

## **MISSION : Assistance à la vie**

**Réitérer notre engagement envers  
les soins holistiques axés sur le patient**



CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF MANITOBA  
ASSOCIATION CATHOLIQUE MANITOBAINE DE LA SANTÉ  
МАНІТОБСЬКА КАТОЛИЦЬКА АСОЦІАЦІЯ ЗДОРОВ'Я

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	3
Association catholique manitobaine de la santé.....	5
Objet du document .....	5
Définitions .....	6
Contexte .....	9
Lignes directrices générales .....	13
1. Inviolabilité de la vie humaine.....	13
2. Justice et bien commun.....	14
3. Accompagnement et solidarité .....	15
Engagement.....	17
Mesures proposées .....	18
1. Justice sociale .....	18
2. Éducation et formation .....	19
3. Soins spirituels et sensibilisation.....	19
4. Éthique des soins de santé .....	20
Notes de fin de document .....	20

## Résumé

L'Association catholique manitobaine de la santé (ACMS) est une association provinciale bénévole qui se consacre au ministère de guérison de Jésus-Christ et à sa mission de compassion et de respect pour toutes les personnes par le biais de ses ministères de l'éducation, de l'éthique des soins de santé, des soins spirituels, de la justice sociale et du parrainage catholique.

Dans le contexte particulier de l'expérience canadienne en matière d'aide médicale à mourir (AMM) à ce jour, l'ACMS estime qu'il y a un besoin criant pour les personnes et les organisations de relancer une approche des soins et du bien-être de l'ensemble de la population canadienne respectueuse de la vie et fondée sur des valeurs communes liées à la dignité de l'être humain. Il faut se rallier autour d'une vision et d'une action collectives et intentionnelles visant à soutenir la personne dans toutes ses dimensions – physique, sociale, psychologique, émotionnelle, spirituelle – sous forme de justice sociale. Nous pourrions appeler cette approche « Mission : assistance à la vie » (MAV).

La MAV vise à définir, à fournir, à améliorer et/ou à faciliter l'accès aux soins et aux soutiens qui favorisent la dignité inhérente, la sécurité et l'égalité fondamentale de toutes les personnes, y compris les personnes atteintes d'une maladie physique ou mentale ou d'un handicap, les personnes âgées, ainsi que les personnes vivant dans la pauvreté, l'itinérance, l'isolement ou le manque de soins et de soutien, afin de leur permettre de vivre dans la dignité, de s'épanouir et de participer pleinement à la société sur un pied d'égalité avec les autres.

Le présent document renferme des renseignements généraux à l'appui de la nécessité d'un modèle de MAV et est suivi de lignes directrices générales, d'engagements corollaires et de mesures préliminaires.

### Contexte

La contestation devant la Cour suprême en 2016 et la modification subséquente du Code criminel ont ouvert la voie à l'aide médicale à mourir au Canada dans certaines conditions. Les conditions d'admissibilité à l'AMM ont été modifiées pour inclure les personnes dont le décès n'est *pas* prévisible en 2021. L'accès à l'AMM devrait s'élargir encore une fois en mars 2024, à l'expiration des restrictions d'accès à l'AMM pour des raisons de maladie mentale.

De plus en plus de Canadiennes et de Canadiens demandent l'AMM chaque année, dans un contexte où une grande partie de la population canadienne continue de lutter contre l'âgisme et le capacitisme systémiques et ne peut pas accéder à des soutiens sociaux et à des soins médicaux de base, y compris des services de santé mentale et des soins palliatifs. Face à ces réalités, il est essentiel de veiller à ce que l'AMM ne devienne pas une solution par défaut en conséquence du non-respect des obligations du Canada en matière de droits de la personne et de son engagement à veiller à ce que chacun puisse vivre dans la dignité.

À mesure que l'AMM recoupe de plus en plus d'autres domaines de la médecine et des soins de santé et que l'admissibilité s'élargit, la construction juridique et l'interprétation morale de l'AMM et de ses implications sociétales deviendront de plus en plus complexes et donneront lieu à de nouveaux dilemmes éthiques.

Compte tenu de l'évolution rapide de la pratique de l'AMM au Canada, nous devons reconnaître et aborder les énormes répercussions pour notre pays. En tant que société canadienne, nous devons avoir des conversations importantes sur les coûts sociaux des traumatismes et du deuil compliqué pour les familles et les proches aidants et sur le stress des fournisseurs de soins de santé. En tant que personnes éprises de justice, nous devons contester la vision de l'AMM comme stratégie de « réduction des méfaits » face à des circonstances injustes et faire preuve de transparence en ce qui concerne les dimensions économiques de l'AMM compte tenu de l'augmentation des coûts des soins de santé et du vieillissement de la population.

### Principes directeurs

Mission : assistance à la vie (MAV) est enracinée dans des principes profondément ancrés dans l'enseignement social catholique.

1. **Inviolabilité de la vie humaine** : Pour quiconque croit profondément que la vie est un don sacré, la fin intentionnelle d'une vie humaine au cœur de l'AMM est directement opposée à cette croyance fondamentale.
2. **Justice et bien commun** : La justice est enracinée dans les soins fondamentaux, la responsabilité et le respect d'autrui. L'appel à la justice suppose un engagement à préserver la vie d'autrui, à défendre les droits individuels et collectifs et à rechercher le *bien de tous* avec amour et acceptation et à œuvrer pour y parvenir.
3. **Accompagnement et solidarité** : L'engagement fondamental à accompagner les autres est essentiel. Il s'agit de cheminer avec la personne, de la respecter et de la soutenir dans toutes les dimensions de la condition humaine. La solidarité ne mesure pas la valeur de la vie humaine en fonction de sa qualité, de son efficacité ou de son utilité, mais elle vise l'égalité fondamentale en défendant la valeur intrinsèque et la dignité de la vie humaine et en soutenant l'épanouissement individuel et la croissance communautaire.

### Engagements de l'ACMS

Pour réaffirmer son engagement envers les soins holistiques axés sur le patient, l'ACMS cherche à cerner les besoins non satisfaits et la souffrance sous toutes ses formes et à y remédier, ainsi qu'à soutenir les personnes les plus vulnérables, marginalisées et défavorisées de notre société. Cet appel comprend les actions suivantes :

- maintenir une distinction entre l'AMM et les soins palliatifs
- établir une philosophie et une culture qui soutiennent et facilitent la dignité intrinsèque des personnes, leur estime de soi, leur liberté morale, leur sécurité et leur accès équitable aux soutiens
- fournir les meilleurs soins et le meilleur soutien à toutes les étapes de la vie
- préconiser que les gouvernements reconnaissent les droits sociaux, économiques et culturels en offrant des soins palliatifs universels et l'accès à des soutiens sociaux et en santé mentale afin que l'AMM ne soit jamais la solution par défaut
- mettre l'accent sur la sensibilisation pour lutter contre la solitude et l'isolement

- poursuivre un parcours de vérité et de réconciliation avec les peuples autochtones
- aider à élaborer un cadre stratégique qui affirme et appuie la MAV

## Appel à l'action

Conformément à ces engagements, l'ACMS a proposé plusieurs priorités (voir les pages 18 à 20) dans les domaines d'action clés suivants pour faire avancer la MAV et recherche des partenaires qui ont le même engagement envers ce parcours :

- Justice sociale
- Éducation et formation
- Soins spirituels et sensibilisation
- Éthique des soins de santé

## Association catholique manitobaine de la santé

L'Association catholique manitobaine de la santé (ACMS) est une association provinciale bénévole qui se consacre au ministère de guérison de Jésus-Christ, comme l'incarne (ou l'enseigne) l'Église catholique. Par le biais de ses ministères de l'éducation, de l'éthique des soins de santé, des soins spirituels, de la justice sociale et du parrainage catholique<sup>1</sup>, l'ACMS remplit sa mission de *compassion* et de *respect pour toutes les personnes*.

## Objet du document

Compte tenu de l'expansion continue de la pratique de l'aide médicale à mourir (« AMM ») au Canada, qui comprend l'expansion future prévue de l'AMM pour inclure les maladies mentales en mars 2024, le moment est bien choisi pour l'ACMS de réfléchir et de réaffirmer son engagement à l'égard des soins holistiques axés sur le patient.

**Dans le contexte particulier de l'expérience canadienne en matière d'aide médicale à mourir (AMM) à ce jour de la perspective de la mission de l'ACMS reposant sur la *compassion* et le *respect pour toutes les personnes*, l'ACMS en est venue à déterminer qu'il y a un besoin criant de réitérer une approche de soins axée sur la vie, la dignité inhérente de chaque personne comme l'a enseigné le Christ et le soutien à la personne dans toutes les dimensions (physique, psychologique, sociale, familiale, spirituelle), ce qu'on appelle « l'aide médicale à vivre ».**

L'urgence de l'**aide médicale à vivre** (AMV) en tant que forme de justice sociale a été mise en évidence par l'émergence de récits de personnes qui ont raconté leur souffrance et leur angoisse lorsqu'elles tentent d'accéder à des services et à des soutiens, mais se heurtent à des obstacles. Ces récits comprennent ceux de personnes dont l'état de santé ou le handicap les rend admissibles à l'AMM et qui se sont renseignées sur l'AMM ou ont demandé l'AMM non pas parce qu'elles voulaient mourir immédiatement, mais pour échapper au manque de soins, de services et de soutien nécessaires pour vivre dans la dignité, la sécurité, et l'espoir. En d'autres termes, ces récits reflètent exactement la mission de l'ACMS : répondre à l'appel de personnes qui demandent de l'aide à vivre. En effet, « tout le

monde devrait se préoccuper de créer et de soutenir des établissements institutionnels qui améliorent les conditions de vie humaine »<sup>2</sup>.

