
**Consultation de la Commission
spéciale sur la question de mourir
dans la dignité**

Mémoire de l'Office des personnes handicapées du Québec

Octobre 2010

RÉDACTION

Sabrina Collin
Conseillère
Direction de l'intervention nationale

Guylaine Pépin
Conseillère
Direction de l'intervention nationale

COLLABORATION

François Nichols
Avocat
Services juridiques

APPROBATION

Approuvé par le conseil d'administration
à la séance du 30 septembre 2010

LE

1er octobre 2010

MISE EN PAGE

Monique Duchesneau

*Ce document est disponible en médias adaptés
sur demande.*

O:\DINGDoc\DOCUMENT\1200\1245_Consultation mourir dans
la dignite.doc

N/D 2352-02-04

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. ÉTAT DE SITUATION	3
1.1 DÉFINITION DE CERTAINES PRATIQUES DE FIN DE VIE	3
1.1.1 <i>Euthanasie</i>	4
1.1.2 <i>Suicide assisté</i>	4
1.1.3 <i>Meurtre</i>	5
1.1.4 <i>Soins palliatifs</i>	6
1.2 SITUATION JURIDIQUE AU QUÉBEC ET AU CANADA	7
2. ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION.....	11
2.1 EUTHANASIE.....	11
2.2 SUICIDE ASSISTÉ	12
2.2.1 <i>Respect de la vie comme source de la dignité humaine</i>	12
2.2.2 <i>Libre choix</i>	14
2.2.3 <i>Consentement libre et éclairé</i>	15
2.2.4 <i>Contexte d'une demande d'assistance au suicide et incapacité de mettre fin à sa vie</i>	16
2.2.5 <i>Importance d'une consultation</i>	19
2.2.6 <i>Éléments à considérer dans l'élaboration d'un protocole de suicide assisté</i>	20
CONCLUSION	27

INTRODUCTION

L'avènement de la technologie médicale moderne et l'usage plus fréquent de mesures artificielles de soutien à la vie font en sorte que beaucoup de gens ne craignent plus tant la mort elle-même que le passage de la vie à la mort (Sénat 1995). Les débats médiatiques des dernières années ont tôt fait de prouver l'intérêt sans cesse grandissant de la population envers ces questions délicates que sont les pratiques de fin de vie, particulièrement l'euthanasie et le suicide assisté. Des cas tristement célèbres ont fait les manchettes régulièrement. Pensons notamment à Sue Rodriguez qui, atteinte de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), a demandé aux tribunaux qu'un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques lui permettant de se donner la mort au moment de son choix. On peut également se rappeler de Marielle Houle, accusée d'avoir aidé son fils de 36 ans, ayant la sclérose en plaques, à mettre fin à ses jours, de Marielle Gagnon, atteinte d'ataxie de Friedreich, morte quelques jours après que son mari eut tenté de l'étouffer avec un sac de plastique, ou encore de Chantale Sebire, cette Française défigurée par une maladie incurable et évolutive qui avait saisi le Tribunal de Grande Instance de Dijon afin qu'on autorise une demande d'euthanasie.

Il y a lieu de constater que ces questions sont soulevées de plus en plus fréquemment et il est à prévoir que cette tendance s'accroîtra au cours des années à venir. Plusieurs facteurs y contribuent, tels l'amélioration des technologies médicales, le délaissement des croyances religieuses au profit de valeurs morales, le vieillissement de la population de même le fait que, contrairement au passé, la mort est de plus en plus fréquemment prise en charge par les professionnels de la santé et que les gens meurent plus souvent seuls (Marcoux 2003).

Ainsi, les progrès de la médecine retardent considérablement l'heure de la mort, mais en contrepartie, ils animent des débats de société concernant le droit de mourir dignement et même le droit de devancer sa mort.

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour mandat général de veiller à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille ainsi que de favoriser et d'évaluer l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. Dans le cadre du débat qui s'amorce, l'Office considère que les enjeux qui en résulteront mettent en cause la liberté de choix et le droit à l'égalité des personnes handicapées. En ce sens, il est particulièrement interpellé par l'élaboration et la prestation des services s'adressant à ces personnes et à leur famille.

En conséquence, même si l'Office estime qu'il appartient à l'ensemble de la population de décider de l'opportunité de permettre le suicide assisté ou l'euthanasie, il souhaite tout de même émettre certaines mises en garde. En effet, l'Office est d'avis qu'un tel débat ne peut avoir lieu sans que soient discutés certains éléments essentiels qui sont exposés dans ce document.

Sont présentées de façon succincte une description des différentes formes de fin de vie ainsi qu'une revue de la situation juridique actuelle du Québec et du Canada. Par la suite, la réflexion de l'Office au regard de l'euthanasie et du suicide assisté est exposée. Plus spécifiquement, en lien avec la question du suicide assisté, sont abordées les notions de dignité humaine, d'autonomie décisionnelle et de consentement libre et éclairé, de même que l'annonce du diagnostic de fin de vie comme élément déclencheur de la décision et l'incapacité de mettre fin à la vie. Pour terminer sont aussi proposées certaines balises jugées essentielles dans l'éventualité où le Canada choisirait d'autoriser le suicide assisté.

1. ÉTAT DE SITUATION

Dans le cadre d'une réflexion collective concernant l'acceptation de certaines pratiques de fin de vie, il importe de commencer la démarche en s'attardant aux différentes définitions associées à chacune d'elles de même que de rappeler le cadre législatif en place, et ce, afin de dégager une vision commune du contexte actuel.

1.1 Définition de certaines pratiques de fin de vie

Le vocabulaire collectif témoigne d'une certaine confusion relativement à la signification à accorder aux différentes pratiques de fin de vie. De fait, il n'est pas rare que les concepts de suicide assisté, d'euthanasie et même de meurtre soient employés à mauvais escient tant à la télévision, à la radio que dans les journaux.

En 1995, le Comité sénatorial spécial chargé d'étudier la question du suicide assisté et de l'euthanasie a, par ailleurs, relevé cette confusion en notant qu'à maintes reprises « au cours des audiences [...] les mêmes termes faisaient l'objet de définitions différentes » (Sénat 1995).

