

Contexte législatif

**Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada
à la décision *Truchon* de la Cour supérieure du Québec**

Table des matières

Introduction	3
Évolution de l'AMM au Canada.....	3
<i>Truchon c Procureur général du Canada</i>	4
Partie I – Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision <i>Truchon</i>	5
Objectifs législatifs	6
Aperçu de réformes législatives proposées.....	7
Partie II – Critères d'admissibilité à l'AMM	7
Critères d'admissibilité actuels.....	7
Modifications proposées aux critères d'admissibilité	8
Critères d'admissibilité révisés.....	9
Partie III – Mesures de sauvegarde pour l'AMM.....	9
Mesures de sauvegarde actuelles	9
Modifications proposées aux mesures de sauvegarde – Deux séries de mesures de sauvegarde.....	10
Modifications proposées aux mesures de sauvegarde – Mort naturelle raisonnablement prévisible..	11
Mesures de sauvegarde nouvelles et clarifiées : Mort naturelle non raisonnablement prévisible.....	12
Partie IV – Consentement préalable à l'AMM	13
Consentement préalable – Personnes dont la mort est raisonnablement prévisible	13
Consentement préalable – Échec de l'auto-administration de l'AMM.....	15
Partie V – Régime de surveillance	15
Améliorations proposées pour la collecte de données.....	15
Partie VI – Entrée en vigueur.....	16
Annexe A – Les régimes d'AMM ailleurs dans le monde.....	17
Annexe B – Liste des mesures de sauvegarde modifiées.....	19
Première série de mesures de sauvegarde : Mort naturelle raisonnablement prévisible	19
Deuxième série de mesures de sauvegarde : Mort naturelle non raisonnablement prévisible.....	19

Le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne également le genre féminin.

Introduction

Le présent document vise à présenter un aperçu technique de la réponse législative du gouvernement du Canada à la décision *Truchon*¹ sur l'aide médicale à mourir (AMM), rendue par la Cour supérieure du Québec. À la suite de la décision rendue par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter*², l'AMM a été décriminalisée en 2016 aux termes de l'ancien projet de loi C-14, *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* entré en vigueur le 17 juin 2016 (S.C. 2016, c. 3). Le *Code criminel* du Canada prévoit maintenant des exemptions pour les médecins et les infirmiers praticiens qui fournissent, ou aident à fournir, l'AMM à l'égard d'infractions criminelles par ailleurs applicables (les infractions d'homicide coupable et d'aide au suicide) ainsi que des critères d'admissibilité et des mesures de sauvegarde de nature procédurale qui doivent être respectés pour que l'AMM soit fournie légalement.

En vertu de l'article 241.1 du *Code criminel*, l'« AMM » est un terme général qui comprend :

- le fait pour un médecin ou un infirmier praticien d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort;
- le fait pour un médecin ou un infirmier praticien de prescrire ou de fournir une substance à une personne afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

En tant que matière de droit criminel, le régime fédéral de l'AMM, prévu au *Code criminel*, s'applique à l'échelle du pays. Les provinces et les territoires ont également compétence à l'égard de certains aspects de l'AMM, notamment sa mise en œuvre par le truchement des systèmes de soins de santé, la réglementation et la surveillance des professionnels de la santé, et les poursuites relatives aux infractions prévues au *Code criminel*. Les provinces et les territoires peuvent établir des lois et des politiques relatives aux soins de santé dans la mesure où elles ne permettent pas ce que le *Code criminel* interdit. Jusqu'à maintenant, seul le Québec a adopté une loi exhaustive sur l'AMM³.

Évolution de l'AMM au Canada

La législation sur l'AMM (ancien projet de loi C-14) a créé un régime d'AMM de fin de vie. Son objectif clé en matière de politiques était d'offrir aux Canadiens éprouvant des souffrances intolérables en fin de vie le choix de recevoir une aide médicale à mourir.

La législation sur l'AMM exigeait aussi que le gouvernement du Canada entreprenne des examens indépendants sur trois questions : les demandes d'AMM faites par des mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée. Le Conseil des académies canadiennes (CAC) a été sélectionné pour procéder à ces examens, qui ont été déposés devant le Parlement en décembre 2018. Les rapports et un résumé sont disponibles sur le [site Web du CAC](#).

Le régime législatif exigeait aussi que le ministre de la Santé prenne des règlements pour établir un régime fédéral de surveillance pour la collecte de données relatives à l'AMM au Canada, afin

¹ *Truchon c Canada (AG)*, 2019 QCCS 3792.

² *Carter c Canada*, 2015 CSC 5.

³ *Loi concernant les soins de fin de vie*, CQLR c S-32.0001.

d'obtenir un aperçu sur le fonctionnement du régime et de promouvoir la transparence et la responsabilisation à l'égard du public, compte tenu du caractère très grave et irréversible du fait de mettre fin à la vie d'une personne. Le *Règlement sur la surveillance de l'AMM* est entré en vigueur en novembre 2018 et définit le cadre qui régit les rapports que doivent présenter les médecins et les infirmiers praticiens qui reçoivent des demandes écrites d'AMM, ainsi que les pharmaciens qui délivrent des médicaments aux fins de la prestation de l'AMM. Le Premier rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, préparé avec les données du régime fédéral de surveillance, porte sur l'année civile 2019 et a été publié le 24 juillet 2020. Il peut être consulté sur le [site Web de Santé Canada](#). Avant de produire ce Premier rapport, Santé Canada a publié quatre rapports intérimaires fondés sur les données fournies volontairement par les provinces et territoires.