Par conséquent, l'AMV vise à définir, à fournir, à améliorer et/ou à faciliter l'accès aux soins et aux soutiens qui favorisent la dignité inhérente, la sécurité et l'égalité fondamentale de toutes les personnes, y compris les personnes atteintes d'une maladie physique ou mentale ou d'un handicap, les personnes âgées, ainsi que les personnes vivant dans la pauvreté, l'itinérance, l'isolement ou le manque de soins et de soutien, afin de leur permettre de vivre dans la dignité, de s'épanouir et de participer pleinement à la société sur un pied d'égalité avec les autres. Ainsi, l'AMV tient compte dans son approche de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

Comme l'a dit succinctement la Catholic Health Association of the United States :

S'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé n'est pas réservé uniquement aux soins de santé catholiques. Ce qui est propre aux soins de santé catholiques, c'est que notre foi nous oblige à accorder une attention particulière à nos voisins économiquement pauvres et à œuvrer pour le bien commun. Ce sont ces valeurs qui nous poussent à montrer la voie dans cette œuvre, même lorsque la voie à suivre n'est pas claire<sup>3</sup>.

En bref, le but de ce document est de réaffirmer et de revitaliser l'engagement de l'ACMS envers les soins holistiques axés sur le patient en se recentrant sur une approche des soins reposant sur « **l'aide médicale à vivre** ». Bien qu'il s'agisse d'une première étape et que la forme et le fond de cette approche continueront probablement d'évoluer, ce document en particulier contient des renseignements généraux clés qui encouragent l'adoption d'une approche reposant sur « **l'aide médicale à vivre** » et est suivi de lignes directrices générales, d'engagements corollaires et de mesures préliminaires.

## Définitions

Aux fins du présent document, les termes suivants sont définis comme suit :

### Soins palliatifs

« Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel<sup>4</sup>. »

La mort est une partie normale de la vie, et les soins palliatifs aident les gens à bien vivre et mourir. Contrairement à l'AMM, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à sa demande, les soins palliatifs ne visent ni à accélérer ni à retarder le décès, et ils devraient être accessibles dans le cadre du continuum de soins d'une maladie limitant la qualité de vie<sup>5</sup>.

**Aide médicale  
à vivre ou AMV**

L'**aide médicale à vivre** (AMV) est une approche de soins axée sur la vie qui vise à soutenir la personne dans toutes les dimensions (physique, psychologique, sociale, familiale, spirituelle). L'**aide médicale à vivre** comprend donc, sans s'y limiter, les « soins palliatifs ».

L'**aide médicale à vivre** vise à définir, à fournir, à améliorer et/ou faciliter l'accès aux soins et aux soutiens pour promouvoir la dignité, la sécurité et l'égalité inhérentes de toutes les personnes et inclut donc dans ses paramètres la promotion de l'équité en santé et des droits de toutes les personnes à la lumière des déterminants sociaux de la santé.

**Déterminants sociaux de la santé**

Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs sociaux et économiques qui influent sur les résultats en matière de santé. Ce sont les « conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble plus large des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les régimes politiques ». Voici des exemples de facteurs pertinents<sup>6</sup> : le revenu et la protection sociale; l'instruction; le chômage et la sécurité d'emploi; les conditions de vie professionnelle; la sécurité alimentaire; le logement, les services de base et l'environnement; le développement de la petite enfance; l'inclusion sociale et la non-discrimination; les conflits structurels; l'accès à des services de santé abordables et de qualité; l'accès à des soutiens et à des services adaptés à la culture; et les soins spirituels.

**Équité en santé**

Il y a équité en santé lorsque toutes les personnes ont ou se voient offrir la possibilité de réaliser leur plein potentiel en matière de santé, sans que personne ne soit défavorisé pour réaliser ce potentiel en raison de sa position sociale ou d'autres circonstances déterminées par la société<sup>7</sup>.

**Aide médicale  
à mourir ou AMM**

L'aide médicale à mourir (AMM) est un terme législatif défini à l'article 241.1 du *Code criminel du Canada* comme suit<sup>8</sup> :

« Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort; ou
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort. (*medical assistance in dying*). »

L'AMM implique donc la fin intentionnelle et délibérée de la vie d'une personne par l'administration ou la fourniture d'une substance létale à une personne à la demande de cette dernière. L'AMM englobe donc à la

fois l'« euthanasie » et le « suicide médicalement assisté », tels que définis ci-dessous.

**Euthanasie**

L'euthanasie est l'acte de mettre fin intentionnellement et délibérément à la vie d'un patient.

La procédure d'AMM par laquelle un praticien administre une substance à une personne, à sa demande, pour causer intentionnellement et délibérément la mort de cette personne est donc une forme d'euthanasie.

**Suicide  
médicalement assisté**

Le suicide médicalement assisté est l'acte intentionnel et délibéré de permettre à un patient de mettre fin à sa vie.

La procédure d'AMM par laquelle un praticien prescrit ou fournit une substance létale à une personne, à sa demande, pour qu'elle se l'administre afin de causer intentionnellement et délibérément la mort de cette personne est donc une forme de suicide médicalement assisté.

## Contexte

À la suite d'une décision de la Cour suprême du Canada<sup>9</sup>, le Parlement canadien a modifié le *Code criminel* en juin 2016 pour permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens d'administrer (ou de prescrire) légalement une substance à un patient adulte afin de provoquer intentionnellement sa mort<sup>10</sup>. Cette procédure, qui est soumise à des critères d'admissibilité et à des exigences procédurales précises, est appelée « aide médicale à mourir » ou « AMM ».

Les critères d'admissibilité à l'AMM sont notamment les suivants :

- la personne est âgée d'au moins 18 ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- la personne fait une demande d'AMM de manière volontaire et consent de manière éclairée à la procédure;
- la personne est affectée d'un problème de santé « grave et irrémédiable ».

La notion de problème de santé « grave et irrémédiable » exigeait quant à elle que les critères supplémentaires suivants soient remplis :

- la personne a une maladie, une affection ou un handicap grave et incurable;
- elle est dans un état avancé de déclin irréversible des capacités;
- ses souffrances physiques ou psychologiques persistantes lui sont intolérables et sont causées par la maladie, l'affection ou le handicap;
- la mort naturelle est devenue « raisonnablement prévisible »\*.

En mars 2021, aux termes du projet de loi C-7, le Parlement a modifié les dispositions du *Code criminel* relatives à l'AMM et a supprimé l'exigence de « mort naturelle raisonnablement prévisible » comme critère d'admissibilité à l'AMM<sup>11</sup>. Cette modification a donné lieu à ce qui est maintenant décrit comme étant l'approche à « deux voies » de l'AMM :

- une première série de mesures pour les personnes dont la mort naturelle est prévisible;
- une deuxième série de mesures pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas prévisible.

En ce qui concerne la loi fédérale sur l'AMM, ces deux voies signifient que la loi impose des mesures de sauvegarde différentes selon que la mort naturelle du patient est prévisible ou non<sup>12</sup>.

Lorsqu'en mars 2021, la portée de la loi sur l'AMM a été élargie pour permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens de mettre intentionnellement fin à la vie de patients qui souffrent, mais qui ne sont pas en fin de vie ou dont la mort n'est pas prévisible, il fallait ensuite déterminer si l'AMM devait également être légalement autorisée dans le cas de personnes dont la souffrance découle uniquement d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap mental et non physique.

À l'époque, le Parlement a choisi d'exclure expressément la « maladie mentale » comme seul problème médical invoqué (« AMM pour les maladies mentales » ou « AMM MM-SPMI » )<sup>13</sup> pour avoir droit à l'AMM, mais seulement pendant deux (2) ans. Autrement dit, l'exclusion expresse de l'AMM imposée par le Parlement aux termes du projet de loi C-7 aux personnes ayant une maladie mentale était limitée dans le temps et devait à l'origine arriver à échéance le 17 mars 2023.

En mars 2023, cependant, le Parlement a décidé de retarder d'une autre année la mise en œuvre de l'AMM pour les maladies mentales<sup>14</sup>. Par conséquent, la nouvelle date à laquelle le Canada devrait autoriser le recours à l'AMM pour les maladies mentales est le 17 mars 2024<sup>15</sup>. Selon des sondages menés récemment auprès de la population, la majorité des Canadiens ne sont toutefois pas favorables à l'AMM MM-SPMI ou ne sont pas sûrs de l'être<sup>16</sup>. De plus, bien que l'Association des psychiatres du Canada ait déclaré qu'elle « n'a pas pris et ne prend pas position sur la légalité ou la moralité de l'AMM »<sup>17</sup>, de nombreux professionnels en psychiatrie n'appuient pas l'AMM MM-SPMI<sup>18</sup>, et la province de Québec a récemment adopté une loi pour l'exclure expressément (à l'exception des troubles neurocognitifs) de sa loi sur l'aide médicale à mourir<sup>19</sup>. Cela dit, aux termes de cette même loi, le Québec a élargi la portée de l'aide à mourir dans la province pour autoriser l'euthanasie dans le cas de personnes qui sont incapables de donner leur consentement, mais qui ont fait une « demande anticipée » lorsqu'elles en étaient capables, en prévision de leur incapacité future. En outre, le Québec a interdit à toutes les maisons de soins palliatifs d'exclure l'aide à mourir<sup>20</sup>.

