



# LA LÉGISLATION QUÉBÉCOISE SUR LE DROIT À LA MORT MÉDICALEMENT ASSISTÉE

*QUEBEC LEGISLATION ON END OF LIFE PROCEDURES*

Par **Jean-Louis BAUDOUIN\***

## RÉSUMÉ

Le Québec a récemment adopté une loi concernant les soins de fin de vie, inspirée en partie des précédents néerlandais, belge et luxembourgeois.

Par contre elle se distingue de ceux-ci par sa réglementation beaucoup plus complète de ces soins qui couvre aussi la sédation palliative et les autres mesures propres à assurer au patient en phase terminale une mort dans la dignité et le respect de ses volontés.

## MOTS-CLÉS

Euthanasie, fin de vie, sédation palliative, loi québécoise.

## SUMMARY

*Quebec recently adopted a piece of legislation on the treatment of terminally ill patients modeled in part on the Dutch, Belgian and Luxembourg precedents. However, it covers a wider ground and regulates palliative sedation and other means to insure death with dignity to terminally ill patients and the respect of their last wishes.*

## KEYWORDS

*Euthanasia, end of life, palliative sedation, Quebec legislation.*

Le Québec s'est doté récemment d'une loi intitulée « *Loi concernant les soins de fin de vie* » (1) qui a été adoptée le 10 juin dernier.

Elle est l'aboutissement d'un long processus de consultations publiques et s'inspire des législations belge, luxembourgeoise et hollandaise. Le mot euthanasie a été volontairement banni du vocabulaire législatif québécois en raison, d'une part de son ambiguïté (ce terme désigne en effet différents scénarios d'aide à la mort) et d'autre part, de sa connotation péjorative depuis son utilisation par les nazis durant la seconde guerre mondiale.

Cette loi représente une étape significative de l'évolution de la pensée sociale et des attitudes des québécois sur la question, évolution qu'il convient de retracer brièvement.

C'est vers la fin des années 1980 et le début des années 1990, que la jurisprudence québécoise a formellement condamné l'acharnement thérapeutique et reconnu le droit de refuser d'être traité de la part d'un patient apte à donner un consentement libre et éclairé.

En 1989 le Code civil du Bas Canada était modifié (2) et établissait la règle de façon claire et non équivoque

(1) *Loi concernant les soins de fin de vie* L.Q. 2014, ch. 2.

(2) *Loi sur le curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives* L.Q. 2014, ch. 54.

\* Avocat-conseil, Fasken Martineau  
Professeur associé à la faculté de droit  
de l'Université de Montréal

que personne ne pouvait être soumis, sans son consentement, à des soins de santé. Ces textes, avec quelques modifications ont d'ailleurs été repris par le nouveau Code civil du Québec de 1994 (3).

En 1992, une jeune femme atteinte du syndrome de Guillain-Barré s'est présentée devant le tribunal pour demander à celui-ci d'ordonner à l'hôpital où elle était soignée de cesser la ventilation artificielle dont elle était dépendante (4). La réponse du tribunal fut positive consacrant donc judiciairement le droit au refus du traitement, reconnaissant la primauté du principe de l'autodétermination et le caractère illégal et potentiellement criminel de l'acharnement thérapeutique parce que constituant des voies de fait (5). Ce premier jugement québécois accordait donc au patient un pouvoir concret et exclusif sur les décisions médicales le concernant. Quelques mois plus tard dans le cas d'un individu quadriplégique, le tribunal ordonnait, à sa demande (6) la cessation de tout support alimentaire artificiel en précisant deux éléments importants. Le premier est que le rôle du tribunal, à partir du moment où la capacité du patient était reconnue, n'est pas de savoir s'il s'agit ou non d'une décision raisonnable. La décision doit être respectée, en tout état de cause, et quelles que soient ses conséquences même si du point de vue médical elle peut être considérée comme non rationnelle. Le second est qu'il ne doit pas exister en la matière, de distinction entre un traitement au sens strict du terme et les soins médicaux, c'est-à-dire l'hydratation, l'alimentation artificielle et le soutien respiratoire.