Cette confusion pourrait trouver explication dans l'évolution des notions observées au cours des dernières décennies. Ainsi, la littérature nous enseigne qu'historiquement, la plupart des pratiques de fin de vie étaient qualifiées d'euthanasie. On parlait alors d'euthanasie active pour qualifier les pratiques qui consistaient à faire mourir la personne et d'euthanasie passive pour celles consistant à la laisser mourir.

De nos jours, un nouveau lexique désignant ces pratiques s'est développé afin de répondre à la réalité sociale actuelle. Il importe donc de faire un bref rappel du sens de ces notions puisque, dans le cadre de la redéfinition de certaines de nos valeurs de société, il est essentiel de s'assurer d'utiliser un vocabulaire commun. Également, il convient de porter un intérêt particulier aux nuances existantes entre les différents termes. En effet, même si celles-ci peuvent parfois paraître très ténues, ce sont

justement ces légères distinctions qui risquent d'influencer le débat, et il est donc capital d'en comprendre toutes les implications.

1.1.1 Euthanasie

D'un point de vue étymologique, l'euthanasie signifie bonne [eu] mort [thanos]. Aujourd'hui, on y entend une mort sans souffrance.

Plusieurs façons de définir ce terme sont rapportées dans la littérature. Essentiellement, on parle de l'« acte de mettre fin à la vie d'une personne, par compassion, lorsqu'un processus de mort est déjà en cours ou lorsque les souffrances sont devenues insupportables » (Commission de réforme du droit 1983) ou encore de l'« acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances » (Sénat 1995).

Certaines autres distinctions peuvent être apportées, notamment entre l'euthanasie volontaire pratiquée conformément aux vœux d'une personne capable ou à une directive préalablement valide, l'euthanasie non volontaire qualifiant le geste pratiqué sans que ne soient connues les volontés de la personne et l'euthanasie involontaire qui est alors exécutée à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalablement valide (Dunsmuir et Tiedemann 2006). Ce qu'il faut retenir de cette pratique, c'est qu'il s'agit d'un acte posé par une autre personne que le mourant dans le but de faire cesser ses souffrances en mettant fin à sa vie.

1.1.2 Suicide assisté

Le suicide est l'action de causer volontairement sa propre mort (ou de le tenter) pour échapper à une situation psychologique intolérable, lorsque cet acte, dans l'esprit de la personne qui le commet, doit entraîner à coup sûr la mort (Le Petit Robert 2008). Selon Durkheim, « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Durkheim 1987).

Toutefois, de façon plus nuancée et faisant appel plus particulièrement aux motifs et aux mobiles des individus plutôt qu'aux facteurs sociaux, « on a affaire à un suicide si et seulement si le sujet met intentionnellement fin à sa vie, peu importe les conditions ou la nature de l'intention et l'enchaînement de raisons qui ont conduit à la mort » (Beauchamp et Childress 1979).

Le suicide assisté, quant à lui, réfère au fait d'aider une personne à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens nécessaires pour le faire.

Ainsi, acquiescer à un refus de traitement, ou encore administrer un médicament dans le but d'alléger la souffrance, même en sachant que cela comporte un risque d'abrégé la vie de la personne, ne constitue en aucun cas un acte de suicide assisté. Dès lors, l'essentiel de cette pratique réside en ce que c'est la personne elle-même qui déclenche sa mort, prouvant par le fait même sa volonté de mourir. Il s'agit de l'élément fondamental distinguant le suicide assisté de l'euthanasie ou encore du meurtre. L'élément de la volonté est donc essentiel, le geste ne devant pas être posé sous des pressions ou influences indues.

1.1.3 Meurtre

Le meurtre, quant à lui, est défini comme étant « l'action de tuer volontairement un être humain ». Il est intéressant de noter que la première des significations que l'on trouve au terme « tuer » dans *Le Petit Robert* consiste dans le fait de « faire mourir de mort violente », la notion de mort sans souffrance disparaît alors totalement.

En vertu du Code criminel, commet un homicide « quiconque, directement ou indirectement, par quelque moyen, cause la mort d'un être humain » (Canada 1985 : art. 222). Distinction est faite entre l'homicide coupable (meurtre, homicide involontaire coupable et infanticide) et l'homicide non coupable (qui ne constitue pas une infraction).

Lorsque l'infraction reprochée est l'homicide coupable, on exige l'établissement, hors de tout doute raisonnable, de la *mens rea* (l'intention coupable) de l'accusé à l'endroit de la

victime et de *l'actus reus* (l'élément matériel) à l'endroit de la personne décédée (R. c. Moïse 2000).

1.1.4 Soins palliatifs

La notion de soins palliatifs a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'usager et ses proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs ».

L'OMS insiste également sur le fait que « les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, atténuent les douleurs et les autres symptômes, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux usagers de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort ».

Cette définition, qui semble faire consensus au Québec, a été reprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de sa Politique en soins palliatifs de fin de vie publiée en 2004. En fait, les soins palliatifs constituent une pratique complète qui couvre toutes les dimensions de la vie d'une personne, psychologique, physique, spirituelle et sociale, et qui prône l'importance de l'accompagnement dans un tel processus.

1.2 Situation juridique au Québec et au Canada

Le droit, fondement de notre société, est en constante mouvance dans un effort d'adaptation aux nouvelles réalités sociales auxquelles il fait face. Rappelons, par exemple, que la tentative de suicide jusqu'en 1972 était une infraction criminelle. De même, en raison de l'avancement des technologies médicales, on prônait une approche permettant l'acharnement thérapeutique, supposément au nom du caractère sacré de la vie.

Aujourd'hui, il est reconnu comme légal, pour une personne apte à prendre une telle décision, de choisir l'arrêt complet des traitements, et ce, même si un tel geste peut avoir pour effet, à plus ou moins long terme, de causer sa mort. C'est d'ailleurs ce qu'a confirmé la Cour supérieure du Québec en 1992 alors qu'elle a accordé à M^{me} Nancy B. la permission de faire débrancher son respirateur au moment de son choix. Rappelons que cette femme était atteinte du syndrome de Guillain-Barré, une maladie neurologique incurable la privant de tout mouvement et, qu'en raison de cela, elle nécessitait l'usage du respirateur pour la maintenir en vie.