Bien que le présent document ne vise pas à examiner en détail les raisons pour lesquelles le Parlement continue de procéder à la décriminalisation de l'AMM MM-SPMI, il faut signaler que l'élargissement de la portée de la loi semble en partie lié à des perspectives et arguments fondés sur les droits de la personne qui ont trait à des applications particulières des concepts d'autonomie, d'autodétermination, d'égalité et de souffrance<sup>21</sup>. En outre, certains législateurs affirment que les tribunaux canadiens ont établi que l'AMM-MM-SPMI est un « droit » qui revient aux Canadiens en vertu de la *Charte*<sup>22</sup>.

Si cette interprétation légale de la jurisprudence n'a pas encore été arrêtée de manière définitive, il convient de souligner que l'AMM a été établie et autorisée par la loi grâce à la création d'exemptions au *Code criminel*, à savoir des exemptions à l'égard des infractions d'homicide coupable<sup>23</sup>, d'aide au suicide<sup>24</sup> ou d'administration d'une substance délétère<sup>25</sup>. L'exemption en vertu du droit criminel n'a pas pour effet de créer ou de conférer un droit positif à l'activité exemptée, en l'occurrence l'AMM; voilà un principe qui a été confirmé à l'unanimité par la Cour suprême du Canada dans la récente affaire *Murray-Hall* :

Le principe qu'il faut retenir de ces passages est que l'adoption d'exceptions ou d'exemptions dans le cadre d'un régime de droit criminel ne peut servir à conférer des droits positifs de pratiquer les activités faisant l'objet de ces mêmes exceptions ou exemptions. [...]

[...] Je ne peux toutefois accepter que des exceptions ou des exemptions adoptées dans le cadre d'un régime d'infractions criminelles puissent générer des droits positifs, même lorsque ces exceptions ou exemptions sont intimement liées à la réalisation d'objets de droit criminel. [...] La reconnaissance de droits positifs créés à partir d'exceptions ou d'exemptions intimement liées à un objet valide de droit criminel élargirait indûment l'étendue du pouvoir fédéral de légiférer en droit criminel.<sup>26</sup>

Néanmoins, s'il ne peut y avoir de droit positif à l'AMM conféré par le droit criminel, il n'en reste pas moins que la procédure de l'AMM :

- est accessible à l'échelle du Canada et est dispensée par les services de santé provinciaux;
- a élargi les critères d'admissibilité, depuis les personnes dont la mort est naturellement prévisible aux personnes dont la mort n'est pas naturellement prévisible;
- devrait s'appliquer dès le 17 mars 2024 aux personnes dont le seul problème invoqué est une maladie mentale.

Le nombre de décès attribuables à l'AMM augmente régulièrement tous les ans. En 2021, par exemple, 3,3 % de tous les décès (soit 10 064 personnes) découlaient de l'AMM, ce qui représente un taux de croissance de 32,4 % par rapport à 2020<sup>27</sup>. En outre, dans certaines régions du Canada, le pourcentage de décès par l'AMM dépasse déjà les taux enregistrés dans d'autres territoires où l'euthanasie est une pratique en vigueur depuis de nombreuses années. Ces dernières années, on a en outre signalé de plus en plus d'incidents « regrettables » ou de préoccupations concernant la mise en œuvre de l'AMM au Canada.

Par exemple, on signale que l'AMM a été présentée de manière non sollicitée à des personnes qui n'en ont pas fait la demande, y compris des anciens combattants canadiens, à titre de solution pour leurs problèmes médicaux<sup>28</sup>. En outre, on fait état de plusieurs cas où des personnes ayant des troubles médicaux ou des handicaps qui répondent aux critères d'admissibilité de l'AMM ont été poussées à demander l'AMM afin de soulager des souffrances attribuables à un manque de soins de santé ou de soutien social, à la pauvreté et à la crainte de l'itinérance, etc.<sup>29</sup> Le rapporteur spécial des Nations Unies a fait une mise en garde contre ce type d'« architecture de choix », où l'interaction entre l'AMM pour les affections invalidantes non terminales et le manque de services ou de solutions d'aide ou l'accès à ceux-ci provoque des pressions et influe sur l'autonomie et la prise de décision des personnes handicapées<sup>30</sup>.

Outre la question connexe et non résolue de l'impact de l'AMM en ce qui concerne la promotion et la provocation de suppositions concernant le capacitisme, l'âgisme et le racisme sur la qualité et la valeur de la vie des personnes handicapées, âgées ou racialisées, y compris les Autochtones, ces préoccupations soulèvent à leur tour la question des obligations en matière de droits de la personne et du respect de ces obligations par le Canada<sup>31</sup>. Même si certaines personnes demandent l'AMM pour des raisons qui ne sont pas liées à des besoins non satisfaits, à un manque de soutien ou aux déterminants socio-économiques de la santé, il n'en reste pas moins que les Canadiens n'ont toujours pas d'accès universel à des soins palliatifs de qualité, ni à des soins de santé mentale universels, ni aux nombreux autres programmes et soutiens auxquels ils ont droit en vertu de diverses lois sur les droits de la personne<sup>32</sup>. Ainsi, comme l'a récemment décrit Marie-Claude Landry, commissaire en chef de la Commission canadienne des droits de la personne :

Les droits sociaux et économiques – le droit à un niveau de vie suffisant, le droit à un logement adéquat, le droit aux soins de santé et le droit à des services accessibles – sont des droits de la

personne fondamentaux. Ils sont essentiels pour vivre une vie dans la dignité. Sans accès aux droits sociaux et économiques, nos autres droits ont peu de sens.

Le Canada a l'obligation de veiller à ce que chacun et chacune puisse vivre et jouir pleinement de ces droits. Les droits sociaux et économiques – droits de la personne fondamentaux – devraient être enchâssés dans la loi. Cela permettrait aux personnes d'avoir un recours lorsqu'elles se voient refuser un lieu de vie adéquat, lorsqu'elles sont incapables de trouver des soins de santé ou lorsqu'elles se voient refuser un service. Cela donnerait accès à la justice. Cela offrirait d'autres options que de mettre fin à sa vie.

L'aide médicale à mourir ne peut être un substitut lorsque le Canada manque à remplir ses obligations en matière de droits de la personne.<sup>33</sup>

L'un des principaux arguments en faveur de la décriminalisation de l'AMM, ainsi que de son expansion continue, tient au fait que malgré les lacunes sociétales et les injustices sociales auxquelles il faut remédier, ces lacunes ou injustices ne justifient pas de refuser l'accès ou l'admissibilité à l'AMM aux personnes qui sont capables de prendre des décisions. Autrement dit, alors que la société devrait, par exemple, viser continuellement à améliorer l'accès aux soins palliatifs ou s'attaquer aux déterminants socio-économiques de la santé, le fait de remédier à ces lacunes ou à ces injustices ne devrait pas être une condition préalable à l'accès ou à l'admissibilité à l'AMM, car - selon l'argument - cela constituerait une exploitation inacceptable de la souffrance des personnes qui demandent l'AMM et une forme de désignation d'un bouc émissaire. De plus, toujours selon l'argument, le fait de refuser l'AMM TM-SPMI perpétue les préjugés négatifs et la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale, supprime l'autonomie des patients, enfreint leurs droits et constitue une forme flagrante de paternalisme<sup>34</sup>. Cette argumentation a été élargie de manière à décrire l'AMM comme une forme de « réduction des dommages » dans des situations sociales injustes où les gens auraient fait un autre choix « si les conditions étaient plus justes », « même si de telles décisions sont tragiques ».<sup>35</sup>

Bien que de tels arguments puissent étayer les justifications séculières en faveur de l'accès (et de l'élargissement de l'accès) à l'AMM dans diverses situations où la souffrance est présente, les préoccupations concernant les lacunes sociétales et les circonstances sociales injustes ne disparaissent pas « simplement parce que » l'AMM a été décriminalisée<sup>36</sup>. En effet, la justice exige que ces circonstances soient prises en compte.

L'incidence à court et à long terme de l'AMM sur les membres de la famille, les aidants familiaux ou les proches des personnes qui choisissent de s'en prévaloir est une autre considération essentielle. D'un point de vue juridique, les personnes qui demandent l'AMM au Canada ne sont pas tenues d'informer un membre de leur famille de leur décision de procéder à l'AMM, ni de le faire intervenir dans le processus<sup>37</sup>. Dans certaines familles et pour certains proches, mais pas tous, ce type de situation a provoqué un grave traumatisme et a été vécu comme un « deuil compliqué », selon plusieurs personnes<sup>38</sup>. Même lorsque les circonstances sont telles que le décès est prévu (qu'il s'agisse de causes naturelles ou par l'AMM), de nombreux membres de la famille et des proches doivent encore faire face au chagrin et au deuil, même si les expériences varient selon les personnes.