Ces deux jugements ne consacraient évidemment pas un véritable droit subjectif à la mort, mais simplement le droit de se laisser mourir. En effet, ils ne rendaient pas le patient créancier d'un droit dont le médecin aurait été le débiteur (7).

Parallèlement l'aide au suicide avait suscité une importante controverse judiciaire. Le suicide assisté est encore à l'heure actuelle une infraction criminelle (8) punissable d'un maximum de 14 ans de prison.

(3) Article 10 et s. C.C.Q.

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

(5) Article 264.1 et s. du Code criminel. D'ailleurs dans une décision ontarienne, un médecin qui avait administré une transfusion sanguine à un témoin de Jéhovah inconscient, mais qui avait laissé une note de refus de traitement, a été condamné à des dommages intérêts. Malette c. Shulman [1990] 72 O.R. (2d) 417 (C.A.O.).

(6) *Manoir de la Pointe Bleue c. Corbeil* [1992] R.J.Q. 712. Un jugement tout récent vient de confirmer ces règles : centre de Santé et des services sociaux - Pierre Boucher c. van Landshot 2014 QCCS 4284.

(7) Voir J.L. Baudouin et D. Blondeau « Éthique de la mort et droit à la mort ». Paris PUF 1993; J.L. Baudouin « *Le droit de refuser d'être traité* » dans « Justice Beyond Orwell », Cowansville. Éditions Yvon Blais 1985 p. 216 et s.

(8) Article 241 C.cr.

En 1993, une personne de 42 ans atteinte de la maladie de Lou-Gehrig (sclérose latérale amyotrophique) (9) s'adressa à la Cour suprême du Canada en invoquant que l'interdiction de l'aide au suicide était inconstitutionnelle par ce que contraire aux dispositions de la Charte canadienne (10) et violait ses droits fondamentaux. Ce n'est que par une majorité d'une seule voix (5-4) que la Cour rejeta sa demande. À l'heure où ces lignes sont écrites, une nouvelle instance sur la même question est devant la Cour et il sera particulièrement intéressant de voir si l'opinion judiciaire du plus haut tribunal du pays a évolué au cours des ans (11).

Il convient, pour compléter ces quelques réflexions préliminaires de souligner que le droit civil québécois aux articles 2166 et s. C.C.Q., pour éviter les contestations comme celles-ci qui ont eu lieu en France récemment entre les membres d'une même famille, prévoit que toute personne majeure peut donner un mandat à une autre de prendre pour elle toutes décisions de traitement et donc de fin de vie en cas d'inaptitude. Ce mandat est fait devant témoin et doit être préalablement homologué par le tribunal. C'est donc ce mandataire, à l'exclusion de toute autre personne, y compris éventuellement les autres membres de la famille, qui légalement peut décider pour le majeur devenu inapte et donc éventuellement revendiquer en son nom le retrait ou la continuation d'un traitement (12).

Ces quelques règles particulières du droit québécois étant rappelées, il convient maintenant de présenter la loi sur les soins de fin de vie.

## I. LA GENÈSE DE LA LOI

On a souvent affirmé que l'adoption du nouveau Code civil du Québec de 1996 avait été un véritable projet collectif de société. La même chose peut, à notre avis, et à quelques nuances près, être dite de la loi sur l'aide médicale à mourir.

Le 4 décembre 2009, l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité une motion créant une commission parlementaire spéciale sur la question du droit de mourir dans la dignité.

Celle-ci, composée de 9 parlementaires choisis tant parmi la majorité que l'opposition a, dans un premier temps, entendu 32 experts principalement issus des

(9) *Rodriguez c. Colombie-Britannique* [1993] 3 R.C.S. 519.

(10) *Loi de 1982 sur le Canada* L.R.C. [1985] App. II no. 44.

