

**Restreindre la liberté de mourir avec une assistance médicale ?  
Observations du contexte canadien**

**Thomas McMorrow**

**L'unité de recherche Sciences Philosophie Humanités  
Université Bordeaux Montaigne**

**25/04/2023**

**18h à 19H30**

Je suis reconnaissant d'être ici. Je vous remercie pour l'opportunité de partager mes recherches et d'entendre vos questions et commentaires.

En tant que chercheur sociojuridique, je m'intéresse à la relation entre le droit et la société au sens large. Plus précisément, je m'intéresse à la connexion entre la normativité juridique et la conduite éthique quant aux situations de fin de vie.

C'est une relation complexe, contestée et changeante qui façonne et reflète des forces culturelles, politiques et économiques plus larges.

Comme l'indique le titre, je parle ce soir de la liberté de mourir grâce à l'aide active d'un professionnel de santé.

C'est ce qu'on appelle au Canada « l'aide médicale à mourir ». Un médecin ou un infirmier praticien administre, prescrit ou fournit à une personne affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort. Alors cela englobe le suicide assisté aussi bien que l'euthanasie volontaire.

Bien que l'aide active à mourir soit interdit en France, ça fait peu près sept ans qu'elle existe au Canada.

Quand il s'agit de réformer la loi, une question importante est si un patient a la liberté de demander l'aide médicale à mourir, comment et pourquoi son droit de la recevoir devrait-il être restreinte?

Dans ce qui suit, j'essaie de faire la lumière sur la loi canadienne pour montrer comment elle répond à cette question.

Je voudrais expliquer aussi comment la relation entre le cadre juridique et le cadre éthique dominants au sein du discours officiel canadien se renforce mutuellement.

Je le ferai en examinant le débat actuel au Canada sur l'élargissement des conditions d'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes qui demandent à bénéficier de l'aide médicale à mourir à la suite d'une perte de capacité légale via une directive anticipée.

Je montre pourquoi quand formulée uniquement comme une question de droit individuel d'accès, la logique d'un tel élargissement semble irrésistible. Je montre comment cette logique a tendance à procéder en écartant certaines considérations éthiques contraires.

Je commence par un bref résumé du cadre juridique canadien et de la décision constitutionnelle historique dont il découle.

Ensuite, j'expose quelques tensions que révèle l'histoire de la légalisation de l'aide médicale à mourir au Canada, tensions qui persistent car c'est une histoire encore en devenir.

Finalement, je m'adresse à la question de l'octroi de l'assistance médicale à mourir aux personnes qui demandent à bénéficier de l'assistance médicale via une directive anticipée. Donner la mort aux personnes inaptes qui ne se souviennent plus de leur demande préalable et qui n'expriment pas le souhait de mourir actuellement donnent lieu aux objections éthiques profondes. Une réforme législative qui insiste sur la force exécutoire des directives anticipées d'aide médicale à mourir banalise ces objections.

Qu'est-ce qu'il faut faire ? Restreindre la liberté de mourir avec une assistance médicale aux personnes qui donnent un consentement éclairé contemporain ? C'est ce que disait la loi lorsque la pratique a été légalisée pour la première fois mais le consentement éclairé contemporain n'est plus une condition d'admissibilité stricte. J'expliquerai plus tard. En effet, le train a déjà quitté la gare. J'espère discuter de certaines orientations possibles pour une réforme juridique dans ce domaine et entendre vos réflexions.

## **I. Le cadre juridique canadien**

En général, selon le Code criminel du Canada, quiconque aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort commet un acte criminel ; par ailleurs, nul ne peut consentir à ce que la mort lui soit infligée. Ces dispositions interdisent respectivement le suicide assisté et l'euthanasie volontaire.

Cependant, depuis la loi de 2016 modifiant le Code criminel, à la suite d'une décision de la Cour suprême en 2015, l'aide médicale à mourir a été dépénalisée au Canada.

Dans l'affaire *Carter*, Gloria Taylor, une femme souffrante de sclérose latérale amyotrophique cherchait l'aide d'un médecin pour mourir. De l'avis de la Cour, en érigeant une telle assistance en infraction, la loi lui imposait un « choix cruel » : soit mettre fin à ses jours prématurément, fort probablement par des moyens violents ou dangereux, soit souffrir jusqu'à ce qu'elle meure de causes naturelles.