Cependant, s'il est vrai de dire que le « droit reconnaît aujourd'hui à l'individu la liberté de refuser ou d'interrompre des soins ou un traitement, il ne sanctionne pas pour autant le droit à la mort véritable qui lui permettrait soit d'exiger un acte d'euthanasie active, soit de bénéficier d'une aide au suicide » (Deleury 2002). Ainsi, le Code criminel prévoit des sanctions sévères allant d'une peine maximale de quatorze ans de prison en ce qui a trait à l'aide au suicide (Canada 1985 : art. 241) jusqu'à une peine à perpétuité en ce qui a trait à l'euthanasie, alors assimilée à un meurtre (Canada 1985 : art. 229, 235).

Un survol de la jurisprudence nous permet de saisir toute l'ampleur du débat en cours au Canada en ce qui a trait à ce sujet bien particulier qu'est l'aide au suicide. Ainsi, beaucoup se rappelleront la décision rendue par la Cour suprême du Canada (CSC) en 1993 dans l'arrêt *Rodriguez*. Dans cet arrêt, la CSC avait à examiner la question de savoir si l'interdiction de l'aide au suicide prévue dans le Code criminel allait à l'encontre de la Charte canadienne des droits et libertés (ci-après la Charte). Dans une décision

très partagée (cinq contre quatre), les juges se sont prononcés en faveur du maintien de l'interdiction. La majorité a jugé que même si cette interdiction restreignait le droit à la liberté et à la sécurité de la personne garantie par la Charte, elle ne le faisait pas d'une manière contraire aux principes de justice fondamentale et était donc justifiable au regard de l'article premier de la Charte. Une opinion dissidente a toutefois maintenu qu'il était possible d'assurer la protection des personnes vulnérables sans pour autant restreindre le droit des personnes handicapées à l'égalité. Ainsi, l'interdiction d'aide au suicide serait inconstitutionnelle puisque cela empêcherait les personnes physiquement incapables de se suicider de disposer de ce choix, alors qu'il est ouvert aux autres.

Cette question d'égalité a aussi été soulevée dans le rapport du Comité sénatorial spécial intitulé *De la vie et de la mort*. Ainsi, on y lit que plusieurs personnes s'étant présentées devant ce comité ont mentionné que la situation actuelle créait une grande inégalité puisqu'il n'est pas illégal de se suicider, mais que les personnes incapables de le faire seules n'avaient pas cette possibilité.

Nos préoccupations trouvent également écho ailleurs au Canada. En effet, par exemple, dans la foulée de l'affaire Rodriguez, le Procureur général de la Colombie-Britannique a produit des lignes directrices à l'attention des procureurs de la Couronne qui le représentent. Il y est prévu qu'un médecin ne devrait être poursuivi au criminel pour aide au suicide que s'il y a de fortes probabilités d'obtenir sa condamnation et si l'intérêt public l'exige.

En ce qui a trait à la situation particulière de la législation au Québec, on remarque une évolution très importante en matière de droit des personnes. En effet, en 1989 on a complètement revu les régimes de protection des majeurs prévus dans le Code civil du Québec. Le législateur, lors de cette réforme, a eu soin de s'appuyer sur deux concepts essentiels, soit la protection dans le respect de la personne ainsi que le respect de la volonté et de l'autonomie des individus dans la considération de l'ouverture et du choix d'un régime de protection.

Ainsi, notre droit se retrouve actuellement plongé dans une dichotomie autonomie/protection autour de laquelle s'articule pour le moment chacune des interventions en matière de droit des personnes.

2. ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Certains considèrent qu'il est inutile de débattre de la possibilité de légaliser l'euthanasie ou encore le suicide assisté, puisque la médecine moderne possède maintenant les moyens de soulager la plupart des souffrances. Mais qu'en est-il de ceux pour qui la médecine ne peut rien faire? Malgré une approche palliative de qualité, il arrive que les médicaments et les différentes thérapies n'aient pas l'effet espéré sur la souffrance physique et morale (MSSS 2004).

Bien que les progrès de la médecine soient fulgurants, il importe également de réaliser que ces avancées n'ont malheureusement pas que des conséquences positives. Les différents traitements aujourd'hui disponibles permettent, en effet, à plusieurs personnes de poursuivre de façon tout à fait normale leur vie, mais pour d'autres, la réalité est différente. De fait, pour certaines personnes, ces traitements ne font que prolonger leur vie, et ce, souvent dans des conditions très difficiles. Ainsi, les derniers moments de vie deviennent alors synonymes de souffrances, de solitude, de dépendance. Il est alors pertinent de se demander s'il est plus acceptable de connaître des souffrances atroces parce que sa vie a été prolongée par la médecine que de pouvoir mettre fin à sa vie au moment choisi.

L'ensemble de ces éléments nous incite à poursuivre notre réflexion sur les pratiques de fin de vie que sont l'euthanasie et le suicide assisté. Il convient alors, dans le cadre du débat, d'analyser certains éléments qui y sont liés.

2.1 Euthanasie

Comme il a été mentionné précédemment, le suicide assisté et l'euthanasie sont deux pratiques qui, bien qu'elles puissent paraître semblables, se distinguent sur au moins un élément fondamental. Lorsque l'on parle d'une assistance au suicide, c'est la personne elle-même, et non un tiers, qui pose le geste de mettre fin à ses jours, témoignant par le fait même de sa volonté de mourir.

Dans le cas de l'euthanasie, le geste ultime relève entièrement d'un tiers, rendant de ce fait plus difficile l'encadrement de cette pratique, notamment en ce qui a trait au consentement de la personne. Au stade actuel des réflexions et en raison des risques de dérives que semble laisser entrevoir une décriminalisation de l'euthanasie, l'Office estime qu'il est préférable d'orienter les soins de fin de vie en misant sur les soins palliatifs. Ainsi, pour le moment, l'Office écarte l'idée de permettre l'euthanasie puisque la médecine palliative offre des soins qui permettent habituellement de soulager la douleur ou l'angoisse existentielle allant jusqu'à la sédation terminale, qui est légale.