Selon le Premier rapport annuel sur l'AMM au Canada, en 2019, il y a eu 5 631 cas d'AMM, ce qui représente 2,0% de tous les décès au Canada au cours de l'année en question. Dans d'autres administrations permettant l'AMM, les décès médicalement assistés représentent entre 0,3% (dans les États américains où les patients doivent être en fin de vie et où seulement l'auto-administration de la substance est autorisée) et 4,6 % (en Belgique, aux Pays-Bas et au Luxembourg – les pays du Benelux – où l'admissibilité repose sur la souffrance plutôt que sur l'approche de la mort et où l'administration de l'AMM par un médecin est autorisée) de tous les décès. Lorsque toutes les sources de données sont prises en considération, le nombre total de décès attribuables à l'AMM signalés au Canada depuis l'adoption de la législation fédérale en 2016 est de 13 946. Le Premier rapport annuel sur l'AMM au Canada comporte des données plus détaillées sur les demandes d'AMM que les quatre rapports intérimaires, ainsi que des données sur l'accès aux soins palliatifs et aux services de soutien aux personnes handicapées chez les personnes ayant reçu l'AMM.

La législation sur l'AMM exigeait aussi qu'un examen parlementaire des dispositions du régime et de la situation des soins palliatifs soit entrepris cinq ans après la sanction de la loi. Cet examen donnera l'occasion de recueillir les commentaires des Canadiens sur le fonctionnement de l'AMM, d'examiner les rapports du CAC sur les demandes d'AMM faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée, et de déterminer si des changements devraient y être apportés. Il était prévu que cet examen débute à l'été 2020. Cependant, la pandémie de COVID-19 a interrompu les activités parlementaires et a retardé cet examen.

Enfin, depuis l'édiction de cette législation, des litiges visant à contester le régime de l'AMM ont été intentés en Colombie-Britannique, en Ontario, au Québec et en Saskatchewan. Dans une affaire en Colombie-Britannique (*Lamb*) et une autre au Québec (*Truchon*), le régime législatif sur l'AMM a été contesté au motif que les critères d'admissibilité portent atteinte à la *Charte canadienne des droits et libertés* en raison de leur caractère trop restrictif. Dans des litiges en Ontario (*Foley*) et en Saskatchewan (*Katzenback*), on allègue également que le régime législatif sur l'AMM porte atteinte à la *Charte*, mais pour le motif que ses mesures de sauvegarde ne sont pas suffisantes pour protéger les Canadiens, à qui est offerte l'AMM plutôt que des services de soutien suffisants et une assistance à la vie.

Truchon c Procureur général du Canada

Le 11 septembre 2019, dans la décision *Truchon c Canada (PG)*, la Cour supérieure du Québec a déclaré inconstitutionnels le critère d'admissibilité de la « mort naturelle raisonnablement

prévisible » (MNRP) prévu dans la législation fédérale sur l'AMM, ainsi que celui de « fin de vie » prévu dans la *Loi concernant les soins de fin de vie* du Québec. La Cour a statué que l'exigence de la MNRP porte atteinte à l'article 7 de la *Charte* qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, et à l'article 15 qui garantit le droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination. La décision, qui s'applique au Québec seulement, n'a pas été portée en appel par le procureur général du Canada ou le procureur général du Québec. La Cour a ordonné une suspension de la prise d'effet de sa décision pour six mois, en l'occurrence jusqu'au 11 mars 2020, et a conféré une exemption constitutionnelle aux plaignants au cours de cette période. Le 2 mars 2020, la Cour a accueilli la demande du procureur général du Canada de proroger de 4 mois la suspension de la déclaration d'invalidité, soit jusqu'au 11 juillet 2020, et a par la suite accordé une prorogation additionnelle jusqu'au 18 décembre 2020, étant donné l'interruption des activités parlementaires due à la pandémie de COVID-19, rendant impossible l'adoption du projet de loi avant le 11 juillet 2020.

Partie I – Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision *Truchon*

Le projet de loi C-7 est la réponse législative du gouvernement du Canada à la décision *Truchon*. Il est identique à l'ancien projet de loi C-7, qui a été présenté le 24 février 2020 et a expiré au *Feuilleton* au moment de la prorogation du Parlement en août 2020. L'élaboration du projet de loi repose sur les éléments de preuve déposés devant la Cour dans le dossier *Truchon*, ainsi que sur les travaux de recherche canadiens et internationaux, les données et les rapports de nature sociale, comme les rapports de décembre 2018 du Conseil des académies canadiennes⁴. Le projet de loi s'appuie également sur l'expérience des régimes internationaux d'AMM⁵ (voir l'Annexe A), sur l'expérience canadienne au cours des quatre dernières années, et, plus récemment, sur les consultations sur l'AMM que le gouvernement du Canada a tenues en début d'année.

⁴ Conseil des académies canadiennes, « L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures » (2018), en ligne: <<https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-pour-les-mineurs-matures.pdf>>; Conseil des académies canadiennes, « L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué » (2018), en ligne: <<https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-lorsqu%E2%80%99un-trouble-mental-est-le-seul-probl%C3%A8me-m%C3%A9dical-invoqu%C3%A9.pdf>>;

Conseil des académies canadiennes, « L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir » (2018), en ligne: <<https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L'état-des-connaissances-sur-les-demandes-anticipées-d'aide-médicale-à-mourir.pdf>>;

Conseil des académies canadiennes, « L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir et L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué », December 13, 2018, en ligne: <<https://rapports-cac.ca/reports/aide-medecale-a-mourir/>>.

⁵ Outre le Canada, il y a 16 administrations qui possèdent des règles juridiques expresses relatives à la prestation de l'AMM: 9 États américains (Californie, Colorado, District de Columbia, Hawaii, Maine, New Jersey, Oregon, Vermont, Washington), les États de Victoria et d'Australie occidentale (loi adoptée en décembre 2019, pas encore en vigueur) en Australie, la Nouvelle-Zélande (le régime entrerait en vigueur après un referendum en 2020), la Colombie et les pays du « Benelux » (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg).