En constatant une grave violation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garanti par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et des libertés*, la Cour a affirmé aussi « qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs. »

Dans son jugement unanime, la Cour fait référence au fait « que les pratiques utilisées actuellement en fin de vie en l'absence de toute réglementation au Canada — notamment l'administration d'une sédation palliative et l'arrêt ou le retrait d'un traitement vital ou de maintien de la vie — peuvent avoir pour effet de précipiter la mort, et qu'il existe un fort consensus dans la société sur le caractère acceptable de telles pratiques sur le plan éthique. » De plus, la Cour cite la juge de première instance lorsqu'elle note que selon la « prépondérance de la preuve émanant d'éthiciens, il n'y a aucune distinction sur le plan éthique entre l'aide médicale à mourir et les autres pratiques utilisées en fin de vie dont l'issue est selon toute vraisemblance la mort ».

En outre, en ce qui concerne les risques « que des personnes n'ayant pas un désir rationnel et réfléchi de mourir trouvent en fait la mort » , la Cour a conclu que :

D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont parle le Canada font déjà partie intégrante de notre régime médical.

Par conséquent, la Cour a déclaré la prohibition nulle dans la mesure où elle prive de cette aide :

- **un adulte capable**
- **qui consent clairement** à mettre fin à ses jours
- qui est **affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables**
- lui causant **des souffrances persistantes qui lui sont intolérables**

Selon le préambule de la loi subséquente, celle de 2016 qui a modifié le Code criminel, le parlement a estimé que « le fait de permettre l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes capables **dont la mort est raisonnablement prévisible** établit l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société. »

Donc la loi a précisé qu'il faut que « sa mort naturelle [soit] devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie. »

Cette condition (qui je discuterai plus tard ne s'applique plus) était propre au régime canadien. En comparaison avec les pays BENELUX, il était plus restrictif. Au Pays-Bas, une maladie insupportable suffit. Il n'a pas à faire avancer votre trajectoire vers une mort naturelle. Toutefois, en comparaison avec les États américains qui autorise le suicide assisté uniquement si le patient au pronostic de six mois, la condition canadienne était moins restrictive.

Cependant, trois ans plus tard, un tribunal québécois a déclaré inconstitutionnel le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible de la loi fédérale. La décision est sortie des affaires de Nicole Gladu et de Jean Truchon, deux personnes souffrantes d'une manière intolérable « de problèmes de santé graves et irrémédiables », mais à qui l'assistance médicale à mourir a été refusée au Québec.

Les gouvernements fédéral et provincial ont annoncé qu'ils n'interjetteraient pas appel de la décision qui était rendue lors de la campagne électorale fédérale de 2019.

Madame la juge Baudouin de la Cour supérieure a condamné l'exigence en question qui assure que « la souffrance cède le pas au lien temporel avec la mort.»

Elle a conclu :

La pleine autonomie des personnes placées dans la même situation que M. Truchon doit pouvoir s'exercer non seulement en fin de vie, mais aussi à tout moment au cours de leur vie et ce, même si cela signifie la mort, lorsque les autres conditions d'admissibilité à l'aide médicale à mourir sont satisfaites

En réponse, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-7 en 2021. Une personne dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible est admissible mais pour le moment, « la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap. » Selon la loi, cette exemption aurait dû expirer deux ans plus tard ; c'est-à-dire en mars 2023.

Toutefois, face aux objections, entre autres, des certains psychiatres, le ministre de la justice a dit qu'il prolongerait cette exemption, temporairement.

Ce n'est pas parce que l'intensité ou la durée de la souffrance du patient est moindre que cela justifie de refuser l'assistance médicale aux patients qui préfèrent mourir plutôt que d'endurer les ravages de leur maladie mentale ou les fardeaux sociaux, économiques et émotionnels souvent entremêlés. C'est plutôt parce que l'introduction de l'aide médicale à mourir - une intervention ponctuelle aux conséquences irréversibles - comme option de traitement pour les patients atteints de maladie mentale présente une plus grande rupture dans la pratique établie en santé mentale que dans le contexte des soins palliatifs. Là, le refus et l'arrêt délibérés des soins médicaux permettent déjà à la mort de suivre son cours naturel.