2.2 Suicide assisté

L'Office est d'avis qu'il est légitime, dans une perspective de droit à l'égalité, de décriminaliser le suicide assisté. Dans le cadre de la réflexion concernant la décriminalisation possible de l'aide au suicide, un certain nombre d'éléments essentiels doivent être abordés, notamment le respect de la vie et de la dignité humaine, le consentement libre et éclairé ainsi que l'annonce du diagnostic de fin de vie et l'incapacité de mettre fin à la vie. Les sections suivantes du document sont donc consacrées à l'analyse de ces sujets ainsi qu'à la présentation d'autres éléments à prendre en compte dans l'élaboration d'un éventuel protocole concernant l'assistance au suicide.

2.2.1 Respect de la vie comme source de la dignité humaine

Même s'il n'est pas simple de définir la notion de dignité humaine, la CSC a dû faire cet exercice et est parvenue au constat suivant :

« [...] La dignité humaine signifie qu'une personne ou un groupe ressent du respect et de l'estime de soi. Elle relève de l'intégrité physique et psychologique et de la prise en main personnelle. La dignité humaine est bafouée par le traitement injuste fondé sur des caractéristiques ou la situation personnelle qui n'ont rien à voir avec les besoins, les capacités ou les mérites de la personne [...] » (Law c. Canada 1999).

Le respect de la dignité humaine est un fondement du droit à l'égalité, rappelé à ce titre dans le préambule de la Charte des droits et libertés de la personne. Il s'agit d'un droit fondamental s'appliquant à chacun. Il englobe tout à la fois l'égalité formelle, l'acceptation des différences et le refus de la discrimination et de l'exclusion. Il s'exprime par l'application des droits de la personne et des grandes valeurs de liberté, d'égalité, de solidarité et de justice dans les dimensions concrètes de la vie quotidienne (Office 2006).

La dignité humaine commande que tout individu soit reconnu en tant qu'être humain et membre de la société ayant ses capacités propres et méritant le même intérêt, le même respect et la même considération. Elle est universelle, indépendante des particularités de la personne. Elle consiste en la valeur intrinsèque de toute personne et dans son appartenance au genre humain. Elle prend ses sources dans le respect de la vie et dans la reconnaissance de l'individu en tant que sujet. Elle concerne aussi l'intégrité physique et psychologique. Elle s'exprime à travers le respect, l'estime de soi et la reconnaissance sociale (Office 2006). La dignité humaine s'apprécie par ailleurs de façon objective (Québec [Curateur public] 1996). En ce sens, toute personne a droit au respect de sa dignité, qu'elle en soit consciente ou non.

Quant au caractère sacré de la vie, certains auteurs considèrent qu'il représente une valeur fondamentale parce que, selon eux, la société ne peut survivre si cette valeur n'est pas protégée. Ainsi, certains diront que « l'euthanasie et l'aide au suicide sont contraires au respect fondamental de la vie humaine, lequel est au coeur des valeurs de la société » (Sénat 1995). Une autre interprétation du caractère sacré de la vie trouve son fondement dans les valeurs judéo-chrétiennes et nous enseigne « que la vie n'est pas une chose dont on décide, que c'est un cadeau et que nous n'avons pas plus le droit de l'enlever que nous avons le droit de le demander » (Sénat 1995).

Les modalités du suicide assisté, si permis, doivent se trouver en équilibre entre le caractère sacré de la vie et la dignité humaine recherchée. En ce sens, et au nom du respect de la dignité humaine, la personne doit sentir que sa vie est toujours estimée par les siens, les soignants et la société. Elle doit être également sûre qu'elle ne sera pas condamnée à des souffrances inacceptables, puisque même si la médecine a grandement progressé, ces améliorations ne doivent pas se faire au détriment de la dignité de la personne.

2.2.2 Libre choix

Il importe d'être conscient de l'évolution de la perception sociale liée au « caractère sacré » de la vie. En effet, auparavant on se montrait très hésitant quant au refus de traitement manifesté par une personne, préférant opter pour l'intervention forcée. Aujourd'hui, on reconnaît plutôt à l'individu la liberté de refuser ou d'interrompre des traitements, même si cela doit mener à son décès.

De ce fait, à l'intérieur des limites posées par la loi, on convient maintenant que la personne est maître de ses décisions, qu'il lui appartient de déterminer ses priorités et ses conditions de qualité de vie et que sa volonté doit être respectée (Deleury 2002).

Il est donc indéniable que la société concède davantage à l'individu le libre choix de ces décisions et érige la liberté au titre des valeurs fondamentales de notre nation (Deleury 2002). Ce principe trouve également écho au niveau international. Ainsi, la Convention relative aux droits des personnes handicapées inscrit, à titre de principe de base, « le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes » (Organisation des Nations unies 2006 : art. 3 a).

Le gouvernement adopte lui-même une telle ligne de conduite alors qu'il consigne au titre des défis de la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* l'énoncé suivant : « Une société respectueuse des choix et des besoins

des personnes handicapées et de leur famille » (le soulignement a été ajouté). On y admet ainsi qu'il est essentiel que les personnes handicapées puissent exercer des choix et être en contrôle de leur vie.

C'est en vertu de ce principe qu'il convient également de ne pas confondre la personne avec sa condition médicale. Il appartient en effet d'abord à l'individu de juger de sa qualité de vie. Ainsi, une personne ayant des incapacités physiques significatives peut néanmoins considérer avoir une belle qualité de vie, percevoir les obstacles de tous les jours comme des défis à relever, alors que pour une autre, cette vie constitue un poids qu'elle ne veut plus supporter.

Il faut aussi éviter de tomber dans l'autre extrême et permettre que cette liberté de choix soit exercée à la légère. Il est ainsi essentiel de ne pas céder trop facilement à la demande de mourir d'une personne. En fait, c'est à la suite de l'évaluation de sa condition médicale qu'il faut accorder toute l'importance à la parole de la personne concernée, et c'est alors que la conversation avec le personnel soignant doit s'engager afin que ce dernier comprenne ce qu'elle veut réellement. Le dialogue avec la personne et le soutien global de celle-ci doivent devenir des préoccupations centrales.