(11) Il s'agit de l'affaire *Carter c. Canada* [2012] B.C.S.C. 886.

(12) L. LAFLAMME, B. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS - « *Le mandat donné en prévision de l'inaptitude* ». Cowansville, Éditions Yvon Blais 2008.



milieux médicaux, paramédicaux et juridiques. La Commission a produit ensuite en mai 2010 un document général de consultation dans le but d'initier la seconde phase de son projet, soit la consultation du public. Cette seconde étape a été à la fois très importante mais aussi déterminante des orientations de la commission, puisque 273 mémoires d'organismes et d'individus ont été présentés et que la consultation du public s'est entendue sur 23 jours d'audition.

On remarquera que les associations médicales (l'Association médicale du Québec, le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec), de même que le Barreau du Québec et la Chambre des notaires ont toutes, à des degrés divers et avec certaines réserves, donné un accord de principe aux grandes lignes du projet de loi.

En mars 2013, la Commission déposait son rapport intitulé « Mourir dans la dignité » (13) faisant état de 24 recommandations parmi lesquelles on peut noter principalement les suivantes : l'établissement d'une politique d'ensemble en matière de soins palliatifs; l'attribution d'une valeur contraignante aux directives anticipées de fin de vie ; la reconnaissance de l'aide à mourir pour les majeurs aptes à donner un consentement libre et éclairé dans des conditions strictes et une procédure d'évaluation continue et systématique et de surveillance du système proposé. Le dépôt de ce rapport raviva naturellement le débat public et en 2013 un premier projet de loi fut déposé à l'Assemblée nationale. Après une pause de quelques mois causée par le déclenchement des élections, ce projet fut repris et adopté à une forte majorité le 5 juin 2014.

## II. LES GRANDES ORIENTATIONS DE LA LOI

Les sondages effectués au fil des ans tant par les organismes médicaux que par la Commission parlementaire montrent que l'opinion publique était prête à accepter la démarche du législateur (14). Entre 70 et 80% des personnes interrogées se sont, en effet, montrées favorables à la légalisation d'une forme d'aide médicale à mourir.

Le législateur a cependant fait preuve d'une grande prudence et s'est efforcé de concevoir un système

cohérent, fonctionnel, efficace et respectueux de la personne humaine.

Trois grandes orientations de politique législative méritent d'être soulignées :

### A) Caractère global de la réglementation

Le législateur a entendu, dans un seul et même texte, réglementer l'ensemble des scénarios possibles de soins de fin de vie et ne s'est donc pas limité à la seule hypothèse de l'euthanasie volontaire médicalement assistée. Il a délibérément voulu que l'aide médicale à mourir ne soit qu'une option parmi d'autres permettant ainsi d'en souligner le caractère exceptionnel. La loi vise donc également les soins palliatifs, les directives médicales anticipées et la sédation palliative continue. Il a entendu établir une politique d'ensemble en la matière, ce qui est, au demeurant, une excellente chose. L'absence de toute réglementation sur le suicide assisté s'explique cependant par le fait qu'il s'agit d'une question qui relève exclusivement de l'autorité fédérale canadienne, et qui si elle avait été abordée, risquait de mettre en péril l'ensemble du projet de loi.

### B) Caractère exceptionnel de l'aide médicale à mourir

Le législateur a fait preuve d'une grande prudence dans l'accessibilité du droit à la mort :

En premier lieu, comme nous le verrons, les conditions d'accès à cette aide sont très strictes, sans être pourtant indûment complexes. Elles sont soumises à des impératifs catégoriques visant à s'assurer du caractère réfléchi et volontaire de la décision du patient et de sa capacité à décider par lui-même et pour lui-même.