Tandis que la Cour suprême dans *Carter* a rejeté la distinction entre l'aide médicale à mourir et les autres décisions à la fin de la vie qui entraînent la mort, c'était dans le cas de Madame Taylor, une personne atteinte d'une maladie neuro-dégénérative fatale. Cependant certains

considèrent l'exclusion des personnes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué comme discriminatoire et injustifiable. Ils préconisent que l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes qui souffrent intolérablement d'une maladie incurable, c'est leur droit.

D'autres expriment de sérieuses inquiétudes quant à la normalisation de l'aide médicale à mourir en tant que forme de traitement - en particulier parce que l'aide médicale à mourir demandera toujours moins de temps et de ressources que les autres traitements médicaux ou les soutiens sociaux qui aident à soulager la souffrance.

Ceci dit, si l'on peut et l'on doit répondre déjà au cas par cas aux questions de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité de chaque patient qui demande l'aide médicale à mourir, l'exclusion apparaît moins justifiée. Étant donné le fait que, à l'heure actuelle, les personnes atteintes d'un trouble mental peuvent être admissibles s'elles étaient également atteintes d'une autre maladie ou d'un handicap et répondent aux autres critères, l'exclusion n'est pas si cohérente non plus.

Depuis la réforme la plus récente à la suite de l'affaire *Truchon*, la mort naturelle raisonnable prévisible n'est pas nécessaire. Ainsi, une personne qui souffre de dépression en plus de douleurs chroniques ou de diabète, par exemple, et qui répond aux autres critères, serait admissible.

## **II. Les tensions incommensurables**

L'histoire récente de l'aide médicale à mourir est souvent racontée comme la victoire de la compassion sur la cruauté, de l'autonomie personnelle sur le contrôle étatique. « Oui », à la liberté de choix. « Non » au paternalisme.

Au préalable, il fallait démontrer que l'aide médicale à mourir pouvait se justifier, malgré son interdiction pénale. Maintenant, le fardeau de justification s'est déplacé vers ceux qui soutiennent l'interdiction de recevoir l'aide médicale à mourir aux mineurs matures, ceux qui ont

perdu leur capacité à consentir mais ont fait une demande préalable et ceux dont l'état médical est strictement psychiatrique.

En effet, la position par défaut a changé.

Les partisans les plus passionnés du débat sur l'euthanasie volontaire et le suicide assisté le savaient depuis toujours.

C'est l'idée de soutenir activement le désir de mourir d'une personne, plutôt que de l'aider à développer un désir de vivre, qui choque les opposants à la légalisation.

En revanche, c'est l'idée de mettre en échec le choix d'une personne de mourir, plutôt que de le respecter comme expression de sa volonté de vivre, qui choque ceux qui dénoncent la prohibition.

Les opposants à la légalisation s'inquiètent pour ceux qui auraient pu trouver un soulagement à leurs souffrances dans la vie plutôt que dans la mort. Les partisans s'inquiètent pour ceux qui sont obligés de vivre une vie de souffrance, de laquelle seule la mort peut les libérer.

Or, des positions divergentes sur la définition des critères d'admissibilité reflètent ces deux orientations.

Du premier point de vue, l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible est une garantie importante pour les personnes vulnérables. De ce dernier point de vue, c'est un obstacle insensible à leur accès.

Chaque partie doit accepter que sa position exige qu'un prix soit payé.

Le coût le plus évident est celui supporté par ceux qui se voient refuser une mort médicalement assistée. Ceux qui la reçoivent ne la regrettent jamais. De toute façon, ils ne pourront jamais nous dire s'ils regrettent.

Mais cela ne signifie pas que la décision individuelle de mourir, marquée par des expériences d'isolement social et de privation économique, par exemple, ne peut pas être profondément regrettable au niveau sociétal.

Au Canada, où la loi ne nie plus le choix de mourir comme elle le faisait autrefois, la question urgente est de savoir comment s'assurer que chacun bénéficie de la même qualité de choix. Certes, cela dépend de l'accès.

Toutefois il ne s'agit pas seulement de l'accès à l'aide médicale à mourir. L'accès aux soutiens sociaux et économiques, aux soins de santé, y compris les soins de santé mentale, est également vital.