Jamais une personne ne devrait être encouragée à mourir, mais lorsqu'il arrive qu'une telle volonté soit exprimée, il est alors sage d'amener des contre-arguments, de mettre sa volonté à l'épreuve afin de s'assurer qu'elle a vraiment pris sa décision librement.

2.2.3 Consentement libre et éclairé

La notion de consentement libre et éclairé constitue la pierre angulaire de tout le débat. Elle vient concrétiser le droit à l'autonomie de la personne et justifie l'idée qu'une société puisse envisager la possibilité de légaliser le suicide assisté.

La première chose à considérer, c'est que le consentement ne doit pas s'analyser à un moment précis. Il s'agit d'un processus qui se déroule sur une période de temps indéterminée entre la personne et son médecin traitant. De plus, il faut pouvoir qualifier ce consentement comme étant libre et éclairé. Ainsi, il doit être libre de toute contrainte et la personne doit avoir en main toutes les informations adéquates pour prendre une décision avant de faire son choix.

À ce sujet, le Comité spécial du sénat mentionnait qu'il s'agit en fait de l'« accord volontaire d'une personne qui possède une capacité mentale suffisante, selon l'avis d'un médecin compétent, pour faire un choix rationnel quant aux options de traitements. Il suppose que la personne sait ce qu'il adviendra si le traitement est administré ou omis et qu'elle connaît les solutions de rechange possibles. Le consentement ne doit pas être vicié par la coercition, la contrainte ou l'erreur » (Sénat 1995).

2.2.4 Contexte d'une demande d'assistance au suicide et incapacité de mettre fin à sa vie

Dans un premier temps, il convient d'établir que la maladie incurable, la douleur et la détresse psychologique, souvent associées à la souffrance, influencent à plusieurs égards la perception de la personne concernée envers la mort. En proie à un débat interne entre la volonté de vivre, le désir de ne plus souffrir et de ne plus être un fardeau pour son entourage, la décision de vouloir mourir devient parfois déchirante.

S'il est admis que la personne est la première compétente pour décider des options lui étant offertes concernant sa vie, il devient alors essentiel d'encadrer la pratique du suicide assisté en regard de la capacité de la personne d'exprimer son choix et de se donner elle-même la mort. Prenant l'exemple d'une personne ayant des incapacités physiques sévères, parfois maintenue en vie par des moyens de suppléance des fonctions vitales, le recours à une pratique de fin de vie semble *a priori* comporter certaines contraintes. Cette personne éprouve une détresse autant

physique que psychologique du fait qu'elle se trouve dans un état de dépendance fonctionnelle importante. Dans ces circonstances, le seul moyen pour elle d'alléger sa souffrance dépend de l'assistance d'une autre personne, d'où le recours possible au suicide assisté ou à l'arrêt de traitement.

Lorsque l'expression de la volonté de mourir est encore possible, le recours au suicide assisté demeure une option valable du moment où la personne souhaite évidemment mettre fin à ses jours avant que la mort naturelle survienne et qu'il existe des balises claires quant aux possibilités d'y recourir. Toutefois, si la capacité d'expression n'existe plus ou si la personne ne peut plus se donner la mort elle-même en raison de son incapacité physique, et ce, malgré toute l'assistance qui pourrait lui être offerte, la pratique de fin de vie possible est assimilée à l'euthanasie.

Par ailleurs, lorsqu'une personne handicapée possède les capacités de mettre fin à sa vie tant du point de vue de l'expression de sa volonté que de l'action de trouver les moyens pour se donner elle-même la mort, la pratique de fin de vie possible correspond à la définition actuelle du suicide. Le recours au suicide assisté pour une personne qui peut avoir accès aux moyens de se donner la mort ne devrait pas être permis. En effet, le suicide assisté trouve ses fondements sur la nécessité pour une personne d'avoir recours à de l'aide pour lui permettre de se donner la mort.

L'identification de conditions d'admissibilité au suicide assisté revêt ainsi toute son importance afin qu'il n'y ait pas de confusion possible avec le suicide proprement dit et que l'on ne dénature pas le sens de la pratique. Devant cette prémisse, il est essentiel de bien déterminer dans quelles circonstances l'aide au suicide devient possible et pour quelles raisons. Cette délimitation ne pourra se faire sans que la réflexion aborde la faisabilité de l'application des décisions qui seront prises par les personnes impliquées dans le processus d'accompagnement et leur responsabilité professionnelle. Le débat devra permettre d'établir sur quelle base le personnel médical pourra déterminer le moment où une personne peut avoir recours au

suicide assisté, c'est-à-dire, par exemple, après ou avant que toute tentative de traitement soit épuisée. Offrir la possibilité de recourir au suicide assisté pour des considérations autres que médicales pourrait *a priori* avoir des conséquences importantes sur la perception du suicide en général et sur l'équité entre les personnes y ayant recours.

Outre le contexte d'une demande de suicide assisté pour mettre fin à ses souffrances, il peut arriver qu'une personne demande le recours au suicide assisté à la suite de l'annonce d'un diagnostic de fin de vie imminente. Cette annonce devient alors l'élément déclencheur d'une série de questionnements et de positionnements qui nécessitent, dans bien des situations, un accompagnement médical et psychologique approprié.

Puisque l'annonce du diagnostic de fin de vie peut placer la personne devant une situation irréversible, on peut présumer que son cheminement vers la mort sera différent de celui de la personne qui désire mettre fin à sa vie en l'absence d'un tel diagnostic. Dans ces circonstances, on peut penser que la personne pourrait être tentée « d'abandonner », considérant la certitude de sa mort prochaine et pourrait ainsi demander le recours au suicide assisté plus facilement. Il convient donc de distinguer ces deux situations pour bien orienter les services d'accompagnement et l'approche vers la fin ultime de la vie, et éviter de confondre le suicide assisté avec les soins palliatifs. Également, il importe comme société d'assurer que l'accessibilité, la continuité et la qualité des services d'accompagnement et des soins palliatifs seront favorisées, quelle que soit l'issue de la réflexion entourant l'euthanasie et du suicide assisté.