En outre, à mesure que l'AMM « s'entrelace » avec d'autres domaines de la médecine et des soins de santé (comme le don d'organes après l'AMM par exemple) et que l'admissibilité à l'AMM continue de s'élargir (p. ex. AMM TM-SPMI), la construction juridique et la compréhension morale de ce qu'est réellement l'AMM deviennent de plus en plus complexes et sont susceptibles de provoquer de nouveaux dilemmes éthiques<sup>39</sup>.

En conséquence, bien que l'AMM soit mise en œuvre partout au Canada par le biais du système de soins de santé, il est facile d'entrevoir le stress et le traumatisme que subissent les prestataires de soins de santé relatifs à l'AMM (que ce soit en tant que participant ou en tant qu'objecteur de conscience), en particulier parce que les éléments du cadre de l'AMM ne sont pas toujours compatibles avec la pratique médicale fondée sur des preuves et parce que les témoignages de demande d'AMM liés à l'expérience vécue et aux besoins non satisfaits ou au soutien continueront probablement d'émerger<sup>40</sup>.

Enfin, comme c'est le cas dans de nombreuses autres régions du monde, la population canadienne vieillit. L'expérience des établissements de soins de longue durée au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 a révélé l'existence d'un âgisme et d'un capacitisme systémiques au Canada, ainsi qu'une fragilité systémique dans la protection et la défense des droits humains fondamentaux des Canadiens âgés<sup>41</sup>. Nous savons également que les soins de santé accaparent beaucoup de ressources, alors que l'AMM entraîne une réduction nette des coûts des soins de santé<sup>42</sup>. Compte tenu de ces considérations, les aspects de l'AMM liés à la réduction des coûts doivent être aussi transparents que possible **contextuellement**.

## Lignes directrices générales

### 1. Inviolabilité de la vie humaine

Il ne fait aucun doute que l'AMM est un enjeu ardu, source de confrontation pour toute personne ou institution catholique.

L'enseignement de l'Église est clair : si les décisions thérapeutiques ne doivent jamais inclure d'actions ou d'omissions qui *causent intentionnellement* la mort, les décisions thérapeutiques suivantes sont appropriées, *même si* la mort est prévisible ou peut en résulter<sup>43</sup>.

- s'abstenir d'appliquer des mesures thérapeutiques qui n'apportent aucun bénéfice ou qui sont trop contraignantes *de l'avis du patient* (c'est-à-dire le respect des souhaits, des valeurs et des besoins de la personne soignée), ou suspendre ces mesures;
- refuser ou interrompre un traitement de maintien en vie si les *contraintes l'emportent sur les bénéfiques* (proportionnalité du traitement); ou
- recourir aux soins palliatifs et soulager la douleur par des médicaments pouvant comporter un niveau de risque d'*accélération de la venue de la mort* (principe du « double effet »).

En revanche, l'interruption *intentionnelle* de la vie humaine n'est *jamais* autorisée.

Il convient de noter que les auteurs de l'analyse judiciaire canadienne qui a conduit à la décriminalisation de l'AMM dans le Code criminel ont mentionné que « la *prépondérance de la preuve des éthiciens est qu'il n'existe aucune distinction éthique entre la mort assistée par un médecin et d'autres pratiques de fin de vie dont l'issue est très probablement la mort* et ont en outre constaté que *des médecins canadiens qualifiés trouveraient éthique d'aider un patient à mourir si cet acte n'était pas interdit par la loi* »<sup>44</sup>.

Du point de vue catholique, cependant, les distinctions morales et éthiques demeurent parce que l'acte de l'AMM est **intentionnelle et qu'elle va à l'encontre de la vie elle-même**<sup>45</sup>. Comme l'a décrit le Pape Benoît XVI, « [L]a vie est le premier bien reçu de Dieu et est fondamentale pour tous les autres biens; garantir le droit à la vie pour tous et de manière égale pour tous est le devoir dont dépend l'avenir de l'humanité »<sup>46</sup>.

## 2. Justice et bien commun

De même, comme l'acte de l'AMM est accepté ou perçu par beaucoup comme l'acte ultime de compassion et de libération, ceux qui sont attachés aux valeurs chrétiennes (qu'il s'agisse de personnes ou d'institutions) sont appelés, voire mis au défi et obligés, de montrer « une capacité concrète à aimer »<sup>47</sup>. Il ne s'agit pas d'imposer sa volonté à autrui, mais plutôt de se prémunir contre une « mentalité d'efficacité » à l'égard des autres - et la tendance à la marginalisation ou au désengagement<sup>48</sup> - en s'engageant à écouter, à comprendre, à reconforter, à donner un encouragement, un accompagnement et un soutien constants<sup>49</sup>.

Cette relation qui repose sur le soin, la responsabilité, la proximité et le respect révèle « la double dimension de promotion de la vie humaine (*suum cuique tribuere*) et de non-préjudice envers la personne (*alterum non laedere*). »<sup>50</sup>

L'exigeante mission de toute une vie des chrétiens, consistant à s'engager sur la voie de l'amour (*caritas*) dans une perspective de justice, se nourrit et s'inspire du principe de la *charité* qui est la « force dynamique essentielle du vrai développement de chaque personne et de l'humanité tout entière » et le « principe sur lequel se fonde la doctrine sociale de l'Église ». <sup>51</sup>

Comme l'a souligné le pape Benoît XVI :

La justice tout d'abord. Ubi societas, ibi ius : toute société élabore un système propre de justice. La charité dépasse la justice, parce que aimer c'est donner, offrir du « mien » à l'autre ; mais elle n'existe jamais sans la justice qui amène à donner à l'autre ce qui est « sien », c'est-à-dire ce qui lui revient en raison de son être et de son agir. Je ne peux pas « donner » à l'autre du mien, sans lui avoir donné tout d'abord ce qui lui revient selon la justice.

Qui aime les autres avec charité est d'abord juste envers eux. Non seulement la justice n'est pas étrangère à la charité, ... la justice est inséparable de la charité, elle lui est intrinsèque (...) la charité exige la justice : la reconnaissance et le respect des droits légitimes des individus et des peuples.<sup>52</sup>

Le **bien commun** est un deuxième critère régissant l'action morale qui repose sur le principe de la *charité* et qui, comme la *justice*, a été présenté comme un facteur agissant particulièrement « en faveur » du développement de la société :

(...) Aimer quelqu'un, c'est vouloir son bien et mettre tout en œuvre pour cela. À côté du bien individuel, il y a un bien lié à la vie en société : le bien commun. C'est le bien du 'nous-tous', constitué d'individus, de familles et de groupes intermédiaires qui forment une communauté sociale. Ce n'est pas un bien recherché pour lui-même, mais pour les personnes qui font partie de la communauté sociale et qui, en elle seule, peuvent arriver réellement et plus efficacement à leur bien. C'est une exigence de la justice et de la charité que de vouloir le bien commun et de le rechercher.

Cœuvrer en vue du bien commun signifie d'une part, prendre soin et, d'autre part, se servir de l'ensemble des institutions qui structurent juridiquement, civilement, et culturellement la vie sociale qui prend ainsi la forme de la *pólis*, de la cité. On aime d'autant plus efficacement le prochain que l'on travaille davantage en faveur du bien commun qui répond également à ses besoins réels.<sup>53</sup>

La fonction de l'**aide médicale à vivre** consiste à faire progresser la *justice* et le *bien commun* par les moyens suivants :

- définir, fournir, améliorer et/ou faciliter l'accès aux soins et aux soutiens qui favorisent la dignité inhérente, la sécurité et l'égalité fondamentale de toutes les personnes, y compris les personnes atteintes d'une maladie physique ou mentale ou d'un handicap, les personnes âgées, ainsi que les personnes vivant dans la pauvreté, l'itinérance, l'isolement ou le manque de soins et de soutien, afin de leur permettre de vivre dans la dignité, de s'épanouir et de participer pleinement à la société sur un pied d'égalité avec les autres;
- et, conformément à ces paramètres, promouvoir les droits de toutes les personnes, notamment le droit à la vie en toute équité pour tous, en tenant compte des déterminants socioéconomiques de la santé.