Une étude de l'Ontario et de l'Alberta, qui représentent ensemble plus de la moitié de la population du pays, a révélé que les soins palliatifs financés par l'État n'étaient pas disponibles pour plus de 80 % des patients. D'autres recherches montrent qu'un canadien en situation de handicap sur quatre vit dans la pauvreté. Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, seulement la moitié des Canadiens qui vivent un épisode dépressif majeur reçoivent des « soins potentiellement adéquats ».

Une étude de 2020 sur tous les décès liés à l'assistance médicale à mourir en Ontario entre le 7 juin 2016 et le 31 octobre 2018 a révélé que « les bénéficiaires de l'assistance médicale à mourir étaient plus jeunes, avaient un revenu plus élevé, étaient nettement moins susceptibles de résider dans un établissement et étaient plus susceptibles d'être mariés que les personnes décédées de la population générale, ce qui suggère que l'assistance médicale est peu susceptible d'être motivée par la vulnérabilité sociale ou économique ».

Néanmoins, il est trop tôt pour tirer des conclusions définitives à partir de données aussi limitées. On ne sait pas dans combien des cas, la pauvreté, la discrimination, l'isolement social et les soins inadéquats contribuent à la souffrance qui donne lieu à la demande de l'assistance médicale à mourir.

Une étude publiée au printemps 2022, a interrogé 20 fournisseurs d'aide médicale à mourir sur leur expérience lors de l'évaluation de patients

ayant des besoins non satisfaits, y compris des besoins médicaux, financiers ou sociaux. Ensemble, ils avaient l'expérience de plus de 3700 évaluations et ont constaté que les besoins non satisfaits étaient rares. Dans les cas où les patients avaient des besoins non satisfaits, ceux-ci étaient généralement liés à la solitude et à la pauvreté. Notamment, les données de l'étude ont été recueillies avant et peu après la modification de la loi en 2021.

Les critères d'éligibilité ont également été élargis donc il est probable que le nombre augmente. Chaque année, les chiffres s'accroissent. 10 064 cas d'aide médicale à mourir en 2021 représente un taux de croissance de 32,4 % par rapport à 2020. De même, en 2020, 7 595 cas d'aide médicale à mourir représente un taux de croissance de 34,2 % par rapport à 2019.

Selon le plus récent rapport annuel du Gouvernement du Canada (celui du 2021 l'année au cours de laquelle la dernière modification législative a été apportée)..

« La souffrance physique ou psychologique intolérable la plus souvent citée par les personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir en 2021 était la perte de la capacité à participer à des activités significatives (86,3 %), suivie de près par la perte de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne (83,4 %). »

« L'âge moyen au moment où l'aide médicale à mourir a été administrée en 2021 était de 76,3 ans. »

« Le cancer (65,6 %) est l'affection médicale sous-jacente la plus souvent citée dans la majorité des cas d'aide médicale à mourir au cours de l'année 2021, soit une légère baisse par rapport à l'année 2020 (69,1 %). Viennent ensuite les troubles cardiovasculaires (18,7 %), les maladies respiratoires chroniques (12,4 %) et les troubles neurologiques (12,4 %). »

« En 2021, 2,2 % du nombre total de personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir (219 personnes) étaient des personnes dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible (au Québec depuis 2019 et dans le reste du Canada après l'adoption de la nouvelle législation le 17 mars 2021). L'affection médicale sous-jacente la plus souvent citée pour cette population était l'affection de nature neurologique (45,7 %), suivie d'une autre affection (37,9 %) et de comorbidités multiples (21,0 %). L'âge moyen des personnes ayant bénéficié de l'aide médicale à mourir et dont la mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible était de 70,1 ans. »

Depuis 2021, les patients reçoivent l'aide médicale à mourir même si leur mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Tant et aussi longtemps que son problème de santé soit jugé grave et irrémédiable, (c'est-à-dire irréversible, incurable et intolérable selon ce que le patient considère comme acceptable) l'adulte apte et volontaire a le droit de mourir avec aide active médicale.

En mettant l'accent sur la liberté de choix du patient dans ses réformes juridiques, l'approche canadienne traite l'aide médicale active à mourir comme équivalent à d'autres décisions médicales qui entraînent la mort.