De même, à la suite de l'annonce d'une fin de vie imminente, la décision d'avoir recours au suicide assisté risque d'être fort différente. La personne en fin de vie imminente pourra bénéficier d'un accompagnement médical et psychologique orienté davantage sur l'acceptation de cette fin de vie que sur la décision de mettre fin à sa vie. La décision de la personne comportera alors un élément temporel

important, puisque le choix porte sur la possibilité de devancer volontairement une mort proche. Ces circonstances pourraient avoir des conséquences positives sur l'acceptation sociale du suicide assisté.

Dans toutes les situations, l'accompagnement de la personne doit nécessairement tenir compte des besoins exprimés sans jugement arbitraire ni idéologique, avec respect et dans son intérêt. Le rôle du médecin devient un élément primordial dans le processus d'accompagnement, puisqu'il est le seul à pouvoir supprimer la souffrance médicalement.

Ces dernières réflexions permettent d'affirmer que l'encadrement de la pratique est crucial si la société québécoise ne veut pas faire l'apologie du suicide sous toutes ses formes.

2.2.5 Importance d'une consultation

Dans son mémoire présenté au Comité spécial du sénat, l'Association du Barreau canadien mentionne :

« L'euthanasie et l'aide au suicide soulèvent des questions fondamentales touchant l'ordre ou l'intérêt public auxquels sont confrontés tous les tribunaux appelés à statuer sur le sujet. Une bonne partie du droit canadien, à l'image de la société qu'il reflète et renforce, est consacrée à la protection des personnes vulnérables et de la vie humaine en général; le caractère sacré de la vie est un principe fondamental sur lequel repose une bonne partie de notre tradition juridique. D'autres intérêts publics sont également en jeu, notamment la protection de la profession médicale contre la perte de confiance ou d'intégrité. En même temps, notre système juridique protège et défend le droit de l'individu à prendre ses propres décisions et à se former une opinion, aussi différente soit-elle du point de vue de la société qui l'entoure. »

Cet énoncé illustre bien tout le dilemme à résoudre : caractère sacré de la vie et protection de la personne par rapport à l'autonomie décisionnelle et au libre choix de chacun.

L'Association médicale canadienne, dans son écrit *L'euthanasie et l'aide au suicide*, avance :

« Le public doit avoir amplement l'occasion de commenter toute modification législative proposée. La loi devrait émaner des vœux de la société exprimés par l'entremise du Parlement et non des décisions des tribunaux. »

Certains soulèvent également l'importance d'agir rapidement dans ce dossier. En effet, tel que le mentionne la Politique en soins palliatifs de fin de vie du MSSS, en raison du vieillissement de la population, la question des traitements de fin de vie va bientôt devenir incontournable.

Ces différentes positions illustrent clairement qu'il revient à la population de prendre la décision qu'elle estime la plus adaptée à son contexte. Toutefois, l'option de décriminaliser le suicide assisté sur la base du droit à l'égalité doit être accompagnée de certaines balises essentielles à l'établissement d'un protocole rédigé à cette fin.

2.2.6 Éléments à considérer dans l'élaboration d'un protocole de suicide assisté

Il convient en tout premier lieu de déterminer les éléments essentiels à prendre en compte dans l'élaboration d'un éventuel protocole concernant l'aide au suicide. La Politique de soins palliatifs de fin de vie propose certaines valeurs qui sont pertinentes dans le cadre du débat sur le suicide assisté, notamment la valeur intrinsèque de la personne, sa participation et la compassion. Ces valeurs permettraient de valider ou à tout le moins de questionner nos choix de société et ainsi assurer que les actions alors entreprises le soient dans le respect de chacun et avec un souci de protection et d'humanité.

Également, il sera important de prendre en considération les besoins et les choix des personnes, de miser sur l'accompagnement et de prévoir un soutien aux proches.

Ainsi, un éventuel protocole pourrait contenir les éléments suivants :

1) Capacité et autonomie décisionnelles

En matière de soins, le concept de capacité renvoie à la notion de compétence ou d'aptitude mentale à accomplir un acte spécifique à un moment précis, notion qui relève davantage d'un jugement clinique. Ainsi, ce concept de capacité s'apprécie indépendamment de la situation juridique de la personne, de sa capacité légale.

En bref, il faut s'assurer que la personne est apte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ainsi qu'à communiquer cette décision. De même, le respect de l'autonomie exige que la personne obtienne toute l'information et les explications nécessaires à une prise de décision éclairée. Mentionnons à cet effet que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que : « Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options ».

2) Analyse de la condition médicale et incapacité de mettre fin à la vie

Dans un premier temps, il faudra s'assurer qu'une évaluation des conditions médicales de la personne soit faite afin de déterminer les possibilités de traitement ou de poser un diagnostic de fin de vie, le cas échéant.

Suivant cette évaluation, et sous réserve des critères d'admissibilité au suicide assisté, un programme d'accompagnement adéquat et répondant aux besoins de la personne concernée devra être élaboré. Il convient de rappeler que le débat devrait permettre d'établir sur quelle base le personnel médical pourra déterminer le moment où une personne peut avoir recours au suicide assisté

(par exemple, après ou avant que toute tentative de soulagement soit épuisée). En outre, la capacité de la personne à se donner la mort elle-même par opposition à la personne qui ne peut le faire en raison d'incapacités physiques importantes devra être considérée dans le processus.

Il faut aussi prévoir que l'annonce du diagnostic de fin de vie déclenchera une série de questionnements et de positionnements qui nécessiteront, dans bien des cas, un accompagnement médical et psychologique approprié. En effet, l'annonce de la fin de vie place la personne devant une situation irrémédiable, parfois pour plusieurs mois, parfois pour quelques semaines. Ainsi, devant une annonce de fin de vie imminente, il convient de procurer à la personne concernée un accompagnement orienté davantage sur l'acceptation de la fin de vie que sur la décision de mettre fin à sa vie, et ce, conformément à l'esprit des soins palliatifs.