### 3. **Accompagnement et solidarité**

L'objectif de l'**aide médicale à vivre** repose donc aussi sur un engagement à l'*accompagnement* en vue de préserver la dignité et l'intégrité inhérentes à la personne humaine en la respectant et en la soutenant dans toutes ses dimensions (physiques, psychologiques, sociales, familiales et spirituelles). Cette démarche s'avère particulièrement précieuse lorsque la personne fait face à des difficultés, notamment en raison de troubles médicaux, de maladies ou de handicaps, et tout particulièrement lorsque la guérison est impossible ou improbable.<sup>54</sup>

L'aide à vivre, en tant qu'engagement à visiter et à côtoyer les personnes qui peuvent éprouver de la souffrance sous ses diverses formes tout en les aidant à porter et à surmonter cette souffrance avec bienveillance, encouragement et compassion, constitue également une dimension essentielle de la *solidarité* en action. Comme l'a souligné le pape François :

(...) il faut donc maintenir comme une évidence absolue le commandement suprême de la proximité responsable, comme cela apparaît clairement dans la page évangélique du Samaritain (cf. Lc 10, 25-37). On pourrait dire que l'impératif catégorique est celui de ne jamais abandonner le malade. L'angoisse de la condition qui nous conduit au seuil de la limite humaine suprême, et les choix difficiles qu'il faut faire, nous exposent à la tentation de nous soustraire à la relation. Mais c'est là le lieu où nous sont demandés amour et proximité, plus que tout autre chose, en reconnaissant la limite qui nous est commune à tous et en nous rendant précisément là, solidaires. Que chacun donne de l'amour de la façon qui lui est propre: comme père ou comme mère, fils ou fille, frère ou sœur, médecin ou infirmière. Mais qu'il le donne! Et si nous savons que nous ne pouvons pas toujours garantir la guérison de la maladie, nous pouvons et nous devons toujours prendre soin de la personne vivante: sans abrégé nous-mêmes sa vie, mais également sans nous acharner inutilement contre sa mort. C'est sur cette ligne que se situe la médecine palliative. Celle-ci revêt une grande importance également sur le plan culturel, en s'engageant à combattre tout ce qui rend la mort plus angoissante et difficile, c'est-à-dire la douleur et la solitude.

Au sein des sociétés démocratiques, des arguments délicats de ce type doivent être affrontés avec calme : de façon sérieuse et réfléchie, et bien disposés à trouver des solutions — notamment normatives — le plus possible partagées. D'un côté, en effet, il faut tenir compte de la diversité des visions du monde, des convictions éthiques et des appartenances religieuses, dans un climat d'écoute et d'accueil réciproque.

De l'autre, l'État ne peut renoncer à protéger tous les sujets concernés, en défendant l'égalité fondamentale selon laquelle chacun est reconnu par le droit comme être humain qui vit avec les autres en société.

Une attention particulière doit être réservée aux plus faibles, qui ne peuvent faire valoir seuls leurs propres intérêts. Si ce noyau de valeurs essentielles à la coexistence disparaît, vient à manquer également la possibilité de s'entendre sur la reconnaissance de l'autre qui est le présupposé de tout dialogue et de la vie elle-même qui y est liée. La législation dans le domaine médical et de la santé exige elle aussi cette ample vision et un regard d'ensemble sur ce qui promeut le plus le bien commun dans les situations concrètes.<sup>55</sup>

Le principe de *solidarité* repose d'emblée sur le caractère sacré de la vie et la dignité inhérente à la personne humaine, en ce sens que la *solidarité* ne mesure pas la valeur d'une vie humaine en fonction de sa qualité, de son efficacité ou de son utilité (ni, par ailleurs, en fonction d'une condition humaine quelconque, telle que la maladie, le handicap, l'âge ou l'imminence de la mort).<sup>56</sup> Lorsque cette conception de la *solidarité* devient le socle de nos relations et qu'elle s'exprime à travers un accompagnement orienté sur la *justice* et le *bien commun*, on assure alors le respect de l'égalité fondamentale et la reconnaissance<sup>57</sup> de la valeur et de la dignité inhérentes à la vie humaine, favorisant ainsi l'épanouissement personnel et la croissance de la communauté.<sup>58</sup>

## Engagement

Compte tenu de ce qui précède, l'Association catholique manitobaine de la santé (ACMS) réaffirme son engagement à l'égard des *soins axés sur le patient, de la personne entière*, qui demeure au centre de ses préoccupations pour être en mesure de cerner les besoins non comblés et la souffrance sous toutes ses formes, d'y remédier et *de soutenir les intérêts des personnes les plus vulnérables, marginalisées et défavorisées de notre société*.

Pour respecter pleinement cet engagement, l'ACMS reconnaît de plus l'importance :

1. de maintenir une distinction claire entre l'AMM dans laquelle le décès est voulu et les soins palliatifs, le refus/le retrait opportun des traitements de maintien des fonctions vitales et d'autres mesures de fin de vie ou des décisions de traitement pour lesquelles le décès est prévisible ou survient, mais involontairement;
2. d'établir un éthos et une culture qui soutiennent et facilitent la dignité intrinsèque des personnes, leur estime de soi et leur liberté morale, leur sécurité et leur accès équitable aux services d'aide, quelle que soit leur origine culturelle, politique ou religieuse<sup>59</sup>; [traduction libre]
3. de fournir la meilleure et la plus haute qualité de soins et de soutien possible, pendant la vie ou à la fin de cette dernière;

4. de préconiser que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux d'adopter des mesures législatives et des politiques fondées sur les droits sociaux, économiques et culturels (y compris le droit à la norme de santé de la plus grande qualité réalisable) afin de promouvoir la justice et le bien commun et de fournir le financement et les ressources nécessaires :
  - a. à l'établissement de soins palliatifs universels et à la prestation des services d'aide connexes pour s'assurer d'une meilleure gestion de la douleur dans tous les contextes, y compris ceux dans lesquels vit notre communauté vieillissante;
  - b. au soutien de toutes les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale, d'itinérance, de pauvreté et de toxicomanie, et du rétablissement individuel dans la communauté (physique, émotionnel, spirituel, psychosocial, psychologique et financier) pour que l'AMM ne soit jamais l'option « par défaut »;
  - c. au maintien en place des personnes vieillissantes (p. ex., amélioration des soins à domicile, du soutien palliatif);
5. d'accroître la sensibilisation à la solitude et à l'isolement, d'élaborer des mesures pour y remédier et d'investir dans ces mesures;
6. de veiller à ce que les soins de santé catholiques deviennent et soient « une présence favorisant la guérison sur le chemin de la vérité et de la réconciliation » et que nous progressions avec honnêteté en ce qui concerne notre histoire et l'impact de nos actions sur l'état de santé des peuples autochtones. En ce faisant, nous reconnaissons les vérités difficiles et nous cherchons à bâtir la confiance et des liens par un auto-examen constant, l'apprentissage, le dialogue et les mesures concrètes nécessaires au redressement des torts du passé et à la création d'un avenir plus équitable<sup>60</sup> [traduction libre];
7. de participer à l'élaboration, au soutien et/ou à la défense d'un cadre de politiques publiques qui affirme et appuie l'AMV.

## Mesures proposées

L'ACMS communiquera à ses partenaires la liste suivante des mesures proposées et discutera avec eux des mesures à entreprendre et de leur priorité, selon leurs commentaires et leur participation.

### 1. Justice sociale

- *accroître la sensibilisation* parmi les membres de l'ACMS et la communauté et amorcer des conversations sur l'aide médicale à vivre (AMV), à la lumière des Principes directeurs de l'inviolabilité de la vie, de la justice et du bien commun, de l'accompagnement et de la solidarité;

- *envisager la possibilité* de créer une coalition qui appuierait les conversations sur l'AMV dans la communauté avec d'autres partenaires;
- *promouvoir et/ou appuyer* l'examen des mesures et des services de soutien en santé mentale existant dans la province afin de cerner les lacunes, les besoins, la mise en œuvre et les possibilités de sensibilisation et de défense des intérêts;
- *surveiller* l'expérience des personnes qui demandent l'AMM, selon ce qui en est dit publiquement, afin de cibler les faiblesses et les lacunes des services nécessaires au soutien des soins de fin de vie et qui pourront servir à orienter l'élaboration de politiques publiques et les efforts nécessaires de défense des intérêts;
- *appuyer* l'évaluation de la stratégie actuelle en matière de soins palliatifs afin de déterminer le besoin et les ressources nécessaires à une prestation accrue de soins palliatifs axés sur la personne, tant à la maison que dans les foyers de soins personnels;
- *examiner* si les ressources financières permettant l'expansion de l'AMV pourraient être augmentées.

## 2. **Éducation et formation**

- *créer et/ou promouvoir* des ateliers et des séminaires sur les sujets suivants :
  - l'état actuel de la législation et l'évolution de la situation concernant l'AMM;
  - la recherche et les initiatives axées sur l'AMV;
  - la fin de vie, les soins palliatifs et la planification anticipée de soins qui explore les aspects spirituels, philosophiques, théologiques et éthiques de la mort et du décès<sup>61</sup>;
- *examiner* s'il faut élaborer de la documentation portant spécifiquement sur la MAV de l'ACMS.

## 3. **Soins spirituels et sensibilisation**

- *appuyer la création* d'un projet pilote pour étudier la solitude et l'isolement dans la communauté et soutenir le rôle des paroisses, des quartiers, des amis, etc.;
- *créer et/ou appuyer la création* d'un projet pilote visant à explorer et à évaluer les traumatismes et les soins qui les prennent en compte dans nos établissements, y compris les unités de soins palliatifs et les foyers de soins personnels;
- *appuyer la création* d'une ressource accessible, de type guichet unique ou de dépôt central qui recense les ressources communautaires et les services d'aide pour l'**aide médicale à vivre** dans la communauté;
- *examiner et évaluer* le rôle des bénévoles qui pourraient appuyer les nouvelles initiatives de soins spirituels et de sensibilisation.