Les partisans de l'élargissement de la loi affirment que même si les déterminants sociaux de la santé contribuent aux raisons pour lesquelles un patient choisit l'aide médicale à mourir, son choix doit être respecté quand même. À leur avis, aucun patient souffrant qui est capable de prendre des décisions ne devrait être pris en otage par l'échec politique à résoudre les problèmes systémiques qui contribuent à sa souffrance.

### **III. L'assistance active médicale à mourir comme soulagement de la souffrance anticipée du déclin cognitif débilisant et terminal**

Comme les personnes dont la seule condition médicale est un trouble mental, celles qui demandent à bénéficier de l'assistance médicale à mourir à la suite d'une perte de capacité légale via une directive anticipée sont exclues de l'accès à l'assistance médicale à mourir.

Il est fort probable que ça changera bientôt.

L'élargissement de l'accès est irrésistible selon la logique constitutionnelle qui met l'accent sur la liberté individuelle face aux questions de la fin de vie et l'approche éthique correspondante. Néanmoins, nous devons réfléchir aux types de cas qui surgiront.

Par exemple, prenons le cas d'une femme de soixante-dix ans ayant diagnostiqué d'Alzheimer qui signe une directive anticipée qu'elle veut recevoir l'aide médicale à mourir une fois qu'elle ne reconnaît plus ses enfants. Devons-nous suivre sa directive de mettre fin à ses jours même si elle ne se souvient pas de l'avoir fait et ne demande plus mourir ? Et elle s'y oppose ? Est-ce important ? Forcer ? La tromper ? Ses préférences actuelles ne sont-elles pas pertinentes à cause de cette directive anticipée d'être donnée la mort alors qu'elle croyait que la vie ne vaudrait plus la peine d'être vécue ?

Au début, en 2016, la loi sur l'aide médicale à mourir a exigé le consentement éclairé du patient jusqu'au moment de la provision d'aide médicale à mourir. En 2021, la modification du Code criminel a permis aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, de renoncer à l'obligation de fournir le consentement final immédiatement avant de recevoir l'aide médicale à mourir.

Selon la loi, cela ne s'applique que dans les cas suivants :

- la personne a été évaluée et sa demande de recevoir l'assistance médicale à mourir a été approuvée
- la personne risque de perdre sa capacité décisionnelle avant la date prévue

- la personne conclut avec son praticien une entente écrite selon laquelle elle renonce à fournir son consentement final et, selon cette entente,
- le praticien l'administrera à la date retenue même si cette personne a perdu la capacité de donner son consentement final à ce moment-là

La loi précise aussi que “L’entente quant à la renonciation au consentement final sera invalidée si la personne, après avoir perdu sa capacité décisionnelle, démontre un refus ou une résistance à l’égard de l’administration de l’assistance médicale à mourir par des mots, des sons ou des gestes. Les réflexes et d’autres types de mouvements involontaires, comme la réaction à un toucher ou à l’insertion d’une aiguille, ne constituent pas un refus ou une résistance.”

Comme il est expliqué sur le site Web du gouvernement du Canada, “Permettre aux personnes se trouvant dans ces circonstances de renoncer au consentement final, une mesure parfois appelée « modification d’Audrey », répond aux préoccupations soulevées par Audrey Parker, qui a choisi de recevoir l’aide médicale à mourir de façon précoce par crainte de perdre sa capacité décisionnelle avant la date à laquelle elle aurait souhaité recevoir la procédure.”

Ce qu'on peut appeler une modification de Margot, d'après le sujet d'un essai de Ronald Dworkin, est le prochain point à l'ordre du jour. Cela permettrait à une personne de donner des directives anticipées précisant dans quelles circonstances elle souhaiterait mettre fin à ses jours après avoir perdu sa capacité juridique, sans préciser une date spécifique.

Dworkin établit une distinction entre le concept des intérêts critiques et celui des intérêts expérientiels contemporains. Selon lui, les intérêts critiques exprimés dans les directives anticipées de bénéficier d’une aide active à mourir à un moment donné devraient primer sur les intérêts expérientiels contemporains de la personne atteinte de démence. La

directive d'avoir sa vie terminée sous certaine condition prescrite emporte sur son intérêt à continuer de vivre lorsqu'il n'est plus apte et que ces conditions sont satisfaites. Son médecin n'a pas seulement le droit mais le devoir de respecter ses directives anticipées et d'administrer la substance létale.