En second lieu, le législateur a écarté l'option possible d'un accès universel à cette procédure. C'est ainsi qu'il en a exclu les enfants en exigeant l'âge de majorité (15) de même que les non-résidents pour éviter de créer éventuellement un « tourisme de la mort » (16). Il a aussi créé une exception, lorsque l'on examine les conditions posées, pour les personnes lourdement handicapées (par exemple, les quadriplégiques) puisqu'elles ne sont pas véritablement en fin de vie. Il en est également ainsi pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence. Le rapport de la Commission parlementaire s'y était montré défavorable, tout en laissant la porte ouverte à l'idée de l'autoriser dans le futur (17). Il est

(13) « *Mourir dans la dignité* » Assemblée nationale du Québec - mars 2012. Disponible avec les documents de consultation, les mémoires et le visionnement des auditions publiques sur le site internet de l'Assemblée nationale : [www.assnat.q.ca](http://www.assnat.q.ca).

(14) Voir entre autres les résultats du questionnaire de la Commission « *Mourir dans la dignité* » op. cit. supra note 13 p. 127 et s.

(15) Article 26 [2].

(16) Article 26 [1].

(17) Rapport du groupe de travail conjoint sur l'aide médicale à mourir. Collège des médecins, 28 mars 2013.

certain que refus constitue une certaine forme de discrimination, mais la Commission a suggéré au Collège des médecins d'étudier la question et de proposer des solutions, ce qui fut fait récemment (18).

Le législateur par l'ensemble de ces restrictions, a donc voulu bien marquer que l'aide médicale à mourir restait une solution exceptionnelle et non universelle.

#### C) Caractère évolutif de la réglementation

La loi contient également plusieurs mesures de type administratif visant à mettre en place un monitoring, un contrôle continu et un processus de révision critique des demandes individuelles, et à permettre, à une échelle plus générale, d'assurer un suivi basé sur l'expérience.

Elle prévoit diverses dispositions pour garantir que toutes les conditions du protocole d'aide à mourir soient bien suivies et pour permettre la collecte continue des renseignements sur l'ensemble des cas traités, de façon, le cas échéant, à corriger des erreurs, à éviter de possibles abus et à assurer une meilleure administration du programme des soins de fin de vie (19).

Le législateur envoie donc clairement le signal que sa démarche s'inscrit dans un processus de continuité et que l'ensemble du système doit être constamment revu et corrigé si nécessaire. À cette fin, il crée une Commission multidisciplinaire pour conseiller le Ministre responsable sur l'application de la loi et ses éventuelles modifications (20).

### III. LES QUATRE OPTIONS

Les soins palliatifs, les décisions anticipées et jusqu'à un certain point la sédation palliative représentent des options déjà connues pour le malade en phase terminale.

Le législateur en ajoute une quatrième : l'aide médicale à mourir.

#### A) L'aide médicale à mourir

Pour éviter toute confusion des genres, le législateur a jugé bon d'en définir le concept. Selon l'article 3(6) de la loi, cette notion s'entend (et le mot est important) d'un « soin » consistant en l'administration de médicaments ou d'autres substances par un médecin à une personne en fin de vie (notons, en

(18) « *Mourir dans la dignité* » op. cit. supra note 13.

(19) Art. 8 et s.; et 48 et s.

(20) Art. 38 et s.

passant l'omission volontaire du terme « en phase terminale ») à sa demande dans le but de soulager ses souffrances mais aussi d'entraîner son décès.

Les conditions d'accès relèvent de la personne d'une part (21) et des devoirs ou obligations du médecin d'autre part (22). L'aide à mourir, comme on l'a déjà vu, ne peut pas être demandé par n'importe qui et dans n'importe quelles circonstances. Le patient doit être résident au Québec et majeur. Il doit aussi être en « fin de vie » ce qui écarte donc les personnes atteintes de démence. Ce concept, dont le contenu exact n'est pas défini par la loi devra être précisé par la pratique et il est possible qu'il soulève certaines interrogations puisqu'il peut s'analyser de diverses façons, l'évolution du temps demeurant ici un élément primordial. Le patient doit ensuite être atteint d'une maladie grave et incurable et avoir un état médical qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Enfin, et cette condition est particulièrement importante, il doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être soulagées dans des conditions que le patient juge tolérables. Notons ici deux éléments essentiels. Le premier est la reconnaissance de la souffrance psychologique comme donnant ouverture à une demande d'aide. La seconde est la subjectivité de l'évaluation du seuil de tolérance acceptable de la souffrance qui dépend donc de la seule décision du patient et non de celle du médecin.