## 4. Éthique des soins de santé

*L'ACMS doit rappeler aux œuvres parrainées la nécessité de mettre à jour les politiques du point de vue de l'AMV et de les réviser/actualiser, au besoin.*

En particulier :

- *examiner les politiques et les protocoles afin de s'assurer de protéger les patients des conflits à l'échelle administrative;*
- *examiner les politiques et les protocoles concernant, entre autres, le refus/retrait des procédures de maintien des fonctions vitales, la décision de ne pas réanimer, le don d'organes après la mort cardiaque, la sédation palliative, les objectifs de soins, les directives médicales anticipées.*

## Notes de fin de document

---

<sup>1</sup> Le parrainage catholique des soins de santé nécessite la promotion et l'assurance de la mission de guérison de Jésus. Les parrains sont responsables de la viabilité continue du ministère des soins de santé, de la promotion de sa mission continue et de l'animation de sa vie. Les parrains agissent publiquement au nom de l'Église catholique romaine et ont été chargés de servir l'Église en guidant et en supervisant un ministère institutionnel particulier de manière officielle et publique.

<sup>2</sup> Catéchisme de l'Église catholique, nn. 1925-1927

<sup>3</sup> Catholic Health Association of the United States, « Social Determinants of Health ». [« CHAUSA »]. En ligne : <https://www.chausa.org/communitybenefit/social-determinants-of-health> (consulté en juin 2023).

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé, « Soins palliatifs » (5 août 2020). En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (consulté en juin 2023).

<sup>5</sup> Canada, Santé Canada, *Cadre sur les soins palliatifs au Canada* (Ottawa : Gouvernement du Canada, 4 décembre 2018) à l'annexe A. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/soins-palliatifs/cadre-soins-palliatifs-canada.html#anna>; Voir aussi Association canadienne des soins palliatifs, « Appel à l'action de l'ACSP et de la SCMSP » (27 novembre 2019) [« ACSP et SCMSP »]. En ligne : <https://www.acsp.net/news/appel-a-laction-de-lacsp-et-de-la-scmsp/> (consulté en juin 2023).

<sup>6</sup> Association canadienne de santé publique, « Les déterminants sociaux de la santé ». En ligne : <https://www.cpha.ca/fr/les-determinants-sociaux-de-la-sante> (consulté en juin 2023); Organisation mondiale de la santé, « Social Determinants of Health ». En ligne : [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1) (consulté en juin 2023); Voir aussi CHAUSA, note 3; voir aussi CDC, note 7.

<sup>7</sup> Centers for Disease Control and Prevention, Social Determinants of Health, Frequently Asked Questions. [CDC] En ligne : <https://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/faq.html> (consulté en juin 2023).

<sup>8</sup> *Code criminel du Canada*, L.R.C. 1985, ch. C-46 [le « Code criminel »]. En ligne : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/page-35.html> (consulté en juin 2023).

<sup>9</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII) [« Carter 2015 »]. En ligne : <https://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/2015/2015csc5/2015csc5.html> (consulté en juin 2023).

---

<sup>10</sup> Projet de loi C-14, *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016, ch. 3. Le projet de loi C-14 a reçu la sanction royale le 17 juin 2016. [« Projet de loi C-14 »]. En ligne : <https://www.parl.ca/documentviewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royal> (consulté en juin 2023); pour les critères d'admissibilité, voir le *Code criminel*, note 9 à l'article 241.2.

<sup>11</sup> Projet de loi C-7, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, L.C. 2021, ch. 2. Le projet de loi C-7 a reçu la sanction royale le 17 mars 2021. [« Projet de loi C-7 »]. En ligne : <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-7/sanction-royal> (consulté le 20 juin 2023); pour une infographie du gouvernement sur le projet de loi C-7, voir Gouvernement du Canada, *Nouvelle loi canadienne en matière d'aide médicale à mourir*. En ligne : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/infograph.html> (consulté en juin 2023).

<sup>12</sup> Pour les différentes mesures de sauvegarde procédurales, voir le *Code criminel*, note 9, paragr. 241.2(3) et (3.1).

<sup>13</sup> « TM-SPMI » signifie « trouble mental comme seul problème médical invoqué ». Bien que l'expression « maladie mentale » soit utilisée dans les dispositions du *Code criminel* relatives à l'AMM, l'expression « trouble mental » est souvent utilisée dans les documents gouvernementaux et les discussions concernant l'AMM. Pour une discussion sur la terminologie, consulter Santé Canada, *Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale* (Ottawa : Santé Canada, mai 2022), pages 6, 8 et 9. En ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/expert-panel-maid-mental-illness/final-report-expert-panel-maid-mental-illness/rapport-final-groupe-experts-amm-maladie-mentale.pdf> (consulté en juin 2023).

<sup>14</sup> Projet de loi C-39, *Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*. Sanctionné le 9 mars 2023. En ligne : <https://www.parl.ca/documentviewer/fr/44-1/projet-loi/C-39/sanction-royal> (consulté en juin 2023).

<sup>15</sup> Selon le gouvernement, le report d'un an doit permettre de « préparer » le système de soins de santé. Voir par exemple la discussion dans les *Débats du Sénat (Hansard)*, (jeudi 9 mars 2023), 1<sup>re</sup> session, 44<sup>e</sup> législature, vol. 153, n<sup>o</sup> 105. En ligne : [https://sencanada.ca/fr/content/sen/chamber/441/debates/105db\\_2023-03-09-f](https://sencanada.ca/fr/content/sen/chamber/441/debates/105db_2023-03-09-f) (consulté en juin 2023). Il convient de noter que la question de savoir si le Parlement créera de nouvelles garanties procédurales statutaires pour l'AMM TM-SPMI n'est pas encore tranchée.

<sup>16</sup> Institut Angus Reid, *Mental Health and MAID : Canadians question looming changes to Canada's assisted-death law* (13 février 2023). En ligne : <https://angusreid.org/assisted-dying-maid-mental-health/> (consulté en juin 2023).

<sup>17</sup> Association des psychiatres du Canada, énoncé de position : *Aide médicale à mourir : mise à jour*. En ligne : <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/2021-CPA-Position-Statement-MAID-Update-FR-web-Final.pdf> (consulté en juin 2023).

<sup>18</sup> Voir par exemple la discussion et les ressources du D<sup>r</sup> Sonu Gaind, professeur à l'Université de Toronto, département de psychiatrie. En ligne : <http://www.drsonugaind.com/maid> (consulté en juin 2023).

<sup>19</sup> Projet de loi 11, *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives* (7 juin 2023). Chapitre du volume annuel des Lois du Québec, 2023, ch. 15. En ligne : <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-11-43-1.html> (consulté en juin 2023); voir aussi l'Association canadienne pour la santé mentale, *Déclaration sur les modifications à venir à la loi canadienne sur l'aide médicale à mourir (AMM)* (14 octobre 2022). En ligne : <https://cmha.ca/fr/brochure/declaration-sur-les-modifications-a-venir-a-la-loi-canadienne-sur-laide-medicale-a-mourir-amm-2/> (consulté en juin 2023).

<sup>20</sup> Selon la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec, une maison de soins palliatifs s'entend d'un « organisme communautaire titulaire d'un agrément délivré par le ministre en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et ayant conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de cette loi avec un établissement en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes qui utilisent ses services ».

<sup>21</sup> Pour une discussion d'ouverture sur les enjeux relatifs à l'obtention de l'AMM pour les maladies mentales, voir le documentaire, *The Fifth Estate*, « Is it too easy to die in Canada? Surprising approvals for medically assisted death » (19 janvier 2023) [« The Fifth Estate »]. En ligne : <https://youtu.be/plinQAHZRvk?t=2176> (consulté le 20 juin 2023); pour un exemple de plaidoyer fondé sur les droits en faveur de l'AMM MM-SPMI, voir Mona Gupta, « Canadians shouldn't be excluded from requesting MAID just because they have a mental disorder », *Macleans* (4 mai 2023) [« Gupta »]. En ligne : <https://macleans.ca/society/health/medical-assistance-in-dying/> (consulté en juin 2023).

---

<sup>22</sup> Voir par exemple l'entretien avec le ministre David Lametti dans The Fifth Estate, note 22.

<sup>23</sup> *Code criminel*, note 9, paragr. 227(1)-(5).

<sup>24</sup> *Code criminel*, note 9, paragr. 241(2)-(7).

<sup>25</sup> *Code criminel*, note 9, paragr. 245(2)-(3).

<sup>26</sup> *Murray-Hall c. Québec (Procureur général)* 2023 CSC 10, paragr. 97 et 99. À noter toutefois que le Québec a également adopté sa propre loi provinciale sur l'aide à mourir avant les modifications du *Code criminel* du gouvernement fédéral qui autorisent l'AMM. Voir la *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, ch. S-32.0001, en vigueur au Québec depuis le 10 décembre 2015. [« Murray-Hall »]. En ligne : <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-s-32.0001/derniere/rlrq-c-s-32.0001.html>

<sup>27</sup> Voir Santé Canada, *Troisième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir* au Canada, Ottawa, Santé Canada, 9 janvier 2023). En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medecale-mourir-2021.html> (consulté en juin 2023).