Au cours du mois de janvier 2020 et au début de février, le gouvernement du Canada a mobilisé le public canadien ainsi que les provinces et les territoires, les groupes autochtones, les fournisseurs de soins de santé, les experts et des intervenants clés en vue de recevoir leurs commentaires sur l'élargissement du régime législatif canadien sur l'AMM pour donner suite à la décision *Truchon* :

- Plus de 300 000 Canadiens ont participé aux consultations en ligne entre le 13 et le 27 janvier 2020.
- Le ministre de la Justice et procureur général du Canada, David Lametti, la ministre de la Santé, Patty Hajdu, et la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et de l'Inclusion des personnes handicapées, Carla Qualtrough, ont rencontré des experts, des fournisseurs de soins de santé, des associations de professionnels de la santé et des organismes de réglementation, des représentants des personnes handicapées, des organisations autochtones et d'autres intervenants clés (plus de 125 participants au total), afin de les consulter directement sur la révision du régime législatif fédéral sur l'AMM⁶.
- Les ministres et les hauts fonctionnaires ont également demandé l'avis de leurs homologues provinciaux et territoriaux pour répondre à la décision *Truchon*.

Les réformes législatives proposées sont conçues pour donner suite à la décision *Truchon* dans le délai fixé par la Cour et cibler d'autres enjeux relatifs à l'AMM à l'égard desquels il existe un fort appui. D'autres questions plus larges et plus complexes liées à l'AMM, comme la question de l'AMM pour les personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée et les demandes anticipées à la suite d'un diagnostic d'une maladie limitant les capacités, seront abordées dans le cadre de l'examen parlementaire des dispositions législatives fédérales sur l'AMM et de la situation des soins palliatifs au Canada.

Afin d'appuyer la mise en œuvre des réformes législatives proposées, la ministre de la Santé travaillerait en collaboration avec les provinces et les territoires, les partenaires du système de santé, y compris les fournisseurs de l'AMM et les réseaux de coordination des soins, et les organismes de réglementation et de contrôle des pratiques en matière de santé publique, afin d'aider à l'élaboration, la surveillance et la présentation de rapports à l'égard de lignes directrices, de formations, de procédures d'examen rétrospectif et de résultats en lien avec l'AMM.

Objectifs législatifs

Le préambule du projet de loi en expose le principal objectif, soit d'établir un équilibre entre plusieurs intérêts et valeurs sociétales, notamment l'autonomie des personnes admissibles à l'AMM, les droits à l'égalité protégés par la *Charte*, la nécessité de protéger les personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leur vie, et la reconnaissance du suicide en tant qu'enjeu important de santé publique. Il énonce également une série d'affirmations et de principes sur lesquels est fondée la réponse à la décision *Truchon*, notamment le caractère opportun de ne plus limiter l'admissibilité à l'AMM aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, l'affirmation de la valeur inhérente et égale de la vie de chaque personne, les obligations du Canada comme État partie à la Convention relative aux droits des

⁶ Les ministres Lametti, Hajdu et Qualtrough ont tenu 10 tables rondes à Halifax, Montréal, Toronto, Vancouver, Calgary, Winnipeg, Ottawa, et Québec. La participation à ces tables rondes était sur invitation seulement. Les participants ont eu la possibilité de présenter des commentaires additionnels écrits.

personnes handicapées des Nations Unies, et la nécessité de tenir des consultations et études additionnelles sur l'AMM pour certains types de situations qui présentent davantage de complexité et de risques, notamment les demandes anticipées d'AMM et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée.

Aperçu de réformes législatives proposées

En résumé, le projet de loi propose d'apporter au *Code criminel* les modifications ci-après au régime d'AMM :

- **Critères d'admissibilité** : abroger l'exigence de la « mort naturelle raisonnablement prévisible » et préciser que l'AMM n'est pas permise lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée;
- **Mesures de sauvegarde** : créer deux séries de mesures de sauvegarde – une série de mesures de sauvegarde assouplies pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, et une deuxième série de mesures de sauvegarde nouvelles et clarifiées pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible;
- **Consentement préalable** : permettre l'administration de l'AMM à une personne, sur le fondement d'un consentement préalable (en d'autres termes, par effet de la loi, l'exigence du consentement final au moment de l'administration de l'AMM ne s'appliquerait pas), dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui a été évaluée et approuvée pour l'AMM, si elle perd la capacité de consentir avant la date choisie pour la procédure, et a conclu une entente par écrit avec un médecin; permettre par consentement préalable la prestation de l'AMM par un médecin à la suite d'un échec de l'auto-administration de l'AMM;
- **Régime de surveillance** : accroître les exigences de rapports sur le fondement des expériences avec le régime fédéral de surveillance de l'AMM.

Les sections ci-après expliquent plus en détails chacune des modifications proposées.

Partie II – Critères d'admissibilité à l'AMM

Critères d'admissibilité actuels

En vertu des critères d'admissibilité actuels, prévus au *Code criminel*, la personne qui demande d'obtenir l'aide médicale à mourir doit satisfaire à tous les critères ci-après (paragraphe 241.2(1) et (2) du *Code criminel*) :

- elle est âgée d'au moins dix-huit ans;
- elle est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- elle est admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada (ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable);
- elle a fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs;
- elle est affectée de « problèmes de santé graves et irrémédiables » définis comme suit :
 - elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;

- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- ses problèmes de santé lui causent des souffrances persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Modifications proposées aux critères d'admissibilité

Suppression de l'exigence de la MNRP

Le projet de loi propose d'apporter deux modifications aux critères d'admissibilité actuels à l'AMM. Premièrement, il supprimerait le critère de la « mort naturelle raisonnablement prévisible » (MNRP) de la liste des critères d'admissibilité en vue de donner suite à la décision *Truchon*, qui a déclaré ce critère inconstitutionnel. L'effet juridique de la suppression de la MNRP serait que les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et celles dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible pourraient être jugées admissibles à l'AMM si elles satisfont à tous les autres critères d'admissibilité.

Exclusion de la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée

Le projet de loi propose également qu'une « maladie mentale » ne soit pas considérée comme « une maladie, une affection ou un handicap » aux fins de l'application des critères d'admissibilité à l'AMM. L'effet juridique de cette modification serait d'empêcher les personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée d'avoir accès à l'AMM.

