

# *FIN DE VIE AU CANADA : DU VIEILLARD CONFISQUÉ AU VIEILLARD LIBÉRÉ ?*

## Regard extérieur et critique sur une réalité légale et judiciaire

ALBERT EVRARD

Chercheur visiteur, Faculté de Droit, bourse *Recherche  
Innovante*, Centre jésuite d'études catholiques, Collège Saint-  
Paul, Université du Manitoba

Chercheur affilié — Le Groupe de recherche interdisciplinaire  
pour l'étude des vieillissements (GRIVES) — Université de  
Namur (Belgique)

albert.evrard@unamur.be; albert.evrard@umanitoba.ca

Cette contribution traite de la *fin de vie* au Canada<sup>1</sup>, dans sa composante *aide médicale à mourir* (AMM dans la suite du texte) et *soins palliatifs* (SP dans la suite du texte), en pensant aux personnes âgées qui constituent largement le public concerné. Ceci, au moment où il est proposé d'élargir, en période de pandémie, l'AMM à des personnes qui ne sont pas en fin de vie (souffrance psychique, santé mentale, mineurs d'âge — Cour Suprême de Québec CSQ — arrêt Truchon et Gladu, 2019, § 16), dans le cadre du projet de loi fédérale adaptant le Code criminel à l'AMM (projet de loi C-7 du 24 février 2020, représenté 5 octobre 2020).

Le point de vue adopté ici est critique dans une optique « *d'éthique partagée* » (Somerville, 2009, 151). D'une part, l'observateur est Belge, titulaire d'un doctorat en droit et ancien avocat, formé en théologie et en sciences politiques. Il regarde la réalité

canadienne, fédérale et provinciale<sup>2</sup>, à travers l'évolution de la législation, des décisions de cours et tribunaux. D'autre part, l'observation est sous-tendue par un cadre de valeurs morales affirmé comme étant préexistant à toute norme légale. À propos de la fin de vie, ce cadre est fourni par les grandes religions monothéistes, des points de vue universel et canadien et par l'Association médicale mondiale (AMM), importante fédération non confessionnelle de praticiens de la médecine. Ce cadre commun réaffirme comme étant contraire au bien individuel et communautaire, et à la vérité sur l'être humain, toute pratique aboutissant à donner intentionnellement la mort à autrui, et partant, l'immoralité du droit, entré en vigueur, établissant un droit individuel d'exiger d'autrui qu'il pose sur soi un acte aboutissant à sa propre mort ou à celle d'autrui (Congrégation pour la doctrine de la foi, 2020, pp. 9–12).

Dans ce contexte, législation et jurisprudence aident à définir de quoi il est question :

1. *AMM* désigne toute mesure ou tout acte médical contribuant à faire mourir intentionnellement une personne adulte à sa demande. Ceci vise : prescrire, fournir (suicide assisté) et prescrire, fournir et administrer (euthanasie) une substance létale. Ceci vise le fait de ne pas être obligé par la loi d'empêcher ou dénoncer ces faits, ni être poursuivi pour ceux-ci (décriminalisation).
2. *SP* désigne tout accompagnement de la souffrance d'une personne qui va certainement bientôt mourir, sachant que prescrire, fournir et administrer une substance diminuant la souffrance sans avoir intention de donner la mort, c'est en accepter la survenance à un moment non voulu.

Depuis 2016 et la décriminalisation de l'*AMM*, les textes consultés montrent le droit en tension à plusieurs égards. Celui des sentiments traversant la population, le vécu de personnes âgées ou de leurs proches. Celui de positions juridiques (Shariff et Gingerich, 2018, p. 226, 230; Henteleff et al., 2011, p. 116; Council of Canadian Academies, 2018, pp. 14–17), de positions en éthique médicale (l'Association Médicale Mondiale, 2019) ou en morale (Leaders religieux réunis au Vatican, 2019, p. 4, Leaders religieux au Canada, 2020 p. 2-3; Organisation mondiale de la santé—Clements, 1989, p. 34, 91, 106; Goroncy, 2016, p. 223-241; Rae, 2018, p.128-129, 131). Sur fond de davantage de soins palliatifs désirés, ces positions vont du refus de l'*AMM* à son acceptation au côté de la liberté de conscience, quant à sa mise en œuvre.

Comment comprendre la situation actuelle ? Ces tensions ? Quelles conceptions sont véhiculées, de la personne (son origine, sa destination), de la vie et de la mort, de la souffrance, de la compassion ?

Pour y réfléchir, deux concepts dans leur acceptation commune et un sens spécialisé donné en droit

peuvent être examinés : la *confiscation* et la notion de domaine *sacré*.

