sherbrooke – site Fleurimont c. B. (P.), 2012 QCCS 3679

Centre hospitalier Ste-Marie c. Fournier, [1996] R.J.Q. 2325 C.S.

Centre hospitalier universitaire de Québec c. A, 2007 QCCS 2419

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. X, 29 août 2014, Cour supérieure, REJB 2014-242146.

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. C. (M.), 10 juin 2013, Cour supérieure, EYB 2013-223102

Centre universitaire de santé McGill (CUSM--Hôpital général de Montréal) c. X, 1 septembre 2017, Cour supérieure, EYB 2017-284080

Chaoulli, c. Québec (Procureur général), [2005] 1 R.C.S 791

Commission de protection des droits de la personne c. C.T. et G.R., [1990] R.R.Q. 1674 (C.S.)

Couture-Jacquet c. Montreal Children Hospital, [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.)

D'Amico c. Québec (Procureur général), 2015 QCCS 5556 (CanLII)

Director of Child and Family Services v. A.C., 2007 MBCA 9 (CanLII)

*Dueck (Re)*1999, 171 D.L.R. (4th) 761 (B.R. Sask)

F.D. c. Centre universitaire de santé McGill, (Hôpital Royal-Victoria), 2015 QCCA 1139

Gillick c. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, [1985] 3 All E.R. 402

Goyette (IN RE) : Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain, [1983] C.S. 429 (C.S.)

H.(A.) v. Alberta (Director of Child Welfare), 2002 ABPC 171 (CanLII)

H.(B.). v. Alberta (Director of Child Welfare), 2002 ABQB 279

Hôpital de Montréal pour enfants c. J. (D.), 11 juin 2011, Cour supérieure, REJB 2001-25172

Hôpital Sainte-Justine c. Giron, 2002 CanLII 34269 (QCCS)

Hôpital St-François d'Assise c. Lacasse, [1993] R.D.F. 348 C.S.

H.T. c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto, (1996), 138 D.L.R. (4th) 144 (C. Ont. (Div. gén.))

Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G., 1994 CanLII 6105 (QC CA)

J.S.C. c. Wren, 1986 ABCA 249

Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration), [1999] 1 R.C.S. 497

Malette v. Shulman (Ont. C.A.), 1990 CanLII 6868 (ON CA)

Manoir de la Pointe-Bleue Inc. c. Corbeil, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.)

Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.)

P.(D). c. S. (C.), [1993] 4 R.C.S. 141

Protection de la jeunesse 332, [1988] R.J.Q. 1666 (C.S.)

Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux, 2016 QCCA 1659

Renvoi Motor Vehicule Act de la C-B., [1985] 2 R.C.S. 486

Québec (Procureur général) c. A, [2013] 1 R.C.S. 61

Québec (Procureur général) c. D'Amico, 2015 QCCA 2138

Re A.Y. (1993) 111 Ndlf & P.E.I.R. 91 (C.S.T-N.)

Re L.D.K., (1985), 48 R.F.L. (2d) 164 (C. prov. Ont. (Div. fam.))

R. c. Jones, [1986] 2 R.C.S. 284

R. c. St-Onge Lamoureux, [2012] 3 R.C.S. 187

R. c. Moriarity, [2015] 3 R.C.S. 485

R. c. Morgentaler, [1988] 1 R.C.S. 30

R. c. Oakes, [1986] 1 R.C.S. 103

R. c. Safarzadeh-Markhali, [2016] 1 RCS 180

RJR-MacDonald Inc. Canada (Procureur général), [1995] 3 R.C.S. 199.

Rodriguez c. Colombie Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519

Singh c. Ministère de l'Emploi et de l'immigration [1985] 1 R.C.S. 177

Starson c. Swayze, [2003] 1 R.C.S. 722

Strong v. Marshall Estate, 2009 NSCA 25 (CanLII)

Tremblay c. Daigle, [1989] 2 R.C.S. 530

Truchon c. Canada (Procureur général du Canada), 2019 QCCS 3792

U.(C.)(Friend of) v. McGonigle, 2003 ABCA 66

Withler c. Canada (Procureur général), [2011] 1 R.C.S. 396

Young c. Young, [1993] 4 R.C.S. 3

Jurisprudence Internationale

Airedale NHS Trust v. Bland (1993) AC789

Haas. c. Suisse, 20 janvier 2011, Cour européenne des droits de l'homme, requête n° 31322/07

HM Advocate v. Rutherford (1947) JC1

Jurileven et al., Constitutionnal Court of Belgium, 29 octobre 2015, Jugement n° 153/2015

DOCTRINE

Monographie et ouvrages collectifs

BAUDOIN, J.-L., *Rapport de synthèse*, dans Travaux de l'Association Henri Capitant, *Le droit de la santé : aspects nouveaux. Journées suisses*, Éditions Bruylant, Tome LIX/2009, Bruxelles et Paris, 2002,

BRUN, H., BRUN, P. et LAFONTAINE, F., *Alter ego - Charte des droits de la personne*, 32^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur, 2019, p. 35.