En 2016, le gouvernement du Canada a demandé au Conseil des académies canadiennes (CAC) de mener une étude indépendante sur l'AMM dans de tels cas. À la suite d'une étude approfondie de la question, les experts dans ce domaine n'ont pas été en mesure de parvenir à un consensus sur cet enjeu fort complexe (rapport du CAC publié en décembre 2018). Au contraire, les experts qui ont préparé le rapport du CAC étaient profondément divisés sur plusieurs questions fondamentales liées à cet enjeu. En outre, de nombreux participants aux tables rondes tenues en janvier et février 2020 ont fait ressortir la complexité et les risques accrus de l'AMM en ce qui a trait aux maladies mentales, notamment sur les points suivants :

- les cliniciens ne s'entendent pas sur la question de savoir si une maladie mentale peut être considérée comme « irrémédiable » et dans quelles circonstances cela serait possible;
- les évaluations de capacité sont plus difficiles à réaliser, étant donné que les symptômes d'une maladie mentale peuvent affecter la capacité d'une personne à comprendre et/ou à reconnaître la nature et les conséquences de ses décisions à l'égard des traitements;
- l'évolution des maladies mentales est généralement plus difficile à prédire que celle des maladies physiques;
- un désir de mourir constitue un symptôme de certaines maladies mentales.

Ces préoccupations ont également été signalées par de nombreux organismes de santé mentale, comme la Commission de la santé mentale du Canada, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, l'Association canadienne pour la santé mentale et l'Association des psychiatres du Canada.

Malgré l'absence d'une définition claire et unique de la maladie mentale, dans le contexte des discussions canadiennes sur l'AMM, ce terme a été décrit comme désignant généralement les affections qui relèvent principalement du domaine de la psychiatrie, et qui soulèvent les types particuliers de préoccupations susmentionnées en ce qui concerne l'admissibilité à l'AMM. Dans le contexte de la législation fédérale sur l'AMM, l'expression « maladie mentale » n'inclurait pas les troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux, ni d'autres conditions susceptibles d'affecter les capacités cognitives, comme les démences, les troubles du spectre de l'autisme ou les déficiences intellectuelles, qui peuvent être traités par des spécialités autres que la psychiatrie (comme la neurologie pour les affections neurodégénératives ou neurodéveloppementales) ou des spécialités autres que la médecine (comme des spécialistes en éducation pour les déficiences intellectuelles) et ne soulèvent pas les préoccupations spécifiques décrites ci-dessus.

Par ailleurs, bien que les personnes atteintes seulement d'une maladie mentale ne seraient pas admissibles à l'AMM, les personnes affectées d'une condition médicale grave et irrémédiable ainsi que d'une maladie mentale ne seraient pas exclues du régime (par ex., une personne souffrant d'une dépression chronique qui est également affectée d'une lésion à la moelle épinière).

Le gouvernement du Canada reconnaît que la souffrance associée à la maladie mentale peut être aussi intolérable que celle découlant d'autres types de conditions médicales, et qu'il faut éviter de présumer que la maladie mentale fait en sorte qu'une personne n'a pas la capacité de prendre des décisions. Cependant, le gouvernement est d'avis que les considérations uniques pour l'AMM dans ce genre de situation exigent la tenue d'un examen plus approfondi ainsi qu'un débat public. La question de l'AMM pour les personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale fera donc partie de l'examen parlementaire. Le gouvernement du Québec a aussi annoncé que l'accès à l'AMM dans de telles situations serait suspendu et qu'une vaste consultation aurait lieu sur cette question.

Critères d'admissibilité révisés

À la suite de ces deux modifications proposées, le critère prévoyant que la personne est affectée de « problèmes de santé graves et irrémédiables » serait ainsi défini (modification du paragraphe 241.2(2) du *Code criminel*) :

- elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables (à l'exclusion d'une maladie mentale – nouveau paragraphe 241.2(2.1) du *Code criminel*);
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- ses problèmes de santé lui causent des souffrances persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

Partie III – Mesures de sauvegarde pour l'AMM

Mesures de sauvegarde actuelles

En vertu des dispositions actuelles du *Code criminel*, avant qu'un médecin ou un infirmier praticien puisse fournir l'AMM à une personne, il doit s'assurer que les mesures de sauvegarde ci-après ont été respectées (paragraphe 241.2(3) du *Code criminel*) :

- **Exigence de témoins** : la personne doit faire une demande par écrit devant deux témoins indépendants qui l'ont également signée à leur tour;

- **Deux évaluations** : deux médecins ou infirmiers praticiens indépendants doivent confirmer que tous les critères d'admissibilité ont été respectés;
- **Possibilité de retirer la demande** : la personne doit être informée de la possibilité de retirer en tout temps sa demande;
- **Période de réflexion** : période obligatoire de réflexion de dix jours après la signature de la demande écrite, sauf si la mort de la personne ou la perte de sa capacité est imminente;
- **Consentement final** : immédiatement avant la prestation de l'AMM, la personne doit avoir la possibilité de retirer sa demande, et doit confirmer qu'elle consent à recevoir l'AMM.

Les modifications proposées au *Code criminel* créeraient deux séries de mesures de sauvegarde, chacune s'appliquant selon que la mort de la personne est raisonnablement prévisible ou non. Plus précisément, le projet de loi propose d'utiliser le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible » (MNRP) afin de déterminer quelle série de mesures de sauvegarde s'appliquerait à une personne qui demande l'AMM. Ce critère servirait aussi à établir si une personne ayant été jugée admissible à l'AMM peut consentir à l'avance à recevoir l'AMM dans le cas où elle aurait perdu sa capacité décisionnelle avant la date de la procédure (« entente de consentement préalable » - voir la Partie IV ci-après). Le critère de la MNRP ne s'appliquerait plus comme critère d'admissibilité à l'AMM, lequel pourrait avoir pour effet d'empêcher une personne d'avoir accès à l'AMM.

L'interprétation de l'expression « MNRP »

L'évaluation de la MNRP doit être effectuée au cas par cas, par rapport à la personne spécifique qui demande l'AMM, et doit considérer l'ensemble de la situation médicale individuelle et unique de la personne. La MNRP n'est pas limitée à ceux qui ont une maladie mortelle, mais peut découler de la combinaison de plusieurs facteurs pertinents à la situation médicale globale d'une personne.