3) Prise de décision par une équipe multidisciplinaire et volontaire relativement à l'admissibilité d'une personne au suicide assisté

En tout premier lieu, il importe de s'assurer que toutes les personnes qui auront à intervenir dans ce processus complexe reçoivent une formation complète leur permettant de réagir adéquatement à toutes situations et, dans le même ordre d'idées, le personnel devrait être sensibilisé au caractère inéluctable de la mort.

Bien que la décision finale relève du médecin, il est tout de même essentiel que lorsque confronté à une telle demande, il discute de la question avec toutes les personnes concernées, soit le patient, la famille, les proches et les autres membres de l'équipe soignante.

Il faut de ce fait prendre le temps de clarifier avec la personne le sens de ses demandes de même que lui exposer tous les moyens existants pour permettre de soulager l'ensemble de ses souffrances, qu'elles soient physiques ou psychologiques, voire spirituelles.

De plus, il pourrait être envisagé de rendre obligatoire l'obtention d'un deuxième avis ou, à tout le moins, de conseiller fortement aux médecins d'aller en chercher un auprès d'un ou d'une collègue ou encore de soumettre systématiquement l'ensemble des demandes à un comité d'éthique. Il s'agit d'une décision qui risque d'avoir des impacts fort importants sur les médecins responsables du diagnostic et, afin de diminuer la pression qu'ils ou elles pourraient subir, il serait sage de penser à demander l'avis d'un collègue qualifié.

Aussi, il serait très intéressant de prévoir la mise en place d'un réseau de soutien pour les médecins qui leur permettrait de répondre à leurs besoins d'informations et de conseils et d'aller requérir un deuxième avis, au besoin.

Évidemment, personne ne devrait être forcé à y participer. Il est essentiel que la décision se prenne sur une base volontaire. Il faut également que les délais associés au processus tiennent compte de la situation de chacun. Ainsi, on peut présumer qu'une personne dont l'espérance de vie est très courte pourrait voir sa demande traitée avec la plus grande célérité possible.

4) Importance de l'accompagnement

La mort s'inscrit dans un processus englobant tous les aspects de la personne, qu'ils soient physiques ou psychologiques. Ainsi, lorsqu'une personne fait une demande de suicide assisté, il importe de tenir compte de son mieux-être, de voir à ce qu'elle reçoive tous les soins requis, bref de s'assurer de lui fournir tout le soutien dont elle a besoin.

Évidemment, le décès imminent d'un être cher touche grandement les proches. Il faut s'assurer de leur donner le soutien dont ils ont besoin pour poursuivre leur relation avec la personne concernée. Il est donc essentiel d'assister la personne

et ses proches en fonction de leurs besoins et de faciliter leur communication dans le processus menant à la mort.

Il est pertinent de songer aux ressources disponibles tant dans le réseau public que communautaire pour aider les proches à vivre leur deuil. En effet, il est important d'accompagner les personnes avant la mort, mais tout autant de le faire après. C'est un long processus, et il convient d'orienter les proches vers les ressources requises afin qu'ils puissent vivre le mieux possible cette étape difficile de la vie qu'est la perte d'un être cher.

5) Choix du lieu du suicide

Il convient de privilégier la résidence personnelle comme lieu où pourrait se dérouler le suicide assisté pour ceux qui exprimeraient un tel désir. Cette dimension du protocole s'inscrit dans le respect de l'autonomie individuelle et dans le libre choix que l'on attribue à chacun.

De plus, il ne faut pas omettre de prendre en considération l'opinion des proches dans cette décision. Il est essentiel de les impliquer dans tout le processus menant à la mort, et le choix du lieu du suicide assisté fait partie intégrante de cette démarche.

6) Coût

De prime abord, la nature même du suicide assisté implique de façon incontournable la notion d'assistance médicale, ce qui représente bien évidemment un coût pour le système de santé québécois.

Le programme de services médicaux de la Régie de l'assurance maladie du Québec est un programme universel, c'est-à-dire qu'il est destiné à toutes les personnes qui sont couvertes par le Régime d'assurance maladie. Les services médicaux couverts par ce régime sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin. Parmi ces services, on trouve notamment les

services de consultation, les services diagnostiques et les actes thérapeutiques. Les coûts liés à l'assistance médicale lors d'un suicide assisté devraient être assumés par le Régime d'assurance maladie, évitant par le fait même de commercialiser la mort.

CONCLUSION

Témoignant de l'inconfort collectif concernant le maintien du *statu quo* au regard de certaines pratiques de fin de vie, notamment l'euthanasie et le suicide assisté, l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité le 4 décembre 2009 une motion créant la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (ci-après la Commission).

Le dépôt d'un document de consultation par la Commission et l'annonce d'une consultation pour l'été 2010 ont incité les membres du conseil d'administration de l'Office à réfléchir aux enjeux relatifs à la décriminalisation de ces pratiques.

Ainsi, à la suite de cette première réflexion, l'Office considère qu'il n'est pas opportun pour le moment de permettre l'euthanasie, notamment en raison des risques de dérives liés à la difficulté d'encadrer cette pratique. Dans ce contexte, l'Office estime donc préférable de miser sur les soins palliatifs pour soulager la douleur ou l'angoisse existentielle, incluant, si nécessaire, le recours à la sédation terminale. Cependant, cette avenue implique que le Québec accorde une priorité aux soins palliatifs et, en conséquence, que soient favorisées l'accessibilité, la continuité et la qualité des services d'accompagnement et des soins palliatifs.

En ce qui a trait au suicide assisté, l'Office considère que, sur la base du droit à l'égalité, cette pratique devrait être décriminalisée. Compte tenu de cette réalité, l'Office souhaite soumettre certains éléments afin d'enrichir la réflexion collective sur le sujet. De fait, dans le cadre d'un tel débat, la notion de respect de la vie et de la dignité humaine de même que le libre choix et le consentement libre et éclairé devraient faire l'objet de considérations. Également, s'il advenait que cette pratique soit autorisée, l'Office estime primordiale la mise en place de balises très précises et très rigoureuses afin d'en encadrer l'accès.