COUNCIL OF CANADIAN ACADEMIES, *The State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors, The Expert Panel Working Group on Maid for Mature Minors*, Ottawa, 2018

LEGROS, B., *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation. L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie*, thèse de droit privé, Les Études hospitalières, Collection Tout Savoir sur, 1999, Bordeaux

LEGROS, B., *Les « droits » des malades en fin de vie*, thèse de droit privé, Université de Lille II, Les Études hospitalières, Collection de Thèses, 1999, Bordeaux-Centre

STEWART, H., *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, p. 71.

W. KEYSERLINGK, E., *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit : étude écrite pour la Commission de réforme du droit du Canada*, Commission de réforme du droit du Canada, 1979, 2011, p. 3, <<http://www.lareau-legal.ca/SanctityFrench.pdf>> (consulté le 12 novembre 2019)

W. HOGG, P., *Constitutional Law of Canada*, 5e éd., Carswell, Student Edition, 2012

W. HOGG, P., *Constitutional Law of Canada*, 5^e éd., vol. 2, Toronto, Thomson Reuters, 2007, feuilles mobiles, 2017

Articles de revue et études d'ouvrages collectifs

A.C. RIETJENS, J., VAN DER MAAS, P.J., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B.D., J.M. VAN DELDEN, J., VAN DER HEIDE, A., « Two Decades of Research on Euthanasie from Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? », (2009) 6 *Journal Bioethical Inquiry* 6

C. DAY, D., «The capable Minor's Healthcare : who Decides ? » (2007) 86 *Canadian Bar Review* 3

COHEN, J., VAN BILSEN, J., ADDINGTON-HALL, J., LÖFMARK, R., MICCINESI, G. et al., « Population-based study of dying in hospital in six European countries », (2008) 6 *Palliative Medicine* 10

COHEN-ALMAGOR, R., « Should the euthanasia Act in Belgium include minors ? », (2019) 61 *Biology and Medicine* 2

CRÉPEAU, P.A., « Le consentement du mineur en matière de soins et de traitements médicaux ou chirurgicaux selon le droit civil canadien », (1974) 52 *Rdu B.can.* 247

DELIENS, L., MORTIER, F., BILSEN, J., COSYNS, M., VANDER STICHELE, R., et al., « End-of-Life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : A nationwide survey », (2000) 356 *The Lancet* 9244

DE HAAN, J., « The New Dutch Law on Euthanasia » (2002) 1 *Medical Law Review* 10

ESTAINO, J.M.J., « Informed consent: should it be extended to 12 years olds ? A surgeon's View », (1987) 6 *MedLaw* 91

FORTIN, J., *Children's and the Developing Law*, 2^e éd., Londres, LexisNexis, 2003

FREEMAN, M., *Law and Sociology and its Relation to Law and Sociology*, Londres, Oxford University Press, 2012

GIUBILINI, A., et MINERVA, F., « After-birth abortion : why should the baby live », (2013) 39 *Journal Medical Ethics*

GUAY, H., « Consentement aux soins : revue de la notion d'intérêt de l'article 12 du Code civil du Québec », dans S.F.P.B.Q., Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvons Blais, 2016

GUICHON, J., MOHAMED, F., CLARKE, K., et MITCHELL, I., « Autonomy and beneficence in assisted dying in Canada : The eligibility of mature minors », (2017) 54 *Alberta Law Review* 3

GRÉGOIRE, M.A. « L'aide médicale à mourir à la croisée des chemins : perspectives de droit comparé suite à l'arrêt Carter », (2016) 93 *Revue du Barreau Canada* 3

HARRISON, C., « Treatment decisions regarding infants, children and adolescents » (2004) 9 *Paediatric Child Health* 2