L'expression MNRP vise à exiger un lien temporel, mais flexible, entre l'ensemble de la situation médicale de la personne et son décès anticipé. Le déclin d'une personne vers la mort peut se faire selon des trajectoires plus ou moins prévisibles. Ainsi, l'expression MNRP n'est pas définie par un pronostic maximum ou minimum, mais nécessite un lien temporel avec la mort dans le sens où la personne approche de la fin de sa vie à court terme.

Il est difficile de prévoir l'espérance de vie d'une personne, et son estimation clinique devient encore plus difficile plus l'on s'attend à ce que le décès soit éloigné. De nombreuses personnes ayant reçu l'AMM selon les critères d'admissibilité actuels qui exigent la MNRP avaient une espérance de vie de quelques semaines ou quelques mois. Le décès d'une personne peut également être prévisible, au sens temporel, sur de plus longues périodes, selon les circonstances particulières considérées. Cependant, le fait d'être atteint d'une maladie qui entraînera la mort dans plusieurs années ne permettrait pas normalement de satisfaire à la condition de la MNRP.

La MNRP laisse place au jugement clinique tout en maintenant un lien temporel avec la fin de vie d'une personne. Il s'agit d'un terme utile et significatif dans le contexte de l'AMM.

Modifications proposées aux mesures de sauvegarde – Deux séries de mesures de sauvegarde

La première série de mesures de sauvegarde continuerait d'être adaptée aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, auquel cas les risques sont moindres et les sources de souffrances sont fort probablement liées au processus de mort lui-même. La deuxième série

de mesures de sauvegarde serait adaptée aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, auquel cas les erreurs ont des conséquences plus graves (par ex., la prestation de l'AMM à une personne qui aurait pu devenir plus à l'aise avec sa condition médicale ou découvrir un traitement qui soulage ses souffrances). Le projet de loi propose des mesures de sauvegarde additionnelles pour contrer les risques élevés associés aux diverses sources de souffrances et de vulnérabilité susceptibles d'amener une personne dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible à demander l'accès à l'AMM, notamment la solitude ou l'isolement, le manque de soutien adéquat et le désespoir. De telles sources de souffrances et de vulnérabilité peuvent être atténuées dans une certaine mesure.

Modifications proposées aux mesures de sauvegarde – Mort naturelle raisonnablement prévisible

Dans le cas des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, il est proposé d'assouplir certaines des mesures de sauvegarde. Les modifications proposées exigeraient que les demandes d'AMM soient faites devant un témoin indépendant plutôt que deux, et permettraient aux personnes qui sont rémunérées pour fournir des services de soins de santé ou des soins personnels à la personne qui demande l'AMM, en tant que profession ou occupation, d'agir en qualité de témoins indépendants. Il est également proposé d'abroger la période obligatoire de réflexion de dix jours.

Exigence relative aux témoins

Les deux modifications proposées à l'exigence relative aux témoins visent à répondre aux préoccupations exprimées par les professionnels de la santé et d'autres intervenants lors des tables rondes, selon lesquelles il est difficile pour de nombreuses personnes de trouver deux témoins indépendants, ce qui constitue un obstacle à l'accès à l'AMM. Le premier changement faciliterait l'accès à l'AMM en n'exigeant qu'un seul témoin indépendant au lieu de deux. La présence d'un seul témoin indépendant constitue une mesure de sauvegarde adéquate puisque le témoin n'atteste que de la signature et de la date de la demande d'AMM et qu'il ne joue aucun rôle dans l'évaluation de l'admissibilité ou l'application d'autres mesures de sauvegarde.

Le deuxième changement permettrait aux personnes qui sont rémunérés pour fournir des services de soin de santé ou des soins personnels, comme profession ou occupation, d'agir en qualité de témoins indépendants, ce qui n'est actuellement pas permis. Ces personnes font probablement partie du nombre limité de contacts personnels qu'une personne résidant dans un établissement de soins peut avoir. On peut raisonnablement s'attendre à ce que les personnes qui sont rémunérées pour fournir des services de soins de santé ou des soins personnels et qui ont choisi la prestation de soins comme profession ou occupation puissent agir à titre de témoin en toute intégrité et objectivité, et soient guidées par les intérêts de la personne qui fait la demande d'AMM, plutôt que par des motifs personnels, affectifs ou d'autres fins intéressées.

Il serait encore interdit à ces personnes d'agir en qualité de témoins si elles sont bénéficiaires de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou si elles reçoivent un avantage pécuniaire de la mort de cette personne (en vertu de l'alinéa 241.2(5)a)). Il est entendu qu'il serait encore interdit à tout fournisseur de soins médicaux qui participe à l'évaluation de l'admissibilité de la personne à l'AMM ou à la prestation de l'AMM d'agir en qualité de témoin indépendant.

Période de réflexion de dix jours

Dans le cadre des tables rondes tenues en vue d'étayer la réponse du gouvernement à la décision *Truchon*, les participants ont exprimé un énorme soutien à l'égard de la suppression de la période de réflexion de dix jours. Les fournisseurs de soins de santé et d'autres experts ont indiqué que, selon leur expérience, les patients qui demandent l'AMM le font après mûre réflexion, souvent sur une longue période. À leur avis, la période d'attente de dix jours a souvent entraîné une prolongation des souffrances des patients parce que ceux-ci refusaient de prendre des médicaments afin de conserver leur aptitude à consentir à l'AMM (cette préoccupation est également abordée par le changement proposé visant à permettre la renonciation de l'exigence du consentement final – voir la Partie IV sur le consentement préalable). La suppression proposée de la période de réflexion de dix jours ne viserait que les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible.

La série complète des mesures de sauvegarde qui s'appliqueraient à une personne dont la mort est raisonnablement prévisible figure à l'**Annexe B**.