La *confiscation* concerne surtout l'*AMM*. Relevant du langage juridique, elle est : « l'action de confisquer » ; confisquer signifiant : « Enlever, par acte d'autorité ayant un caractère officiel de sanction, un bien à son propriétaire et l'attribuer au fisc ou à des particuliers qui en ont les droits ». Quoique vieilli, on dit aussi d'un homme dont la santé est désespérée qu'il est « *confisqué* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales-CNRTL)<sup>3</sup>. La question posée ici est de savoir dans quelle mesure le moment unique du « vivre » qui est celui d'entrer et vivre sa mort n'est pas *confisqué* dans le contexte actuel de la *fin de vie* très normée, « procéduralisée » et sensible à toutes les opinions.

Le terme *sacré* concerne davantage les *SP*. Il désigne ce : « Qui appartient à un domaine séparé, inviolable, privilégié par son contact avec la divinité et inspirant crainte et respect » (CNRTL). Relevant de l'étude des religions, le *sacré* est toutefois présent dans le droit, par exemple à travers l'idée d'*imprescriptibilité* (CNRTL)<sup>4</sup> et d'*indisponibilité* ou de *non-disposition* (Egea, 2013, p.181-190)<sup>5</sup>. Habituellement secondaire dans le champ médical, ce *domaine sacré* est largement absent des débats, lois ou décisions de justice sur la *fin de vie*, mais pas de la bioéthique (Somerville, 2009, p. 58-60, 99). Pourtant, le retrouver ne concerne-t-il pas la dignité humaine préexistante à toute déclaration de droit à celle-ci ? Cela n'aiderait-il pas à libérer la *fin de vie* de toute menace de *confiscation* ?

*Caveat* (appel à la vigilance) important, les personnes ayant les ressources physiques, morales et matérielles pour établir ce *domaine sacré* (domicile, cliniques privées) sont davantage à même d'écarter toute menace de *confiscation* pouvant entraîner le choix d'une mort à précipiter, ou sont davantage à même de recourir aux *SP*.

## AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) ET SOINS PALLIATIFS (SP) : LA SITUATION CANADIENNE

Pareille réflexion autour de ces deux concepts de confiscation et domaine sacré ne peut être entamée sans avoir à l'esprit une représentation de la scène canadienne de la *fin de vie*.

Elle paraît se présenter comme *continuum* où situer ce qui est envisagé comme étant des soins (CSQ, 2019, § 130) : l'*aide médicale à mourir* (AMM) et les *soins palliatifs* (SP). Ceci, théoriquement à parité de statut et d'accès, mais, pratiquement, à disparité d'accès pour le patient et de soutien des autorités publiques provinciales compétentes dans le domaine de la santé, en défaveur des SP. Quant à l'*arrêt de soins*, il ne paraît pas traité de la même manière, de sorte que le débat semble binaire, même si articulé à l'existence d'éventuelles *directives anticipées*.

Le contexte canadien paraît refléter celui de bien des sociétés occidentales (Leaders religieux réunis au Vatican, 2019, p. 1-2; Parminder et al., 2019, p. 6-7, 11<sup>6</sup>). S'y retrouvent : la longévité accrue, le changement du rapport médecin-patient, la médicalisation de la mort, la mort proposable comme solution mettant fin à la souffrance (Leaders religieux du Canada, 2020, p. 1), l'implication de différents professionnels, des médias, du système judiciaire, de l'opinion publique en général, les changements culturels, la carence croissante de ressources en raison du désinvestissement de l'État et de la privatisation, des choix d'options diagnostiques et des thérapeutiques coûteuses. Par ailleurs, les décisions prises par les médecins concernant des patients en phase terminale le sont souvent sur la base d'une évaluation personnelle et éthique, alors que la médecine s'appuie par définition sur des faits<sup>7</sup>. Enfin, selon la Déclaration des leaders religieux : « *tant les principes que les pratiques dans le cadre des trois religions monothéistes abrahamiques* », et « *en particulier la recherche du juste équilibre entre les valeurs en conflit, ne sont pas toujours en ligne avec les valeurs actuelles et les pratiques humanistes laïques*<sup>8</sup> » (Leaders religieux réunis au Vatican, 2019, p. 2, Bülow, 2008, p. 424-427<sup>9</sup>).

S'ajoutent au contexte canadien des accents propres au pays dans son ensemble : un vieillissement rapide de la cohorte des baby-boomers (Stats Canada ; Association canadienne des soins palliatifs — ACSP, 2017, p.3)<sup>10</sup>, la qualité de la médecine publique provinciale affectant les plus démunis (Canadian Institute for Health Information—CIHI), les personnes à faibles revenus (surtout des femmes seules), celles atteintes de pertes cognitives ou de polyopathologies physiques et mentales, les aînés issus de minorités ethniques, les migrants âgés.