JONCAS, L., « De Rodriguez à Carter : un long pèlerinage vers la décriminalisation de l'aide médicale au suicide » dans S.F.C.B.Q., Barreau du Québec, *Les soins de fin de vie (dans la foulée*

de la récente décision de la Cour suprême)(2015), Cowansville, Édition Yvon Blais, EYB 2015DEV2241

R. SCOFIELD, G., « Is the Medical Ethicist and “Expert”? », (1994) 3 (3) *Bioethics Bulletin* 1

MACINTOSH, C., «Carter, medical aid in dying and mature minors », (2016) 10 *McGill Journal of Law and Health* 1

MOQUET-ANGER, M.-L., CORDONNIER, M. et GOUJON, J.-F. « Éthique et Code de déontologie médicale », (1996) *Revue Judiciaire de l’Ouest*, numéro spécial, La Santé

P. BATTIN, M., VAN DER HIEDE, A., GANZINI, L., VAN DER WAL, G., et D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B., « Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups », (2007) 33 *Journal of Medical Ethics* 591

PHILIPS-NOOTENS, S., « L’hébergement forcé : quels intérêts, quels enjeux ? Regards sur la jurisprudence récente... et plus » dans S.F.P.B.Q., *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Édition Yvon Blais, 2009

PHILIPS-NOOTENS, S., « La personne en fin de vie : le regard du droit civil du Québec », (2009-2010), 40 *R.D.U.S.*

PHILIPS-NOOTENS, S., P. KOURI. R. et LESAGE-JARJOURA, P., *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine, L’obtention du consentement*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM21

PHILIPS-NOOTENS, S., P. KOURI. R. et LESAGE-JARJOURA, P., *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine, L’obligation de renseigner*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM20

SAAS, T.C., « Euthanasie in Belgium, Legal, Historical and Political Review », (2017) 32 *Law & Medecine* 2

SHELDON, T., « *Andries Postma* », (2007) 334 *BMJ* 334 (7588)

VAN DER MAAS, P., PIJNENBORG, L., J.M. VAN DELDEN, J., « Changes in Dutch Opinions on Active Euthanasia », (1995) 273 *Journal of the American Medical Association* 18

VAN ASSCHE, K., RAUS, K., VANDERHAEGEN, B., STRECKX, Sé, « Capacity for discernment and euthanasia on minors in Belgium », (2018) 27 *Medical Law Review* 2

VANDEN EIJNDEN, S., et MARTINOVICI, D., « Neonatal euthanasia: A claim for immoral law », (2013) 8 *Clinical Ethic* 2-3

VERHAGEN, E., « The Groningen Protocol – Euthanasia in severely ill Newborns », (2005) *The New England Journal of Medecine* 352

VERHAGEN, E., « The Groningen Protocol for newborn euthanasia; with way did the slippery slope tilt ? », (2013) 5 *Journal of medical Ethic* 39

OTLOWSKI, M., *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Oxford, Oxford University Press, 2004

WEYERS, H., « Explaining the emergence of euthanasia law in the Netherlands : how the sociology of law can help the sociology of bioethics », (2006) 6 *Sociology of Health and Illness* 28

Documents gouvernementaux

ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Mémoire de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Projet de Loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie, septembre 2012

ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Mémoire du Collège des médecins du Québec, Projet de Loi n° 52 : Loi concernant les soins de fin de vie, 17 septembre 2013

CANADA, Parlement du Canada, Division des affaires juridiques et sociales, « Euthanasie et suicide assisté : l'expérience internationale », par Julia NICOL, Marlisa TIEDEMANN, Dominique VALIQUET, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 8 avril 2011 et révisée le 25 octobre 2013, n° 2011-67-F

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 1^{ère} sess., 42^e légis., février 2016, en ligne : <<https://www.parl.ca/Content/Committee/421/PDAM/Reports/RP8120006/pdamrp01/pdamrp01-f.pdf>> (consulté le 21 janvier 2020)

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Mémoire de la Société canadienne pédiatrie, février 2016, en ligne : <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/PDAM/Brief/BR8092308/br-external/2016-02-03_PDAM_brief_Cdn_Paediatric_Society_f-f.pdf>(consulté le 22 janvier 2020)

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Mémoire de la Coalition canadienne pour les droits de l'enfant, février 2016, p. 2 et 3, en ligne : <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/PDAM/Brief/BR8106001/br-external/2016-02-12_brief_Cdn_Coalition_for_the_Rights_of_Children_f-f.pdf> (consulté le 22 janvier 2020)