Mesures de sauvegarde nouvelles et clarifiées : Mort naturelle non raisonnablement prévisible

Dans le cas des personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, les mesures de sauvegarde seraient fondées sur les mesures existantes, avec certains changements, ajouts et clarifications. L'exigence voulant que la demande écrite d'AMM soit faite devant des témoins indépendants serait assouplie (décrite ci-dessus), et les mesures de sauvegarde nouvelles et clarifiées (présentées ci-après), conçues pour appuyer une prise de décision pleinement éclairée par les personnes demandant l'AMM dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, s'appliqueraient.

Période obligatoire d'évaluation de 90 jours (nouvelle mesure)

La première nouvelle mesure de sauvegarde pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible exigerait qu'une période d'au moins quatre-vingt-dix jours soit consacrée aux évaluations de son admissibilité à l'AMM. Cette période pourrait être plus courte si les praticiens procédant à l'évaluation jugent que la perte de capacité de la personne est imminente, mais seulement s'ils sont en mesure de terminer les évaluations dans une période plus courte.

Cette mesure de sauvegarde proposée viserait à répondre aux défis et préoccupations additionnels susceptibles de se présenter dans le contexte des évaluations de l'admissibilité à l'AMM pour les personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, notamment la question de savoir si les souffrances sont causées par des facteurs autres que la condition médicale, et celle de savoir s'il existe des moyens d'apaiser la souffrance à part l'AMM. L'exigence d'une période d'au moins quatre-vingt-dix jours aux fins de telles évaluations viserait à garantir qu'une période suffisamment longue soit consacrée à l'examen de tous les aspects pertinents de la situation de la personne, notamment la question de savoir s'il existe des traitements ou des services susceptibles de contribuer à atténuer les souffrances de la personne, tels que des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale et aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs.

Deuxième évaluation par un médecin possédant une expertise (nouvelle mesure)

La deuxième nouvelle mesure de sauvegarde exigerait que l'une des deux évaluations obligatoires de l'admissibilité soit effectuée par un médecin possédant une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne. La participation d'un praticien possédant une expertise en ce qui concerne la condition médicale à l'origine des souffrances de la personne permettrait de s'assurer que toutes les options de traitements ont été cernées et examinées, tout en évitant la nécessité de la participation d'un spécialiste, ce qui pourrait constituer un obstacle dans les régions éloignées et rurales où il peut y avoir peu de spécialistes.

Renseignements sur les services de soutien disponibles (clarification du consentement éclairé)

Un troisième changement viserait à clarifier le consentement éclairé, en vue d'exiger expressément que la personne soit informée des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs et qu'il lui ait été offert de consulter les professionnels compétents. En tant que bonne pratique médicale, la plupart des médecins examinent déjà les services de soutien appropriés et les traitements disponibles dans le cadre des discussions qu'ils ont avec leurs patients; cette mesure de sauvegarde proposée permettrait de renforcer l'importance de ces discussions. Ce changement appuierait également la dernière nouvelle exigence (décrite ci-dessous).

Des moyens raisonnables de soulager les souffrances ont été sérieusement envisagés (clarification du consentement éclairé)

Le dernier changement aux mesures de sauvegarde serait une clarification du consentement éclairé qui exigerait que la personne et le médecin s'accordent sur le fait que des moyens raisonnables pour soulager les souffrances de la personne ont été discutés et sérieusement envisagés avant que l'AMM ne puisse être fournie. Aux termes de cette mesure de sauvegarde, le médecin serait tenu d'examiner avec le patient les options raisonnables de traitements et être convaincu que la personne a pleinement exploré et évalué les risques et les avantages des options de traitements disponibles. Parallèlement, le patient ne serait pas tenu de subir un traitement qu'il jugerait inacceptable.

La série complète des mesures de sauvegarde qui s'appliqueraient aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible figure à l'**Annexe B**.

Partie IV – Consentement préalable à l'AMM

Consentement préalable – Personnes dont la mort est raisonnablement prévisible

Le projet de loi viserait à modifier les dispositions sur l'AMM prévues au *Code criminel* afin de permettre aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible de conserver la possibilité de recevoir l'AMM dans le cas où elles perdraient leur capacité à y consentir après avoir été approuvées pour l'AMM, mais avant qu'elle soit fournie. À l'heure actuelle, ceci n'est pas permis puisque l'une des mesures de sauvegarde prévues au *Code criminel* exige que la personne confirme son consentement immédiatement avant de recevoir l'AMM (alinéa 241.2(3)h).

Plus précisément, les modifications proposées permettraient la renonciation au consentement final pour recevoir l'AMM dans le cadre d'une « entente de consentement préalable », si les conditions ci-après sont réunies (paragraphe 241.1(3.2) proposé au *Code criminel*) :

- La mort naturelle de la personne est raisonnablement prévisible;
- La personne a été évaluée et approuvée pour l'AMM en conformité avec toutes les mesures de sauvegarde applicables;
- La personne a indiqué sa date de préférence pour recevoir l'AMM;
- Le médecin a informé la personne du risque de perdre, avant cette date, sa capacité à consentir;
- La personne a conclu avec son médecin ou infirmier praticien une entente écrite dans laquelle elle donne son consentement préalable à recevoir l'AMM à sa date de préférence advenant le cas où elle perdrait la capacité de consentir avant cette date (ce qui aurait pour effet de permettre la renonciation au consentement final) et le praticien convient d'administrer l'AMM à cette date, si la personne a en effet perdu la capacité de consentir à ce moment-là (il pourrait également être convenu que le praticien administre l'AMM à une date antérieure en cas de perte de capacité, si tel est le souhait).

Cette proposition permettrait de répondre aux situations comme celles d'Audrey Parker qui souffrait d'un cancer en phase terminale et avait été approuvée pour recevoir l'AMM, et qui a décidé de recevoir l'AMM avant sa date de préférence du fait qu'elle risquait de perdre sa capacité avant la date en question.