L'ensemble du contenu de ces notions (caractère insupportable, déclin avancé, fin de vie, etc.) restera à définir progressivement par la pratique médicale.

Pour sa part, les obligations du médecin qui reçoit le formulaire de demande, sont multiples et clairement énoncées par la loi. Il doit, bien évidemment, vérifier le caractère libre de la demande, informer son patient du diagnostic relatif à sa maladie et de toutes les options thérapeutiques qui s'offrent à lui. Il doit aussi s'assurer de la persistance de la souffrance et de la volonté réitérée de celui-ci par des entretiens avec lui, avec les membres de l'équipe de soins et ses proches si le patient le demande. Il doit également permettre à celui-ci de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaite contacter.

Enfin, il doit requérir, condition particulièrement importante, et obtenir l'avis d'un second médecin indépendant pour confirmer le respect de toutes les conditions requises.

Lorsque cette procédure a été suivie, le médecin peut alors administrer l'aide à mourir, mais aux termes de l'article 30 de la loi doit le faire lui-même et accompagner son patient jusqu'à la fin.

(21) Art. 26 à 28.

(22) Art. 29 et s.



Le législateur a prévu bien évidemment une clause de conscience (23) et il est certain que plusieurs médecins pour des considérations de morale personnelle ou religieuse refuseront de participer à ce processus. Comme le législateur entend que le droit de mourir puisse être exercé de façon universelle et sans discrimination, le médecin qui exerce son droit de refus doit en aviser immédiatement le directeur de l'établissement de santé dont il dépend, qui, à son tour, doit faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande. Le Collège des médecins tiendra d'ailleurs un registre des médecins consentant à participer à l'administration de l'aide médicale à mourir.

Reste la question plus difficile de déterminer qui tranchera en dernier ressort en cas de divergence de vue entre le patient et le médecin sur le respect de ces conditions d'accès. Il est probable, selon la tradition canadienne, que ce soit alors la tâche des tribunaux. Le risque évident eu égard à l'apparente lourdeur de la procédure prescrite est que l'aide à mourir ne puisse être fournie dans un temps raisonnable. D'éventuels délais sont toutefois inévitables puisqu'il s'agit de décisions de vie ou de mort qui ne sauraient être prises à la légère et que la procédure doit être à l'abri des dérapages. Il ne faudra donc pas s'étonner de constater certains retards (espérons pas trop importants) entre la formulation de la demande et sa mise en œuvre.

Toutes les conditions strictes imposées par le législateur laissent évidemment place à une bonne dose d'appréciation subjective mais permettent de constater, encore une fois, que celui-ci considère l'aide médicale à mourir comme un acte exceptionnel qui demande, pour éviter toute bavure, l'absolu respect d'un ensemble de modalités très contraignantes.

#### B) La sédation palliative continue

Le législateur a totalement séparé cette seconde option de la première. Définie à l'article 3 (50) de la loi, la sédation palliative continue est une pratique courante dans les établissements de santé, plus particulièrement en oncologie. C'est un soin offert dans le cadre des soins palliatifs qui consiste à administrer des médicaments à un patient en fin de vie pour soulager ses souffrances en le rendant inconscient de façon continue jusqu'à son décès. C'est la personne elle-même ou celle qui légalement peut consentir pour elle qui doit faire cette demande. Son consentement doit être écrit, être le fruit d'une demande libre et éclairée après que l'information nécessaire sur le diagnostic de la maladie, le caractère irréversible de la sédation et sa durée probable lui ait