COMMISSION SPECIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITE, Rapport du Comité de juriste experts, Janvier 2013, en ligne : <https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/rapport_comite_juristes_experts.pdf> (consulté le 22 janvier 2020)

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec - Du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*, Édition Commission sur les soins de fin de vie, Québec, 2019

COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, Mémoire du Barreau du Québec, septembre 2010

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, Rapport, Mars 2012, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSMD/mandats/Mandat-12989/index.html>> (consulté le 2 février 2020)

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Élargissement de l'aide médicale à mourir – Le ministre Barette propose des mesures pour alimenter la réflexion*, 24 mars 2017, en ligne : <<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1286/>> (consulté le 2 février 2020)

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Directives du DPCP en matière d'aide médicale à mourir en situation de fin de vie », Communiqué, le 10 décembre 2015, en ligne : <http://www.dpcp.gouv.qc.ca/ressources/communiques/2015/Directives_aide_a_mourir.pdf>

GOUVERNEMENT DU CANADA, COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, « Le traitement médical et le droit criminel », Document de travail 26, 1980, en ligne : <<http://www.lareau-legal.ca/LRCWP26French.pdf>> (consulté le 17 novembre 2019)

GOUVERNEMENT DU CANADA, en ligne : <<https://www.justice.gc.ca/fra/cons/am-ad/index.html>> (consulté le 24 janvier 2020).

GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, « Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit : étude écrite pour la Commission de réforme du droit du Canada », 2011, en ligne : <<http://www.lareau-legal.ca/SanctityFrench.pdf>> (consulté le 12 novembre 2019)

ONTARIO, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *Groupe consultatif provincial-territorial d'expert sur l'aide médicale à mourir, Rapport final*, novembre 2015, en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_fr.pdf> (consulté le 18 janvier 2020).

Documents internationaux

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, *Huitième rapport aux Chambres législatives*, Belgique, Santé publique, 12 juin 2018, en ligne : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf> (consulté le 12 janvier 2020)

Articles de journaux

AGENCE FRANCE-PRESSE « Les pédiatres néerlandais veulent légaliser l'euthanasie pour les moins de 12 ans », *La Presse*, 19 juin 2015, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/international/europe/201506/19/01-4879402-les-pediatres-neerlandais-veulent-legaliser-leuthanasie-pour-les-moins-de-12-ans.php>> (consulté le 8 octobre 2017).

AGENCE FRANCE-PRESSE, « Les belges favorables à l'euthanasie pour les mineurs et les déments », *La Presse*, 2 octobre 2013, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/international/europe/201310/02/01-4695623-les-belges-favorables-a-leuthanasie-pour-les-mineurs-et-les-dements.php>> (consulté le 8 octobre 2017).

BOUCHARD, J.-L., « Aide médicale à mourir : devrait-on inclure les mineurs », *Radio-Canada*, le 23 juin 2016, en ligne : <<http://www.ledevoir.com/economie/emploi/420549/bureau-des-presidents-de-conseil-de-discipline-le-conseil-interprofessionnel-presse-le-gouvernement-d-agir>> (consulté le 8 février 2020)

CHOUINARD, T. et LÉVESQUE, F., « Aide médicale à mourir : plus besoin d'être en fin de vie, annonce Québec », *La Presse*, 21 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/202001/21/01-5257706-aide-medicale-a-mourir-plus-besoin-detre-en-fin-de-vie-annonce-quebec.php>> (consulté le 22 janvier 2020).

COUSTURIÉ, I., « Pays-Bas : L'euthanasie bientôt autorisée pour les enfants de moins de 12 ans ? », *Aleteia*, 24 juin 2015, en ligne : <<https://fr.aleteia.org/2015/06/24/pays-bas-leuthanasie-bientot-autorisee-pour-les-enfants-de-moins-de-12-ans/>> (consulté le 8 octobre 2017)

DEBOIS, B., et ZEEGERS, J., « L'euthanasie des nouveau-nés et le protocole de Groningen », *Institut européen de Bioéthique*, 12 avril 2014, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/fr/document/leuthanasie-des-nouveaux-nes-et-le-protocole-de-groningen-377.html>> (consulté le 8 octobre 2017)

ERGÉ, P., « Euthanasie : l'urgentiste Bonnemaïson acquitté par la Cour d'assises de Pau », *Le Parisien*, 25 juin 2014, en ligne : <<http://www.leparisien.fr/faits-divers/euthanasie-l-urgentiste-bonnemaïson-acquitte-par-la-cour-d-assises-de-pau-25-06-2014-3952213.php>> (consulté le 17 janvier 2020)