Les modifications proposées ne permettraient pas de dispenser du consentement final dans les cas où la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

Résistance du patient

Les médecins ou infirmiers praticiens ne seraient pas autorisés à fournir l'AMM par consentement préalable lorsque la personne manifeste, par des paroles, sons ou gestes, un refus ou une résistance à que la substance lui soit administrée pour provoquer sa mort (paragraphe 241.2(3.4) proposé au *Code criminel*). Une telle manifestation de résistance rendrait le consentement préalable invalide à partir de ce moment. Si la personne recouvre sa capacité à une date ultérieure, elle pourrait alors consentir à la prestation de l'AMM (dans la mesure où elle continue de satisfaire à tous les critères d'admissibilité), ou encore, elle pourrait rédiger une nouvelle entente de consentement préalable avec le praticien. Le texte législatif établirait clairement que ne constitue pas une manifestation de résistance ou de refus des réactions corporelles involontaires, comme les spasmes ou une contraction physique à la suite d'un contact ou de l'insertion d'aiguilles, par exemple.

Cette interdiction permettrait de répondre aux préoccupations éthiques que les médecins et les experts ont exprimées relativement au fait de mettre fin à la vie d'une personne qui n'est pas en mesure de retirer son consentement ou de le confirmer (même si la personne a antérieurement consenti à l'AMM), et qui oppose une résistance active à l'administration de la procédure d'AMM.

Interprétation du consentement préalable

Les mesures proposées autoriseraient l'AMM par « consentement préalable » parce qu'elles viseraient des situations où la demande actuelle d'AMM de la personne a été évaluée et approuvée, mais où la personne risque de perdre sa capacité avant la prestation de l'AMM. Par conséquent, la personne donnerait un « consentement préalable » à la procédure d'AMM en remplacement du « consentement final » qu'elle doit par ailleurs donner en vertu de la loi immédiatement avant la prestation de l'AMM.

L'expression « demande anticipée » décrit mieux les situations où une personne ne demande pas l'accès à l'AMM dans le présent, mais où elle fait état de circonstances dans lesquelles elle voudrait recevoir l'AMM à un moment donné dans le futur, si certains événements surviennent après qu'elle ait perdu la capacité de prendre des décisions. Dans ces circonstances, contrairement aux mesures liées au « consentement préalable » proposées dans le projet de loi C-7, la personne n'aurait pas fait de demande d'AMM ou n'aurait pas été jugée admissible à l'AMM au moment où elle rédige le document énonçant ses souhaits futurs. C'est ce qu'il convient d'appeler une « demande anticipée » d'AMM puisque la demande serait préparée longtemps avant le moment où l'AMM serait réellement souhaitée et administrée. Les questions relatives aux demandes anticipées d'AMM seront examinées dans le cadre de l'examen parlementaire.

Consentement préalable – Échec de l'auto-administration de l'AMM

Le texte législatif proposé permettrait également à une personne qui choisit de s'auto-administrer l'AMM (au lieu d'avoir recours à un médecin qui administrera la substance) d'avoir un plan de rechange dans l'éventualité peu probable de complications découlant de l'auto-administration de la substance, qui la laisserait alors dépourvue de la capacité de donner au médecin ou à l'infirmier praticien le consentement d'administrer la substance pour achever le processus. Dans un tel cas, la prestation de l'AMM par le praticien achèverait le processus de mort paisible que la personne avait choisi et entamé elle-même.

Partie V – Régime de surveillance

Améliorations proposées pour la collecte de données

Le texte législatif proposé permettrait aussi à la ministre de la Santé de développer des règlements additionnels afin d'améliorer le régime fédéral de surveillance actuel. Cette autorité et ces futurs règlements reflèteraient les changements apportés au cadre législatif et l'expérience du Canada à l'égard de la mise en œuvre du régime d'aide médicale à mourir depuis 2016.

Plus spécifiquement, il est proposé de recueillir certains renseignements de la part des praticiens qui évaluent l'admissibilité à l'AMM (sans avoir encore reçu une demande par écrit), d'autres personnes du secteur de la santé qui ont la responsabilité des évaluations préliminaires des demandes d'AMM à des fins de coordination des soins, ainsi que des techniciens en pharmacie susceptibles de délivrer à des médecins ou infirmiers praticiens des substances pour la prestation de l'AMM.

Depuis la mise en œuvre du régime fédéral de surveillance de l'AMM en 2018, il est devenu évident que la collecte de renseignements fondés seulement sur les « demandes écrites » d'AMM, comme le prévoit actuellement la loi, ne permet pas d'obtenir un tableau complet des personnes qui demandent l'AMM à travers le pays. Divers systèmes provinciaux et territoriaux de coordination de l'AMM ont été mis en place pour le triage des demandes d'AMM reçues, ce qui signifie que certaines demandes ne satisfont pas à l'exigence d'une demande écrite et qu'elles ne sont donc pas déclarées.

Les modifications proposées permettraient de combler les lacunes du droit, et permettraient de mieux comprendre le contexte de l'AMM au Canada. La modification du régime fédéral pour inclure ces nouvelles exigences permettrait une collecte de données qui s'harmoniserait davantage avec l'intention initiale du régime législatif d'AMM établi en 2016—recueillir des renseignements sur toutes les demandes et les dossiers d'AMM.

Partie VI – Entrée en vigueur

La loi proposée entrerait en vigueur à la date de sanction royale. Aux termes d'une disposition transitoire proposée, une personne qui, avant l'entrée en vigueur de la loi, aurait déjà signé une demande d'AMM en vertu du présent régime, ne serait pas tenue de se conformer aux mesures de sauvegarde additionnelles. Parallèlement, les personnes dont la mort est raisonnablement prévisible seraient en mesure de bénéficier de la suppression de la période minimale de réflexion de dix jours, et de la possibilité d'envisager de conclure une entente de consentement préalable, s'il y a lieu.