<sup>28</sup> Voir CBC News, « Mother says doctor brought up assisted suicide option as sick daughter was within earshot » (24 juillet 2017). En ligne : <https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/doctor-suggested-assisted-suicide-daughter-mother-elson-1.4218669> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi CTV News, « Chronically ill man releases audio of hospital staff offering assisted death » (2 août 2018). En ligne : <https://www.ctvnews.ca/health/chronically-ill-man-releases-audio-of-hospital-staff-offering-assisted-death-1.4038841> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Anciens Combattants Canada, *Report into allegations of inappropriate conversations with Veterans about Medical Assistance in Dying (MAiD)* (mars 2023). En ligne : <https://duyxryp8txy49.cloudfront.net/pdf/about-vac/publications-reports/reports/maid-investigative-report.pdf> (consulté en juin 2023).

<sup>29</sup> Voir, par exemple, The Fifth Estate, note 22; voir aussi, par exemple : Hannah Alberga, « Toronto woman facing financial loss of long COVID begins process for medically assisted death », CTV News (11 juillet 2022). En ligne : <https://www.cp24.com/news/toronto-woman-facing-financial-loss-of-long-covid-begins-process-for-medically-assisted-death-1.5982576?cache=juzexmjvqh> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Avis Favaro, « Woman with chemical sensitivities chose medically-assisted death after failed bid to get better housing », CTV News (24 août 2022). En ligne : <https://www.ctvnews.ca/health/woman-with-chemical-sensitivities-chose-medically-assisted-death-after-failed-bid-to-get-better-housing-1.5860579> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Brennan Leffler et Marianne Dimain, « How poverty, not pain, is driving Canadians with disabilities to consider medically-assisted death », Global News (8 octobre 2022). En ligne : <https://globalnews.ca/news/9176485/poverty-canadians-disabilities-medically-assisted-death/> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Janine LeGal, « Battle with ALS brought overwhelming struggle for supports », *Winnipeg Free Press* (12 novembre 2022). En ligne : <https://www.winnipegfreepress.com/breakingnews/2022/11/12/battle-with-als-brought-overwhelming-struggle-for-supports> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Hannah Alberga, « Toronto woman in final stages of MAiD application after nearly a decade-long search for housing », CTV News (15 novembre 2022). En ligne : <https://toronto.ctvnews.ca/toronto-woman-in-final-stages-of-maid-application-after-nearly-a-decade-long-search-for-housing-1.6145487> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Cynthia Mulligan et Meredith Bond, « Ontario man not considering medically-assisted death anymore after outpouring of support », City News (16 novembre 2022). En ligne : <https://toronto.citynews.ca/2022/11/16/ontario-medically-assisted-death-support/> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Andrew Phillips, « We're all implicated in Michael Fraser's decision to die », *Toronto Star* (18 novembre 2022). En ligne : <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2022/11/18/were-all-implicated-in-michael-frasers-decision-to-die.html> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi Brooke Kruger, « Regina resident applied for medically assisted death after consistent surgical delays », GlobalNews (30 novembre 2022). En ligne : <https://globalnews.ca/news/9315789/regina-resident-medical-assistance-in-dying-surgical-delay/> (consulté en juin 2023); voir aussi Ruth Farquhar, « Farquhar : Are the disabled choosing medically assisted death to escape poverty? », *Sudbury Star* (21 novembre 2022). En ligne : <https://www.thesudburystar.com/opinion/columnists/farquhar-are-the-disabled-choosing-medically-assisted-death-to-escape-poverty> (consulté en juin 2023).

---

<sup>30</sup> Voir par exemple CBC, « As Bill C-7 reaches Senate, UN watchdog raises concerns about MAiD for persons with disabilities ». En ligne : <https://www.cbc.ca/radio/asithappens/as-it-happens-monday-edition-1.5896324/as-bill-c-7-reaches-senate-un-watchdog-raises-concerns-about-maid-for-persons-with-disabilities-1.5897749> (consulté en juin 2023); voir aussi la discussion dans Nations Unies, *Disability is not a reason to sanction medically assisted dying* (25 janvier 2021). En ligne : <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/01/disability-not-reason-sanction-medically-assisted-dying-un-experts?LangID=E&NewsID=26687> (consulté le 20 juin 2023); voir aussi la discussion dans Joan Bryden, « UN experts alarmed by trend toward assisted dying » CTV News (27 janvier 2021). En ligne : <https://www.ctvnews.ca/health/un-experts-alarmed-by-trend-toward-assisted-dying-for-non-terminal-conditions-1.5283804> (consulté en juin 2023).

<sup>31</sup> Un débat préliminaire sur les préoccupations relatives à la mise en œuvre de l'AMD du point de vue des droits des personnes handicapées figure dans Catalina Devandas-Aguilar, *Visite au Canada - Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées*, Nations Unies, Référence : A/HRC/43/41/Add.2 (19 décembre 2019). [Rapport de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies]. En ligne : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/348/81/PDF/G1934881.pdf?OpenElement> (consulté en juin 2023); Voir également la lettre conjointe publiée par la Rapporteuse spéciale des Nations unies sur les droits des personnes handicapées, l'Experte indépendante sur les droits des personnes âgées et le Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, Nations unies, Doc Référence : OL CAN 2/2021 (3 février 2021), [« Lettre conjointe des Nations unies »]. En ligne : <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gld=26002> (consulté en juin 2023).

<sup>32</sup> Voir la lettre conjointe des Nations unies, note 32; voir également le Rapport de la Rapporteuse spéciale des Nations unies, note 32.

<sup>33</sup> Commission canadienne des droits de la personne, « L'aide médicale à mourir ne peut être la réponse à l'inégalité sociale » (10 mai 2022). C'est nous qui soulignons. En ligne : <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fr/ressources/laide-medicale-a-mourir-ne-peut-etre-la-reponse-a-linegalite-sociale> (consulté en juin 2023).

<sup>34</sup> Voir, par exemple le rapport final du Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir (30 novembre 2015), page 20. En ligne : [https://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2015/docs/eagreport\\_20151214\\_en.pdf](https://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_en.pdf) (consulté en juin 2023); Voir également *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2012 BCSC 886 au paragraphe 1274; Voir aussi, par exemple, J. Downie et U. Schuklenk, « Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates : lessons from Canada » (2021) Vol. 47(10) *Journal of Medical Ethics* 662-669 et comparer avec : Tom Koch, « MAiD's slippery slope : a commentary on Downie and Schuklenk » (2021) Vol. 47(10) *Journal of Medical Ethics*, 670-671. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/354182127\\_MAID%27s\\_slippery\\_slope\\_a\\_commentary\\_on\\_Downie\\_and\\_Schuklenk](https://www.researchgate.net/publication/354182127_MAID%27s_slippery_slope_a_commentary_on_Downie_and_Schuklenk) (consulté en juin 2023); Voir également M. Gupta, note 22.

<sup>35</sup> Kayla Wiebe et Amy Mullin (2023) « Choosing death in unjust conditions: hope, autonomy and harm reduction », *Journal of Medical Ethics* (publié en ligne pour la première fois le 26 avril 2023). Résumé en ligne : <https://jme.bmj.com/content/early/2023/04/25/jme-2022-108871> (consulté en juin 2023).

<sup>36</sup> Voir les commentaires de la Cour suprême du Canada dans une affaire de droit pénal sans rapport avec l'AMM, *Murray-Hall*, note 24 au paragraphe 54.

<sup>37</sup> Comparativement à la situation dans d'autres juridictions qui autorisent la mort assistée, comme certains États américains où la loi sur l'aide médicale à mourir exige que le médecin conseille/recommande au patient d'informer sa famille/son plus proche parent de sa demande à se faire administrer une médication mortelle. Voir par exemple : Loi révisée de l'Oregon: Loi de l'Oregon sur la mort dans la dignité, chapitre 127, 127.835, section 3.05; Voir également le code révisé de l'État de Washington, titre 70, chapitre 70.245, section 70.245.080; Voir également le code californien de la santé et de la sécurité, division 1, partie 1.85 End of Life Option Act (loi sur les options de fin de vie), section 443.5(5)(C).

<sup>38</sup> Voir par exemple : CBC Radio, « This family learned loved one had medically assisted death only after she was gone » (Cette famille a appris que l'un de ses proches avait bénéficié d'une assistance médicale à la mort seulement après son décès); (12 mars 2022). En ligne : <https://www.cbc.ca/radio/whitecoat/this-family-learned-loved-one-had-medically-assisted-death-only-after-she-was-gone-1.6380470> (consulté en juin 2023); Voir également Erin Anderssen, « A complicated grief: Living in the aftermath of a family member's death by MAiD » *The Globe and Mail* (18 janvier 2023) En ligne : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-maid-death-family-members-privacy/> (consulté en juin 2023).