S'ajoutent aussi à cela :

1. Un contexte hospitalier de *fin de vie* pour 70 % des Canadiens (ACSP, 2017, p. 2). Le patient âgé, ses proches, peu formés à cette *gériatrisation* de la santé, évoluent dans un espace très technique et hygiénique. Le temps y est vécu comme intense. Des décisions sont à prendre rapidement avec des professionnels, souvent en rotation et inconnus du patient.
2. La situation des proches aidants décrite comme alarmante (ACSP, 2017, p.10)<sup>11</sup>, une réduction du bénévolat et du mécénat privé affectant l'avenir des services de SP et de santé comme le tissu social en général (MacDonald, 2020).
3. Un manque structures publiques d'aide à domicile, d'accueil de longue durée, de soins de santé mentale ou de SP au regard des besoins actuels (External Panel on Options for a Legislative Response to Carter v. Canada 2015—EPOLRC, p. 124-126; Council of Canadian Academies—CCA, 2018, p. 26-27). La situation peut être différente selon les provinces, mais elle semble toutefois avoir une composante générale. Ceci, dans un contexte budgétaire serré et une gestion managériale généralisée des institutions de santé.
4. Enfin, le phénomène du don d'organe concomitant à l'AMM ne cesse d'augmenter. Il faut à cet égard se demander s'il n'y a pas là, dans certains cas, un terrain sous pression, justifié par une carence d'organes transplantables.

Ainsi, même s'il était reconnu comme pertinent, sans susciter le débat comme a pu le faire le cas individuel dans l'Arrêt *Carter*, ce contexte intervient dans nombre de situations individuelles.

## Débat et légalisation

Le débat sur la *fin de vie* paraît avoir une composante activiste forte. Un « agenda » existe-t-il pour certaines personnes ou institutions ? Pas de réponse unanime à cette question. En tout cas, un terrain favorise des avancées à l'occasion de situations particulières. En l'état actuel, la trajectoire peut être présentée de la manière suivante : aboutissant à la dépénalisation légale de l'*AMM*, elle a démarré, comme ailleurs, par un cas médiatisé et judiciairisé. Cela a imposé des changements législatifs en un temps court. Tout au long de ce processus, différents rapports semblent avoir pesé lourd dans des décisions prises. Par ailleurs, un élément constant est l'affirmation, sans fondement sûr, de l'existence d'un consensus et d'un désir démocratique de changement radical visant la légalisation de pratiques médicales conduisant à la mort<sup>12</sup>.

- *Arrêt Gloria Carter*

Prise à l'unanimité par les juges de la Cour suprême canadienne, la décision *Carter v Canada* (Avocat général) du 6 février 2015 (Cour Suprême du Canada — CSC, 2015 ; Butler et Tiedemann, 2015) est l'élément déclencheur de cette trajectoire.

Trois points sont à relever dans le cadre de cette affaire :

1. Une situation médicale rare (sclérose latérale amyotrophique [*SLA*]), laisse penser qu'il y a « un consensus social fort soutenant que ces pratiques visant à hâter la mort sont éthiquement acceptables » (CSC, 2015, § 357), et que cela peut être généralisable à toute autre situation de fin de vie, hors le cas de maladie rare.
2. Il est affirmé par la Cour, sans évidence l'établissant, que l'interdiction de l'*AMM* a pour effet de forcer des personnes à mettre fin à leurs

jours prématurément par peur d'être incapable de mettre fin à leur vie (suicide) quand ce serait le moment de le faire. Cela est, pour la Cour, contraire au droit à la vie garanti par la Charte canadienne des droits et libertés<sup>13</sup> (CSC, 2015, § 56-58, § 126). Dans cet article, il est affirmé que le recours à l'*AMM* se limite aux personnes « en fin de vie » et dans un « état médical très sérieux et irrémédiable » (*grievous and irremediable medical condition*). Il y a ici comme un argument de compassion paraissant influencer sur l'interprétation à donner au droit à la vie, dans le but de proclamer un droit à y mettre fin.

3. La décision de la Cour suprême s'imposant, les provinces, territoires, le niveau fédéral reçoivent jusqu'au 6 juin 2016, pour y conformer leur législation.

Les réactions à cette décision, tant dans la presse que des revues juridiques montrent combien, tant sur le plan du droit que sur celui de la compréhension des enjeux liés à la fin de vie, les positions restent partagées et le sujet très sensible. Par ailleurs, les arguments sont décortiqués pour en montrer, d'un côté la force et de l'autre la faiblesse, ainsi le contexte entourant pareille décision.

- *Réponse des provinces*

La première province à répondre est le Québec (tradition *civiliste* napoléonienne et culture propre). La Loi *concernant les soins de fin de vie* du 10 juin 2014, entrée en vigueur le 10 décembre 2015<sup>14</sup> est une loi de santé, adoptée après plus de 8 ans de débats.