HUFFPOST et AFP, « Pays-Bas : les pédiatres veulent légaliser l'euthanasie pour les moins de 12 ans », *Le Huffington Post*, 19 juin 2015, en ligne : <http://www.huffingtonpost.fr/2015/06/19/euthanasie-pays-bas-enfants-pediatrie-sante_n_7620866.html>

HUFFPOST, « Euthanasie : La Belgique légalise la pratique pour les mineurs », *Le Huffington Post*, 13 février 2014, en ligne : <http://www.huffingtonpost.fr/2014/02/13/euthanasie-belgique-legalisation-mineurs_n_4782161.html> (consulté le 10 décembre 2019).

INSTITUT EUROPÉEN DE BIOÉTHIQUE, « Pays-Bas : l'euthanasie pour les enfants de moins de 12 ans », *Le Point*, 22 juin 2015, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/fr/bulletins/pays-bas-leuthanasie-pour-les-enfants-de-moins-de-12-ans-333.html>> (consulté le 8 octobre 2017)

JOURNET, P., « Aide médicale à mourir et la maladie mentale : la sagesse d'écouter », *La Presse*, 28 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/debats/editoriaux/202001/27/01-5258472-aide-medicale-a-mourir-et-maladie-mentale-la-sagesse-decouter.php>>

LANE, C., « Children are being euthanized in Belgium », *The Washington Post*, 6 août 2018, en ligne : <https://www.washingtonpost.com/opinions/children-are-being-euthanized-in-belgium/2018/08/06/9473bac2-9988-11e8-b60b-1c897f17e185_story.html> (consulté le 12 janvier 2020)

LA PRESSE CANADIENNE, « Ottawa lance ses consultations sur l'aide médicale à mourir », *Radio-canada*, 13 janvier 2020, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1470195/consultations-publiques-aide-medicale-mourir-ottawa>> (consulté le 14 janvier 2020).

LE SOIR.BE « L'euthanasie des mineurs adoptée : « Pas de question de l'imposer à qui que ce soit », *Le Soir*, 13 février 2014, en ligne : <http://www.lesoir.be/427861/article/actualite/belgique/2014-02-13/l-euthanasie-des-mineurs-adoptee-pas-question-l-imposer-qui-que-ce-soit> (consulté le 10 octobre 2017).

NITSCHKE, P., « Dutch psychiatrist next to give suicide workshop in Britain », *Pipermail*, 7 mars 2009, en ligne : http://lists.opn.org/pipermail/right-to-die_lists.opn.org/2009-May/003372.html (consulté le 6 janvier 2020).

VAN DE WALLE, J.-P. « L'euthanasie des mineurs en Belgique », *Institut européen de Bioéthique*, 2 mars 2015, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150302-euthanasie-des-enfants.pdf>> (consulté le 12 décembre 2019).

Dictionnaire et ouvrages généraux

BEAUDOIN, J.-L., Rapport synthèse, Congrès de l'Association Henri Capitant, Journées Suisses, 2009

VAN DER HEIDE, A., *Legalized euthanasia and physician-assisted suicide and vulnerable groups – An update for the Netherlands*, Conférence, Halifax, Canada, septembre 2017, en ligne : <<https://bioethics.georgetown.edu/2017/04/2nd-international-conference-on-end-of-life-law-ethics-policy-and-practice-halifax-nova-scotia/>> (consulté le 12 janvier 2020).

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Aide médicale à mourir. Le Collège des médecins du Québec souligne l'entrée en vigueur de la loi en invitant les médecins à la prudence », *Communiqué*, le 10 décembre 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/aide-medicale-a-mourir-prudence.aspx>> (consulté le 17 novembre 2019)

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC, ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, BARREAU

DU QUÉBEC, CHAMBRE DES NOTAIRES, *L'aide médicale à mourir : mise à jour 11/2019, Guide d'exercice et ligne directrices pharmacologiques*, 29 novembre 2019

MENARD MARTIN AVOCATS, *Vos droits en santé*, en ligne : <http://www.vosdroitsensante.com> (consulté le 2 décembre 2019)

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRE, « L'aide médicale à mourir : le point de vue des pédiatres », 21 avril 2018, en ligne : <<https://www.cps.ca/fr/documents/position/l-aide-medicale-a-mourir> > (consulté le 22 janvier 2020)