---

<sup>39</sup> Voir par exemple la discussion dans Claire Middleton, « Organ donation after MAiD: it's not that simple » CMAJ23 septembre 2019191(38). En ligne : <https://www.cmaj.ca/content/191/38/E1062> (consulté en juin 2023); Voir également la discussion dans Madeline Li, « I am a MAiD provider. It's the most meaningful-and maddening-work I do. Here's why » (Je suis un prestataire de services d'AMM. C'est le travail le plus important - et le plus exaspérant - que je puisse faire. Voici pourquoi). Macleans (13 février 2023). En ligne : <https://macleans.ca/society/i-am-a-maid-provider-its-the-most-meaningful-and-maddening-work-i-do-heres-why/> (consulté en juin 2023). Il convient de noter que si l'auteur de ce dernier article est un fournisseur de service d'AMM, l'ajout de cette référence par CHAM ne doit en aucun cas être considéré comme une approbation de l'AMM. Cependant, la réflexion de l'auteur est pertinente pour cette discussion et CHAM est d'accord avec plusieurs aspects du commentaire de l'auteur, notamment en ce qui concerne la mort qui n'est pas une solution à la souffrance sociétale et le manque de garanties, par exemple.

<sup>40</sup> Voir Sharon Kirkey, « Canada's expanding MAiD program leading to a crisis in supply of 'willing' doctors » National Post (27 octobre 2022) ; Voir aussi par exemple Marie E. Nicolini, EJ Jardas, Carlos A. Zarate Jr, Chris Gastmans, et Scott Y. H. Kim, « Irremediability in psychiatric euthanasia : examining the objective standard » (2022) Psychological Medicine 1-19. En ligne : <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/irremediability-in-psychiatric-euthanasia-examining-the-objective-standard/39CF3F03E81053EA152C63F332478CB4> (consulté en juin 2023); Voir également Marie E. Nicolini, Scott Y. H. Kim, Madison E. Churchill et Chris Gastmans, « Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons » (2020) Vol. 50(8) Psychological Medicine 1241-1256. En ligne : <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/should-euthanasia-and-assisted-suicide-for-psychiatric-disorders-be-permitted-a-systematic-review-of-reasons/77AAA43479E5FB1624A1CA7990FABB10> (consulté en juin 2023).

<sup>41</sup> Pour une amorce de débat, voir *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*, Agence de la santé publique du Canada (octobre 2020). En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html> (consulté en juin 2023); Une discussion non liée à la Covid sur les types de maltraitance et de négligence à l'égard des personnes âgées survenus dans les foyers de soins figure dans le rapport du Vérificateur général, Enquête sur l'Office de protection des personnes recevant des soins Office : Rapport de l'enquête indépendante (juillet 2023). En ligne : <https://www.oag.mb.ca/fr/rapports-daudit/rapport/enquete-sur-loffice-de-protection-des-personnes-recevant-des-soins/> (consulté en juillet 2023).

<sup>42</sup> Voir par exemple : Aaron J. Trachtenberget Braden Manns, « Cost analysis of medical assistance in dying in Canada » (23 janvier 2017) Vol. 189(3) CMAJE101-E105. En ligne : <https://www.cmaj.ca/content/189/3/E101> (consulté en juin 2023) ; Bureau du directeur parlementaire du budget, *Estimation des coûts du projet de loi C-7 (aide médicale à mourir)* (20 octobre 2020). En ligne : [https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/RP-2021-025-M/RP-2021-025-M\\_fr.pdf](https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/RP-2021-025-M/RP-2021-025-M_fr.pdf) (dernier accès en juin 2023).

<sup>43</sup> Pape François, *Message du Pape François aux participants à la rencontre régionale européenne de la World Medical Association sur les questions concernant la fin de vie* (7 novembre 2017). [Message du Pape François]. En ligne : [https://www.vatican.va/content/francesco/fr/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco\\_20171107\\_messaggio-monspaglia.html](https://www.vatican.va/content/francesco/fr/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_20171107_messaggio-monspaglia.html) (consulté en juin 2023); Voir également la Congrégation pour la doctrine de la foi, Lettre, *Samaritanus Bonus, sur les soins des personnes en phases critiques et terminales de la vie* (14 juillet 2020). [Samaritanus Bonus]. En ligne : [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20200714\\_samaritanus-bonus\\_fr.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_fr.html) (consulté en juin 2023); Voir également Alliance catholique canadienne de la santé, *Health Ethics Guide*, 3<sup>rd</sup> ed. (2012) à la page 66 (en anglais). En ligne : [https://www.chac.ca/documents/422/Health\\_Ethics\\_Guide\\_2013.pdf](https://www.chac.ca/documents/422/Health_Ethics_Guide_2013.pdf) (consulté en juin 2023).

<sup>44</sup> Voir Carter 2015, note 10, paragraphe 23.

---

<sup>45</sup> Voir par exemple : Concile Vatican II, *Gaudium et Spes, Constitution pastorale sur l'Église dans le monde de ce temps* (7 décembre 1965) au n° 27. En ligne : [https://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/vat-ii\\_const\\_19651207\\_gaudium-et-spes\\_fr.html](https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_fr.html) (consulté en juin 2023); Lettre encyclique *Evangelium Vitae (L'Évangile de la vie) du souverain pontife Jean-Paul II aux évêques, aux presbytères et aux diacres, aux religieux et aux religieuses, aux fidèles laïcs et à toutes les personnes de bonne volonté sur la valeur et l'inviolabilité de la vie humaine* (25 mars 1995) au n° 3. En ligne : [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/fr/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/fr/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html) (consulté en juin 2023); *Samaritanus Bonus* note 44 à V.1.

<sup>46</sup> Pape Benoît XVI, discours de l'Académie pour la vie, note 4. C'est nous qui soulignons.

<sup>47</sup> *Discours du Pape Benoît XVI aux participants à la 22e Conférence internationale du Conseil pontifical pour la pastorale des services de la santé* (17 novembre 2007). [Le discours du Pape Benoît XVI sur la pastorale des services de la santé]. C'est nous qui soulignons. En ligne : [https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/fr/speeches/2007/november/documents/hf\\_ben-xvi\\_spe\\_20071117\\_xxii-operatori-sanitari.html](https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/fr/speeches/2007/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20071117_xxii-operatori-sanitari.html) (consulté en juin 2023).

<sup>48</sup> Discours du Pape Benoît XVI sur la pastorale des services de la santé, note 48.

<sup>49</sup> Discours du Pape Benoît XVI sur la pastorale des services de la santé, note 48.

<sup>50</sup> *Samaritanus Bonus*, note 44 sous I. Soulignement ajouté.

<sup>51</sup> Pape Benoît XVI, Lettre encyclique, *Caritas in Veritate (L'amour dans la vérité)*, (29 juin 2009) n°s 1 et 6. [*Caritas in Veritate*]. En ligne : [https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/fr/encyclicals/documents/hf\\_ben-xvi\\_enc\\_20090629\\_caritas-in-veritate.html](https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/fr/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate.html) (accès en juin 2023).

<sup>52</sup> *Caritas in Veritate*, note 52, n° 6. Soulignement ajouté.

<sup>53</sup> *Caritas in Veritate*, note 52, n° 7. Soulignement ajouté.

<sup>54</sup> Discours du pape Benoît XVI pour la pastorale des services de la santé, note 48; Voir aussi *Samaritanus Bonus*, note 44 sous III et V.4

<sup>55</sup> Message du pape François, note 44. Soulignement ajouté; voir aussi en général *Samaritanus Bonus*, note 44; voir aussi Matthieu 25:35-40.

<sup>56</sup> Jos V. M. Welie, William F. Sullivan et John Heng, « La valeur des soins palliatifs : Lignes directrices à l'intention des établissements de soins de santé et des fournisseurs de soins individuels confrontés à des lois permissives sur l'aide médicale en matière de suicide et d'euthanasie » (Hiver 2016) Vol. 3 *The National Catholic Bioethics Quarterly* sous 657-658. [« IACB »]. En ligne :

[https://www.cham.mb.ca/media/Documents/Value-of-Palliative-Care\\_2015.pdf](https://www.cham.mb.ca/media/Documents/Value-of-Palliative-Care_2015.pdf) (accès en juin 2023).

<sup>57</sup> Voir de manière générale *Samaritanus Bonus*, note 44.

<sup>58</sup> Voir IACB, note 57.

<sup>59</sup> Voir IACB, note 57 à la page 658.

<sup>60</sup> Alliance catholique canadienne de la santé, *Déclaration pour la Journée nationale de la vérité et de la réconciliation* (30 septembre 2022). En ligne : [https://www.chac.ca/documents/736/CHAC\\_Statement\\_for\\_National\\_Day\\_for\\_Truth\\_and\\_Reconciliation\\_2022.pdf](https://www.chac.ca/documents/736/CHAC_Statement_for_National_Day_for_Truth_and_Reconciliation_2022.pdf) (consulté en juin 2023).

<sup>61</sup> En ce qui concerne les soins palliatifs, voir par exemple l'initiative de la Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC), CECC, « [Horizons d'espérance](https://www.cecc.ca/foi-et-questions-morales/souffrance-et-fin-de-vie/horizons-desperance-une-trousse-doutils-pour-les-paroisses-catholiques-sur-les-soins-palliatifs/) : Une trousse d'outils pour les paroisses catholiques sur les soins palliatifs ». En ligne : <https://www.cecc.ca/foi-et-questions-morales/souffrance-et-fin-de-vie/horizons-desperance-une-trousse-doutils-pour-les-paroisses-catholiques-sur-les-soins-palliatifs/> (consulté en juin 2023).