Annexe A – Les régimes d’AMM ailleurs dans le monde

En plus du Canada, 16 administrations se sont dotées de règles de droit régissant expressément l’aide médicale à mourir : neuf aux États-Unis (la Californie, le Colorado, le district fédéral de Columbia, Hawaii, le Maine, le New Jersey, l’Oregon, le Vermont et l’État de Washington), les États de Victoria et d’Australie occidentale (loi adoptée en décembre 2019, pas encore en vigueur) en Australie, la Nouvelle-Zélande (les dispositions devraient entrer en vigueur après la tenue d’un référendum en 2020), la Colombie, puis les pays du « Benelux » (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg). Comme l’indique le tableau ci-dessous, les dispositions régissant l’admissibilité à recevoir l’aide médicale à mourir diffèrent d’un pays à l’autre. Parmi les 16 administrations, 13 sont considérées comme ayant des régimes de type « fin de vie », ce qui signifie que seules les personnes étant dans une situation de fin de vie imminente sont admissibles à recevoir l’aide médicale à mourir, tandis que les trois autres (les pays du « Benelux ») ont adopté des régimes élargis en vertu desquels les personnes dont la mort n’est pas imminente, y compris celles ayant une déficience physique ou une maladie mentale, peuvent aussi être admissibles à recevoir l’aide médicale à mourir.

Bien que la Belgique n’ait pas adopté un régime de type « fin de vie », sa législation prévoit néanmoins des mesures de sauvegarde différentes devant être appliquées dans le cas de personnes dont la mort n’est pas prévisible à brève échéance : il existe donc une différence de traitement à l’égard des personnes dont la mort est attendue à court terme et les autres personnes qui demandent l’AMM en ce qui a trait aux mesures de sauvegarde obligatoires (plus précisément, le régime exige une période de réflexion d’un mois ainsi que l’avis d’un tiers, soit un psychiatre, soit un spécialiste qui connaît la condition médicale du patient, seulement dans le cas de personnes dont la mort n’est pas attendue à brève échéance).

De même, les lois étrangères ne régissent pas toutes de la même manière les demandes anticipées d’aide médicale à mourir (la question de savoir si une personne peut recevoir l’AMM après avoir perdu l’aptitude à consentir à mourir, à la suite d’une demande faite lorsqu’elle avait la capacité de le faire). Seuls quatre pays autorisent certaines formes de demandes anticipées. La Belgique et le Luxembourg autorisent les demandes anticipées seulement dans le cas de personnes irrémédiablement inconscientes; la Colombie les autorise seulement dans les cas où la mort est imminente (à la fois pour les personnes conscientes et inconscientes); tandis que les Pays-Bas autorisent les demandes anticipées dans le cas de personnes ayant atteint l’âge de 16 ans qui sont encore conscientes mais qui ont perdu la capacité de prendre des décisions.

Aspects clés des régimes étrangers d'AMM

	Admissibilité pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie (inclut les déficiences physiques et les maladies mentales)	Demandes anticipées	
		Personnes inaptes à consentir mais conscientes	Personnes irrémédiablement inconscientes
<i>Canada</i>	Non	Non	Non
<i>États-Unis</i> (Californie, Colorado, district fédéral de Columbia, Hawaï, Maine, New Jersey, Oregon, Vermont, État de Washington)	Non	Non	Non
<i>Australie</i> (Victoria et Australie occidentale)	Non	Non	Non
<i>Nouvelle-Zélande</i> (devrait entrer en vigueur après un référendum)	Non	Non	Non
<i>Colombie</i>	Non	Oui (la mort doit être imminente)	Oui (la mort doit être imminente)
<i>Belgique</i>	Oui	Non	Oui
<i>Pays-Bas</i>	Oui	Oui	Non
<i>Luxembourg</i>	Oui	Non	Oui

Annexe B – Liste des mesures de sauvegarde modifiées

Première série de mesures de sauvegarde : Mort naturelle raisonnablement prévisible

À la suite des modifications proposées au *Code criminel*, la série ci-après de mesures de sauvegarde s'appliquerait aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible (modification du paragraphe 241.2(3) du *Code criminel*) :

- Le patient a fait la demande par écrit devant **un** témoin indépendant qui l'a signée à son tour (**mesure de sauvegarde assouplie**);
 - Les personnes qui sont rémunérées pour fournir des services de soins de santé ou des soins personnels peuvent agir en qualité de témoin indépendant (**mesure de sauvegarde assouplie**);
- Deux médecins indépendants doivent confirmer le respect de tous les critères d'admissibilité;
- La personne doit être informé qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;
- Immédiatement avant la prestation de l'AMM, la personne doit avoir la possibilité de retirer sa demande, et doit confirmer qu'elle consent à recevoir l'AMM (**sauf dans le cas où elle a conclu une « entente de consentement préalable », voir la Partie IV**).

Deuxième série de mesures de sauvegarde : Mort naturelle non raisonnablement prévisible

À la suite des modifications proposées au *Code criminel*, la série ci-après de mesures de sauvegarde s'appliquerait aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (paragraphe 241.2(3.1) proposé du *Code criminel*) :

- Le patient doit faire une demande par écrit devant **un** témoin indépendant qui l'a signée à son tour (**mesure de sauvegarde assouplie**);
 - Une personne dont l'occupation consiste à fournir des services de soins de santé ou des soins personnels peut agir en qualité de témoin indépendant (**mesure de sauvegarde assouplie**);
- Deux médecins indépendants doivent confirmer que tous les critères d'admissibilité ont été respectés;
 - L'un de ces deux médecins doit posséder une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances (**nouvelle mesure de sauvegarde**);
- Période minimale de **90 jours** pour l'évaluation de la demande d'AMM, qui peut être raccourcie si la perte de capacité est imminente et si les évaluations sont terminées (**nouvelle mesure de sauvegarde**);
- S'assurer que la personne a été informée des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents, selon leur disponibilité et leur pertinence (**clarification du consentement éclairé**);
- Le médecin ou l'infirmier praticien et le patient s'accordent sur le fait qu'ils ont discuté des moyens raisonnables pour soulager ses souffrances et que ceux-ci ont été sérieusement envisagés (**clarification du consentement éclairé**);
- Immédiatement avant la prestation de l'AMM, la personne doit avoir la possibilité de retirer sa demande, et doit confirmer son consentement à recevoir l'AMM.