Cette loi dite « Bill 57 », définit un droit pour le patient mourant, à recevoir des « soins de fin de vie » (*end-of-life care*). Cela inclut un droit aux *SP* et un droit à l'*AMM* (article 3, 3<sup>o</sup>)<sup>15</sup>. Ce droit est basé sur une affirmation de la « dignité », de « l'autonomie » de toute personne, et de leur respect, et sur le désir de chacun d'une « bonne mort » (article 2). Clairement, *SP* et *AMM* sont sur un même continuum allant de la vie à la mort, perçus comme des moyens pour

soulager la souffrance. La définition s'établit sur la base d'une différence: hâter la mort (*AMM*) ou non (*SP and prolonged sedation*).

- **Code de droit criminel canadien**

Le troisième élément qui aide à tracer la trajectoire du débat sur la fin de vie est apporté par des amendements à la loi fédérale, entrés en vigueur le 17 juin 2016. Sous le terme de «Bill 14», les crimes d'homicide (*coupable homicide*), d'aide au suicide (*aiding suicide*) et d'empoisonnement (*administering a noxious thing*) sont exclus comme qualification de l'*AMM*. En pratique, des fournisseurs de soins médicaux peuvent prescrire, fournir, administrer une substance causant la mort avec intention de la donner (*AMM*). Ce texte contient aussi une définition des *SP* et un engagement fédéral à en faciliter l'accès, ainsi qu'aux actes de l'*AMM*.

De plus, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2018, la loi fédérale établit un système pancanadien de surveillance de l'application de la loi semblable à ce qui existe dans d'autres pays.

Enfin, déposé et adopté de manière presque furtive en raison du contexte pandémique, le projet de loi C-7 du 24 février 2020, représenté 5 octobre 2020, sans traiter des *SP*, vise à: «*a) abroger la disposition exigeant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible pour être admissible à l'aide médicale à mourir; b) préciser que l'aide médicale à mourir n'est pas permise lorsque la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée; c) créer deux séries de mesures de sauvegarde à respecter avant la prestation de l'aide médicale à mourir, chacune s'appliquant selon que la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non; d) permettre la prestation de l'aide médicale à mourir à la personne jugée admissible dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui a perdu, avant la prestation, la capacité à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir, si elle a conclu une entente préalable avec le médecin ou l'infirmier praticien; e) permettre la prestation de l'aide médicale à mourir à la personne qui a perdu la capacité à y consentir, après s'être administré*

*une substance qui lui a été fournie dans le cadre des dispositions régissant l'aide médicale à mourir pour qu'elle cause sa mort*».

Il est frappant de constater l'absence de mention des *SP* et de leur promotion, et l'absence de tout regard critique sur les pratiques en vigueur dans les pays ayant adopté une législation semblable, qu'il s'agisse du fonctionnement des commissions de surveillance, de la mise en œuvre de la loi par les praticiens de la santé ou des effets sur ceux-ci et sur l'entourage des personnes ayant eu recours à l'*AMM* (Devos, 2019).

- **Quatre rapports clés**

Les décisions de justice et les commentaires sur celles-ci s'appuient largement sur quatre rapports paraissant avoir alimenté les débats et orienté les décisions prises pour donner suite à la décision *Carter v Canada*.

Ces rapports paraissent avoir en commun le fait: 1) de faire appel à des experts *pro-AMM* pour leur rédaction; 2) d'affirmer présenter le résultat de consultations de la population reflétant l'opinion générale; 3) d'ignorer le résultat de l'expérience acquise depuis des dizaines d'années dans d'autres pays; 4) d'interpréter de manière extensive les décisions de justice existantes; 5) d'aboutir à des recommandations visant la mise en place provinciale de l'*AMM* à travers des procédures complexes acceptant le risque d'erreur portant sur la vie d'êtres humains<sup>16</sup>.

Par ailleurs, trois idées paraissent constantes: 1) *SP* et *AMM* sont des *prestations* situées sur un *continuum* de services de fin de vie; 2) la carence dans les services et l'accès aux *SP* ne doit pas empêcher le recours à l'*AMM*, vue comme un progrès que rien ne peut freiner; 3) l'accès à l'*AMM* est à élargir aux personnes se trouvant ou non en état terminal. Ceci rendrait acceptable l'expression de la volonté portant sur une *AMM* par des directives anticipées.

## Qui recourt à quoi?

À ces éléments liés à l'activité judiciaire et législative basés sur des rapports d'experts, s'ajoutent des données mesurant la place et l'ampleur de la problématique du choix de fin de vie.