En terminant, la possibilité de mettre un terme à la vie est une question qui requiert un large consensus social. Au terme de la vie, une telle décision est et sera toujours

difficile. Il est peut-être heureux qu'il en soit ainsi; car si les décisions de limiter les soins ou de permettre aux patients de pouvoir mettre fin à leurs jours devenaient banales, nous devrions alors nous inquiéter de l'avenir (Comité d'éthique du Collège des médecins de famille du Canada 2004).

- ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (2007). *Suicide assisté : choisir pour soi?*, [En ligne]. [www.afeas.qc.ca/wp-content/uploads/2006/11/Suicideassiste.pdf].
- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (2007). *L'euthanasie et l'aide au suicide : politique de l'AMC*, [En ligne]. [policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD07-01F.pdf].
- ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (2004). *Code de déontologie de l'AMC : politique de l'AMC*, [En ligne]. [policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06F.pdf].
- BAUDOIN, J.-L., et D. BLONDEAU (1993). *Éthique de la mort et droit à la mort*, Paris, Les voies du droit, 127 p.
- BEAUCHAMP, Tom L., et Seymour PERLIN (1978). *Ethical Issues in Death and Dying*, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall, 458 p.
- BEAUCHAMP, T., et J.-F. CHILDRESS (1979). *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 454 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2008). *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie : rapport du groupe de travail en éthique clinique*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 50 p.
- CANADA (1985). *Code criminel : L.R.C., c. C-46*, [Ottawa], ministère de la Justice du Canada.
- COMITÉ D'ÉTHIQUE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2004). *La déclaration sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide*, [En ligne]. [www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/health%20policy/2000%20statement%20concerning%20euthanasia/default.asp?s=1].
- COMMISSION CONSULTATIVE NATIONALE D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (1998). *L'aide au suicide et l'euthanasie : les avis de la C.N.E.*, [s. l.], Jean-Paul Harpes et Edmond Wagner, 105 p.
- COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT (1982). *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, [: document de travail], [s. l.], Centre national de recherche scientifique, 28 p.
- COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ (2010). *Mourir dans la dignité : document de consultation*, Secrétariat des commissions de l'Assemblée nationale du Québec, 37 p.

- CÔTÉ-HARPER, G., P. RAINVILLE et J. TURGEON (1998). *Traité de droit pénal canadien*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1 458 p.
- CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (2006). *L'euthanasie et le suicide assisté : Encyclopédie thématique sur l'inaptitude et la protection des personnes inaptes*, [En ligne]. [agora.qc.ca/thematiques/inaptitude.nsf].
- DELEURY, E., et D. GOUBAU (2002). *Le droit des personnes physique*, 3^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 769 p.
- DELUMEAU, J. (1978). *La peur en occident, XIV^e – XVIII^e siècles, une cité assiégée* Paris, Éditions Fayards, 485 p.
- DOUCET, H. (2003). « Le débat sur l'euthanasie et l'expérience de mourir », *Frontières*, vol. 16, n^o 1, p. 20-28.
- DRODGE, A.J., et J. DI TABOR (1991). *A Noble Death : Suicide and Martydom among Christians and Jews in Antiquity*, San Francisco, Editions Harper, 203 p.
- DUNSMUIR, M., et M. TIEDEMANN (2006). *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, [En ligne]. [parl.gc.ca/information/library/prbpubs/919-f.htm].
- DURKHEIN, E. (1987). *Le suicide : étude de sociologie*, Paris, Les Presses universitaires de France, 462 p.
- GAGNON, S. (1987). *Mourir : hier et aujourd'hui*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 192 p.
- HARDY, G. (mars 2001). « L'euthanasie face à la loi et à l'éthique », *Justice-Santé*, p. 8-9.
- HIRSCH, E. (2006). *Face aux fins de vie et à la mort, éthique, société, pratiques professionnelles*, Quercy, Collection Espace éthique, Éditions Vuibert, 327 p.
- HUMPHRY, D. (1991). *Exit final*, Montréal, Éditions EJ Le jour, 249 p.
- LAPLANTE, L. (2005). *Je n'entends plus que ton silence*, Chicoutimi, Éditions JCL, 168 p.
- Law c. Canada (*Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*) [1999] 1 R.C.S. 497, par. 53.
- LEBRUN, F. (1971). *Les hommes et la mort en Anjou aux XVII^e et XVIII^e siècles*, La Haye, Éditions Mouton, 561 p.

- MARCOUX, I. (2003). *Vers une meilleure compréhension de l'opinion publique envers l'euthanasie : une étude du rôle des connaissances et autres facteurs d'influence*, Thèse de doctorat, Montréal, Faculté de psychologie, Université du Québec à Montréal, 256 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 249 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Politique en soin palliatif de fin de vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 93 p.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2006). *Valeurs, principes et orientations d'À parts égales, levons les obstacles : synthèse, [: document de travail]*, Drummondville, L'Office, 33 p.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES (2006), *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, [s. l.], art. 3 a).
- QUÉBEC (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité : Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, X, 69 p.
- QUÉBEC (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'Hôpital Saint-Ferdinand, [1996], R.C.S. 3 211.
- R. c. Moïse, J.E. 2000-165 (C.S.)
- ROY, D. (2010). *Mémoire à la commission de la santé et des services sociaux sur le droit de mourir dans la dignité*, [s. l. s. n.], 21 p.
- SAINT-ARNAUD, J. (1995). « Enjeux éthiques soulevés par la décriminalisation de l'aide au suicide et de l'euthanasie », *Frontières*, vol. 8, n^o 1, p. 24-26.
- SÉNAT DU CANADA (1995). *De la vie et de la mort*, Ottawa, Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté, 92 p.
- STATE OF OREGON (2007). *Summary of Oregon's Death with Dignity Act – 2007*, [En ligne]. [www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year10.pdf].
- STATE OF OREGON (2007). *Death With Dignity Act*, [En ligne]. [www.oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml].
- STATE OF OREGON [s. a. p.]. *Prescription History – Oregon Death with Dignity Act*, [En ligne]. [www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/prescriptionhistory.pdf].