été fournie. La différence entre l'aide médicale à mourir et la sédation palliative continue est évidemment mince. Elle est cependant réelle puisqu'en principe la sédation ne provoque pas la mort (même si apparemment elle peut la hâter). Comme l'aide médicale à mourir, elle a pour but de soulager la souffrance durant la phase terminale de la maladie. L'aide à mourir se différencie de la sédation palliative en ce qu'elle provoque directement la mort. La sédation palliative semble être au Québec une pratique courante. Elle sera désormais mieux encadrée.

#### C) Les soins palliatifs

Il était évident dès le début du processus de consultation et dès les premières entrevues de la Commission que l'opposition à l'adoption d'un système d'aide médicale à mourir viendrait principalement de deux groupes. Les associations et groupes religieux d'une part et certains dirigeants d'organismes de soins palliatifs. Pour ces derniers, en effet, donner la mort est totalement incompatible avec la philosophie même des soins palliatifs qui visent à soulager la souffrance tout en laissant la maladie suivre son cours. Il s'agit donc d'une opposition idéologique parfaitement compréhensible. Ce ne sont pas cependant tous les promoteurs des soins palliatifs qui se sont opposés au projet. En effet, il est maintenant bien reconnu que les soins palliatifs ne sont pas une réponse universelle à la souffrance puisqu'il existe malheureusement des cas où leur efficacité est douteuse ou carrément nulle. La crainte, que la Commission a estimé non fondée, en se fondant sur l'expérience belge et hollandaise (24) est que la légalisation de l'aide médicale à mourir ne vienne compromettre le développement des soins palliatifs qui sont en pleine expansion. La Commission et le législateur ont perçu le danger d'une opposition vive et systématique de la part de certains acteurs des soins palliatifs. C'est pourquoi la première a fait une très importante série de recommandations (25) à leur égard afin d'améliorer le système, recommandations reprises d'ailleurs par le législateur.

La définition donnée à l'article 3(4) est caractéristique. On entend par soins palliatifs les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie à diagnostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et de leur offrir et à leurs proches le soutien nécessaire. Les maisons de soins palliatifs devront désormais déterminer les soins qu'elles entendent offrir, se doter d'un code d'éthique et d'une politique précise sur les soins de fin de vie et

(24) « *Mourir dans la dignité* » op. cit. supra p. 71.

(25) En effet, pas moins de 6 sur un total de 24 recommandations.

les publiciser dans des documents qui doivent être accessibles au patient et à ses proches.

Les soins palliatifs ont pris au Québec un essor considérable depuis quelques années (26). En outre, leur administration en dehors des maisons spécialisées, donc en milieu naturel c'est-à-dire à la résidence du patient, procédure relativement nouvelle est en plein développement. Il est donc probable que l'adoption de l'aide médicale à mourir ne leur portera pas ombrage puisqu'encore une fois, la philosophie de ces deux types d'interventions est totalement différente. Ce qui reste important est que le patient qui remplit toutes les conditions pour être admissible aux deux protocoles puisse bénéficier d'un choix libre et éclairé.