Aucun doute possible, sans que cela soit clairement dit, décider de sa propre mort dans l'espace juridique canadien concerne, jusqu'ici, très largement les personnes âgées. Pour la période comprise entre fin 2016 et fin 2018, la moyenne d'âge des personnes y ayant recours était de 72-73 ans.

Les données disponibles montrent que l'AMM concerne 6749 personnes décédées entre le 10 décembre 2015 et le 31 octobre 2018 (CCA, 2018, p. 20)<sup>17</sup>. Pour les premiers mois de 2018 ont été comptés 1600 décès, ce qui correspond à environ 1,12 % de la mortalité canadienne pour la même période, avec une majorité de Canadiens adoptant l'AMM ayant un âge compris entre 56 et 90 ans. Ce pourcentage monte à 2 % des décès pour le groupe d'âge compris entre 65 et 70 ans, ce qui est un pourcentage de 1 % en plus du nombre des décès pour cette tranche d'âge. Ce pourcentage est comparable à celui d'autres pays, tels que les États-Unis (Oregon) ou les Pays-Bas (gouvernement du Canada, Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2019, p. 7-8).

Concernant les SP, la situation paraît différente<sup>18</sup>. Alors qu'une majorité de Canadiens trouvent que trop peu d'efforts sont consentis dans le domaine de la fin de vie (ACSP, 2017, p. 5), ils paraissent favorables aux SP. Cependant, il est constant que près de 70 % des Canadiens n'ont pas accès à des SP (Collins et Leier, 2017, p. 186)). Derrière ce chiffre, il y a certainement des questions liées aux distances à couvrir dans le pays. De plus, si les médicaments utilisés dans le cadre des SP à domicile sont, depuis 2012, remboursés dans toutes les provinces canadiennes, les SP en milieu hospitalier ne sont en moyenne pas accessibles avant un certain temps et sont par ailleurs de manière privilégiée réservés aux personnes atteintes de cancers<sup>19</sup>.

À la lumière des données consultées, et au regard de l'évolution des pathologies du grand ou du très grand âge, est également préoccupant le faible accès aux SP pour les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou de démences connexes, soit « environ 8 % des personnes de 65 ans et plus [...]. Ce chiffre s'élève à 33 % et plus chez les gens de plus de 85 ans » (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]). Ce groupe présente une mortalité plus de 4 fois supérieure au taux de mortalité observée pour la même tranche d'âge. Or, peu de ses personnes bénéficient de SP: 1 sur 20 en maison de repos et de soins, 1 sur 5 à domicile. Par ailleurs, près de 67 % des personnes âgées atteintes de démence et se trouvant en hôpital auraient nécessité des SP.

Comment réfléchir à cette situation, somme toute assez récente et encore en évolution? Comment réfléchir aux questions soulevées par ces avancées jurisprudentielles et législatives qui, peut-être, ne forment qu'un aspect de l'expression de valeurs existantes dans la société canadienne prétendument neutre (Sue, 2019, p. 163-168)?

## Autour du concept de *confiscation*

La proposition faite ici est, sur le plan des aspects individuels, structurels et juridiques, de partir de l'idée de *confiscation* pour cerner les limites de la situation canadienne décrite.

- *Du point de vue général*

Rappelons qu'au moment du vote de la loi en 2016, se trouvent dans tout le pays quatre médecins ayant une expérience liée à la AMM (CSQ, 2019, § 158). Quatre! Ainsi, ne faut-il pas se demander si l'approche des faits n'a pas été *confisquée* par une autre davantage intellectuelle, théorique, voire idéologique?

- ***Du point de vue individuel***

L'idée de la *confiscation* suggère une action extérieure intériorisée par un patient en *fin de vie*. Au nom de l'autonomie, ce dernier en arrive à confisquer à lui-même la maîtrise sur sa propre vie. Ceci renvoie à un rapport américain, par exemple, désignant une démoralisation de la personne basée sur une « oppression internalisée » (*internalized oppression*), notamment en raison de choix conditionnés par des éléments émotionnels et financiers et donc, par nature, non éclairés (National Council on Disabilities—NCD-USA, 2019, pp. 11–12, 26).

Sur ce point, l'arrêt *Carter* paraît traiter l'argument en le jugeant spéculatif et insuffisant pour justifier le maintien de la criminalisation de tout acte tendant à mettre fin à une vie humaine ou aider à le faire (CSC, 2015, § 118-119). Dans l'arrêt *Truchon et Gladu*, les attendus semblent aller dans le même sens (CSQ, 2019, § 67,6, § 72, § 87). En pratique, sont rejetés toute définition de la vulnérabilité de groupes de personnes prédéfinis et le recours au principe de précaution en face des incertitudes pourtant reconnues (CSQ, 2019, § 252).