La question de mettre fin à la vie d'un patient qui n'est plus apte mais qui est encore conscient et s'adonne aux tâches quotidiennes est ainsi traité comme la question de priver les antibiotiques pour infection guérissable à un patient atteint de démence très avancé qui l'a stipulé dans une directive anticipée.

Le refus d'un patient de recevoir l'aide médicale à mourir ne vaut rien s'il n'est pas jugé apte à prendre une décision éclairée. «Si la personne n'est pas lucide, ce n'est pas un refus, c'est une résistance», a dit le coprésident du groupe d'experts sur la question de l'inaptitude et de l'aide médicale à mourir, Jocelyn Maclure.

La suppression de l'exigence du consentement contemporain offre une réponse simple à des problèmes complexes telle que la souffrance des patients anticipant les horreurs que leur état apportera, l'épuisement des familles financièrement et émotionnellement taxées et les insuffisances du système de soins de longue durée.

Dans cette optique, ce que le médecin doit éthiquement à la personne vulnérable dépourvue de capacité décisionnelle est réduit au contenu de cet instrument juridique que le patient ne se souvient pas avoir rédigé.

Reconnaître le droit d'une personne à consentir à l'aide médicale à mourir à l'avance, avant qu'elle ne perde sa capacité, c'est respecter son attachement particulier à mourir d'une certaine manière. Interdire l'aide médicale à mourir pour ceux qui ont perdu leur capacité, c'est de s'assurer que la vie de ceux qui n'ont pas la capacité juridique ne manque pas de la pleine protection de la loi.

Mais les gens qui veulent contrôler la manière et le moment de leur mort grâce à une directive anticipée ne veulent pas être forcés de mettre fin à leurs jours ni trop tôt ni trop tard. Jusqu'à quel point la loi peut-elle être façonnée pour devenir un instrument de leur volonté ? Qu'est-ce que cela signifie pour la façon dont nous traitons ceux qui sont jugés aptes ? Puisque le consentement éclairé contemporain n'est plus toujours une condition d'admissibilité stricte, ce n'est pas réaliste de le rétablir comme tel. Mettre l'accent sur les directives anticipées, tout en leur donnant la force exécutoire, consacre trop d'autorité au patient comme il l'était, et fondamentalement ce qu'il est maintenant. Toute réforme à la loi à cet égard doit fournir une voie viable pour reconnaître ces considérations éthiques plutôt que de les supprimer.

Alors, plus cohérent avec l'idée que l'aide médicale à mourir est une décision de fin de vie comme les autres, il y aurait un rôle à jouer pour le mandataire spécial. Ce dernier pourrait décider que la directive anticipée ne doit pas encore être satisfaite parce que la situation du patient n'est pas celle qu'il avait prévue. Au moins, cela peut éviter la situation où une personne qui n'a pas la capacité de prendre des décisions et qui semble par ailleurs heureuse doit se voir accorder la mort qu'elle a déjà demandée. Il y a beaucoup plus à considérer, mais j'ai pensé que je finirais sur une note provocante pour entendre vos réflexions.

## **Conclusion**

J'ai essayé d'offrir une analyse de la connexion entre comment la réforme de la loi sur la fin de vie au Canada est issue de la conclusion des tribunaux que selon certaines conditions, l'euthanasie volontaire et le suicide assisté peuvent être éthiques et comment le nouveau régime juridique réencadre la perspective éthique de présumer qu'il est immoral de nier la mort à un patient qui en fait demande quand les conditions juridiques sont satisfaites.

En tant que projet de réforme du droit, l'objectif du mouvement d'aide médicale à mourir au Canada est de soutenir une mort autonome face à la souffrance médicale. En mettant l'accent sur la liberté de choix du patient dans ses réformes juridiques, l'approche canadienne est inclinée de traiter l'aide médicale active à mourir comme équivalent à d'autres décisions médicales qui entraînent la mort. Il n'y a rien de plus personnel que les décisions de fin de vie, mais elles sont tout de même inextricablement liées à notre socialité d'êtres humains. C'est vrai que le droit s'applique aux choix privés mais ce doit d'une manière qui reflète des standards publics.