#### D) Les directives anticipées de fin de vie

Comme il a été mentionné plus haut, le Québec a institué le mandat d'inaptitude qui permet donc à une personne de déléguer à une autre le droit de décider pour elle lorsqu'elle devient incapable de le faire. C'est une procédure assez utilisée et qui, dans bien des cas évite les conflits entre différents membres d'une même famille et entre ceux-ci et le personnel médical. Il n'en demeure pas moins que de nombreuses personnes donnent, lorsqu'elles sont encore aptes, des directives soit oralement, soit par écrit mais sous des formes diverses. Celles-ci sont souvent incomplètes ou trop générales pour permettre au médecin de s'y fier. En outre, leur valeur juridique comme instrument contraignant pour le praticien est douteuse puisqu'elles sont souvent faites plusieurs années avant qu'elles ne soient applicables et que ce dernier est souvent dans l'impossibilité de s'assurer au moment de prendre les décisions, qu'elles représentent encore bien la volonté du patient. La Commission a d'ailleurs trouvé que très peu de médecins s'estimaient liés par celles-ci. C'est pour leur assurer une valeur contraignante que le législateur est intervenu pour les encadrer. Les directives anticipées doivent désormais être faites par acte notarié et versées à un registre créé à cette fin et au dossier du patient. Elles peuvent naturellement être révoquées ou modifiées en tout temps, mais ont un effet contraignant puisque l'article 58 de la loi prévoit qu'elles ont la même valeur juridique que les volontés exprimées directement par une personne apte à consentir.

Le législateur a toutefois imposé une importante restriction : l'aide médicale à mourir ne peut être demandée par de telles directives, ce qui, encore une fois consacre le caractère restrictif et exceptionnel de celle-ci (27).

(26) Voir entre autres « *Politique en soins palliatifs de fin de vie* ». Ministère de la Santé et des services sociaux Québec 2004.

(27) Voir la question l'intéressant, article de J.J.M. Van Delden « *The Unfeasability of Requests for Euthanasia in Advance Directives* » 2004. J. Med Ethics 30 (p.447-452).

## IV. CONCLUSION

Plusieurs questions importantes restent à régler avant que la loi, du moins dans ses principales nouvelles dispositions, n'entre en vigueur le 10 décembre 2015 et ne connaisse donc une application appropriée.

La première, et peut-être la plus importante, touche la constitutionnalité des dispositions relatives à l'aide médicale à mourir puisque celle-ci est en réalité la légalisation d'une euthanasie volontaire médicalement assistée. En effet, en raison du partage des compétences législatives entre le gouvernement fédéral canadien et les provinces, le droit criminel est du ressort exclusif du premier. Or celui-ci défend qu'une personne puisse consentir à sa mort (28) et pénalise le fait de donner la mort comme constituant un meurtre avec prémeditation (29). Il est donc probable que cette partie de la loi touchant l'aide médicale à mourir fasse l'objet, jusqu'en Cour suprême, d'une contestation constitutionnelle. Le système mis en place par le législateur québécois pour éviter cette difficulté, puisque la province a pleine juridiction en matière de soins de santé, est que le Directeur des poursuites criminelles exerce désormais son pouvoir discrétionnaire dans le sens prévu par la nouvelle législation et refuse de porter des accusations contre le médecin qui a respecté les conditions d'administration de l'aide médicale à mourir. Le Directeur des poursuites criminelles est un haut fonctionnaire sous l'autorité du Procureur général de la province (30) et qui décide de l'opportunité ou non des poursuites criminelles judiciaires.

La seconde difficulté va être la mise en place du système de l'aide médicale à mourir (confection des formulaires, information et formation des médecins, préparation d'une liste des praticiens consentant à l'administrer, mise en place des mesures administratives dans les différents centres de santé, etc.). Comme on ne change pas les attitudes du jour au lendemain, plusieurs complications et certains délais sont normalement prévisibles.

L'expérience québécoise jusqu'ici, est heureuse. Les leçons tirées des modèles hollandais, belge et plus récemment luxembourgeois montrent, contrairement à ce qu'ont prétendu certains, que les dérives ou dérapages en la matière sont rares et donc que l'argument désormais classique de la « pente glissante » ne peut pas être retenu.

Il faut savoir gré au législateur québécois d'avoir osé présenter cette importante réforme, de l'avoir minutieusement préparée et d'avoir ouvert largement la porte à la consultation populaire.

Le droit à la mort reste bien entendu la dernière et ultime liberté de la personne humaine. ■

(28) Article 14 C.cr.

(29) Article 229 C.cr.

(30) Loi sur la direction des poursuites criminelles et pénales L.R.Q. CD-9.1.1