La *confiscation* pourrait aussi renvoyer à des pratiques en Ontario combinant le don volontaire d'organe (soumis à des critères de consentement différents) et l'*AMM*. Avec pour résultat le risque d'une internalisation de la démoralisation avec en vue l'idée « d'être encore utile en donnant ses organes » et donc en mourant. Ceci pourrait accélérer la demande de *AMM* dans les cas de maladie non incurable ou de non *fin de vie*, ou faire consentir à une demande provenant du corps médical (position d'autorité), même envisagée sous la seule forme d'une présentation des options possibles (Bollen et al., 2019, p. 111-113).

- ***Du point de vue structurel:***

L'idée de *confiscation* paraît présente à différents endroits :

La décision dans l'arrêt *Carter* s'imposant aux gouvernements fédéral et provinciaux presse de pro-

duire de la législation conforme. Ainsi, le débat de société paraît triplement *confisqué* : par l'urgence (CSQ, 2019, § 96-98, § 101), par les générations en place prenant des décisions pour leurs parents d'aujourd'hui (*baby-boomers*), par le caractère « sans retour en arrière » affirmé de pareille loi, qui est contraire à la nature de toute loi.

Enfin, le financement public de la santé en ce compris la santé mentale et le rôle joué par les compagnies d'assurances ou les instances ayant à approuver certains soins (NCD, 2019, p. 20)<sup>20</sup> sont peu abordés. N'est-ce pas une pression financière ou contractuelle capable de confisquer le libre arbitre de la personne en fin de vie ou de ses proches? En pratique, un refus de certains soins, en situation de carence des *SP*, ne pourrait-il faciliter le recours à l'*AMM* sans que la décision ne soit, en définitive éclairée?

- ***Du point de vue du droit***

Cette idée de *confiscation* pourrait porter sur trois éléments.

D'abord, une approche stricte de droits positifs inclus dans la Charte canadienne des droits et libertés en arrive à *confisquer* au droit à la vie une conception liée à sa finalité. Ceci, au bénéfice d'une moralisation du droit assumant une conception de la vie, de la mort et de la souffrance différente de ce que le cadre juridique a initialement établi (Waldron, 2019, p. 85-93)? L'idée de *confiscation* renvoie ici au concept, à l'origine, américain, de « *Regulatory Takings* », appliqué à la propriété du sol (Brooks, 2013, p. 62-63). Ainsi, la loi ou la jurisprudence relative à la *fin de vie* n'en arrivent-elles pas à vider le droit à la vie de sa substance (le caractère *intouchable*) tout en le conservant nominalement?

Ensuite, pourrait être considéré le principe de légalité des décisions. Dans l'arrêt *Truchon et Gladu*, ont été invalidées les dispositions du Code de droit criminel fédéral (« mort naturelle prévisible ») et de la loi provinciale québécoise (« fin de vie »), élargissant ainsi l'accès à l'*AMM* à des situations non prévues par la loi, au nom d'une anticipation du changement

certain de celle-ci (§739-741 ; §12-14, §234-235 ; § 304-305). L'idée de *confiscation* touche ici à la légalité. Le cadre juridique existant est comme confisqué, au nom de la compassion dans un cas particulier.

Enfin, le préambule de la Charte constitutionnelle canadienne des droits et libertés permet d'aborder un autre aspect de la *confiscation*. Il indique ceci : « *Attendu que le Canada est fondé sur des principes qui reconnaissent la suprématie de Dieu et la primauté du droit* : » (gouvernement du Canada, 1982). Cet attendu est systématiquement ignoré ou *confisqué*, en ce qui concerne la fin de vie (CSQ, 2019, §94). Ne retenant que la « *primauté du droit* », le droit positif n'est-il pas livré à des jeux de force portant sur la vie et la dignité, qui, intangibles, relèveraient de la « *suprématie de Dieu* » ? Ceci ne rend-il pas possible toute atteinte à tout droit positif (droit à la vie, droit à l'égalité, non-discrimination, liberté de conscience et de religion), au mépris de l'architecture constitutionnelle fondamentale et de la rationalité globale fondant la société canadienne (CSQ, 2019, §15, §149, §746) ? Dans tout cela est aussi confisquée l'humilité nécessaire à tout juriste, pour reconnaître que tout n'est pas appréhensible par le droit de la même manière...

Face à cette confiscation aux facettes multiples, ne peut être exclu :

1. Que des citoyens âgés soient amenés à vivre la pensée de la finitude et l'arrivée de l'inéluctable mort comme un temps de « *désespérance* » et non comme un temps où ils peuvent ultimement « *se sentir grandir* » (Pope Francis and Friends, 2018, p. 66, Somerville, 2009, p. 144).
2. Que soit accepté le risque d'erreur d'une mort provoquée « *wrongful death* » (NCD, 2019, Annex F, p. 2) au mépris « du respect le plus grand de la vie » (WMA, 2019).
3. Que s'installe, avec le temps, une politique *de fin de vie* de type *eugénique* passant, par exemple, par la ségrégation, l'accélération de la fin de vie, la diminution de la pauvreté, dans la grande vieillesse (Encyclopédie canadienne).

## AUTOUR DU CONCEPT DE SACRÉ

L'idée de *domaine sacré* paraît ouvrir à la libération de toute confiscation et ainsi permettre à chacun d'accéder en vivant sa mort à une dimension où vivre un temps unique et ultime, où chercher et trouver sûreté et paix devient possible. Cette action propre à l'être humain devrait être protégée par le droit plutôt qu'envahie par lui.

Loin d'être théorique, cette idée rejoint aussi un constat supposant l'existence d'une dimension anthropologique spirituelle (MacKinlay, 2016, p. 44-46; von Humboldt et al., 2013, p. 115, 122) : une expérience intense est vécue par le patient et ses proches dans ses derniers instants. Même en un temps très court, toute personne ayant la foi ou non, est ouverte à des opportunités significatives pour grandir personnellement, socialement, spirituellement et engendrer de véritables réconciliations malgré la présence d'un amenuisement physique et/ou d'une souffrance réelle. De pareils moments d'amour, dans la complexité et la richesse de toute leur dynamique invitent-ils à hâter la mort ou à vivre ensemble le temps donné ?

Ainsi, à l'aide du concept de *sacré*, il est postulé que de pareils moments ne sont pas *confiscables* (Reid, 2012, p. 128) et que la morale, à travers l'éducation à la vie, l'éthique, devrait en retrouver les chemins et en tirer les conséquences nécessaires au point de vue du droit et de l'intangibilité d'éléments soustraits à la manipulation juridique humaine, en établissant un *domaine sacré*.

Ce domaine aurait des caractéristiques, à traduire dans les normes et leur usage :

1. « *Séparé, inviolable* », ni le juridisme ni l'économisme ni une monétarisation de tout espace et temps, ne pourrait laisser planer sur la *fin de vie* la main d'un autre être humain agissant par loi ou le commandement d'un juge ;
2. Le superlatif mis en évidence par l'Association Mondiale des Médecins condamnant toute *AMM* au nom « *du plus grand respect de la vie* »

*humaine*» serait à même de montrer la longueur, la largeur, la hauteur et la profondeur de ce domaine «séparé, inviolable».

3. Le droit positif et les droits fondamentaux, avec au centre un droit à la vie et la liberté de conscience *indisponibles* à toute limitation aboutissant en définitive à les vider de leur substance et inaccessible à la prise tu temps, *imprescriptibles*, le garantiraient.

## CONCLURE...

En décriminalisant en 2016 les actes constituant l'*AMM*, le Canada suit une voie minoritaire, alors que le corps médical, des procès, des évaluations externes ou parlementaires montrent combien tant les acteurs de la santé que les proches sont atteints dramatiquement par l'acte technique, fût-il légalisé.

Les données, bien que compilées sur une période de peu d'années, montrent que l'*AMM* concerne principalement les personnes âgées. La *fin de vie* et certains aspects de la *fin de la vie* paraissent avoir les traits d'une *confiscation* bien réelle pour nombre d'entre elles.

Face à cette précarité organisée par la loi en atténuant le principe de protection des plus vulnérables à la faveur de l'autonomie et du consentement, les religions monothéistes abrahamiques et une médecine assurant le «*plus grand respect de la vie humaine*» (Association médicale mondiale) invitent à (re) penser un *domaine sacré* où, par la loi animée des valeurs les plus hautes, stables, inaccessibles à la technique juridique ou judiciaire, seraient assurées la paix et la sécurité des personnes dans le grand ou le très grand âge. Vivre sa mort dans toute l'ampleur du mystère unique qu'est toute vie est bien l'acte ultime témoignant du vivant de chacun. Comment le droit se refuse-t-il à le protéger? Le paysage législatif en est là, qu'il reste certainement à chacun et aux communautés en partageant les valeurs, à promouvoir une culture solide de la liberté de conscience, et, surtout, à se trouver au chevet de celles et ceux qui se posent la question de la fin de vie.

## NOTES

1. La place de l'aîné dans les Premières Nations (peuples autochtones) mérite un article à elle seule. Le présent article traite des 10 provinces et non des 3 territoires: Nunavut, Yukon et Territoires du Nord-Ouest.
2. Pour le contexte canadien, ce texte n'aurait pu être écrit sans la collaboration de Mary Shariff, professeure à la Faculté de droit, Université du Manitoba. Qu'elle en soit remerciée, ainsi que M<sup>fr</sup> Bertrand Blanchet, auteur du livre *La bioéthique repère d'humanité*, Montréal, Médiaspaul, 2009, 222 p.
3. «Confisquer». Par analogie «S'emparer de quelque chose, l'accaparer en s'en rendant maître» ou «Accaparer quelqu'un pour soi seul en le soustrayant aux autres».
4. Par analogie: «Caractère de ce qui ne peut être aboli ou effacé par l'effet du temps».
5. «La Personne est indisponible. Elle se définit essentiellement par cette caractéristique qui seule la distingue. Le principe d'indisponibilité apparaît comme un principe de persistance. Il importe que les personnes demeurent, qu'elles persévèrent dans leur être. Leur existence mouvante, leur histoire, les événements variés qui modèlent toute vie, tout cela s'exprime et se meut sur fond d'indisponibilité. La persistance de la personne si importante pour l'organisation de la vie en société comme pour la stabilité des relations entre individus est garantie en droit par l'indisponibilité qui devient ainsi l'une des conditions *sine qua non* de l'ordre juridique».
6. À l'instar de SHARE en Europe, le Canada s'est doté depuis 2001 de la CLSA (*Canadian Longitudinal Study on Aging*). L'échantillon constitué entre 2011 et 2015 de 50 000 Canadiens âgés (sur une population de 37, 06 millions de personnes) fait l'objet d'une étude continue revue tous les 3 ans jusqu'en 2030.
7. Des études montrent que les croyances religieuses des médecins jouent un rôle important dans les unités de soins intensifs (Hans-Henrik Bülow, 2008, p. 427).
8. Vu à partir des grandes religions le terme technique «laïque» fait référence à ce qui est en dehors de ces dernières.
9. La position hindouiste et sikhe, bouddhiste, confucianiste/taoïste sont est nuancés, mais un refus d'une mort provoquée (euthanasie — *mercy killing*) est assez général. L'islam le judaïsme et le catholicisme la refusent clairement. Dans le christianisme, des tendances protestantes diverses co-existent.
10. Statistique Canada, *Highlights. Population count and population growth in Canada*: «En 2016, on comptait environ 1,5 million de personnes de 80 ans et plus et on estime qu'elles seront 3,3 millions en 2036»; «Les premiers baby-

- boomers ont atteint l'âge de 65 ans en 2011. Dans 10 ans, ils deviendront octogénaires, au moment où les boomers les plus jeunes les auront remplacés dans la fourchette des 60 à 70 ans», ACSP, 2017, p.3.
11. ACSP, 2017, p. 10 : « Plus du quart (28 %) des aidants, soit 2,2 millions de personnes, se considèrent “prises en sandwich” entre leurs responsabilités d'aidant et celles de parents de jeunes enfants. La majorité de ce groupe est constituée de femmes de 35 à 44 ans qui prennent soin d'un parent, tout en ayant au moins un enfant de moins de 18 ans à élever à la maison »;
  12. Pour une reprise récente des différentes étapes. Arrêt Truchon et Gladu, CSQ, 2019, § 74 — 153.
  13. Article 7 : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ».
  14. Le « Bill 57 » porte sur la *AMM*, les *PC* et les *directives anticipées*.
  15. L'article 26 du « Bill 57 » détaille les conditions de l'aide médicale à mourir : être assuré (assurance maladie provinciale); être majeur; capable de donner un consentement aux soins; se trouver en fin de vie; souffrir d'une maladie sérieuse et incurable; être dans un état avancé et irréversible de déclin de ses capacités; endurer une souffrance (physique et/ou psychologique) constante et insupportable ne pouvant être apaisée dans des conditions jugées tolérables.
  16. Avant que la loi québécoise ne sorte, le 30 novembre 2015, un rapport d'experts désignés pour les ministres de la Justice et de la Santé de 11 provinces ou territoires établit 43 recommandations; un rapport émanant d'un comité conjoint du Sénat et de la Chambre des représentants daté de février 2016 établit 21 recommandations concernant l'AMM. Plus ancien, un rapport établi par un panel d'experts canadiens et extérieurs, présentant aux ministres de la Santé et de la Justice du gouvernement canadien, présente les options législatives possibles en réponse à l'arrêt Carter (décembre 2015) et un rapport d'experts tant canadiens qu'étrangers (2011).
  17. Jusqu'ici, des rapports intérimaires du gouvernement fédéral existent compilant des données pour les 10 provinces et 3 territoires formant le pays. Au 1er novembre 2018, la réglementation fédérale mettant au point un mécanisme de contrôle de l'AMM est entrée en vigueur. Elle prévoit, à partir du printemps 2020, la sortie d'un rapport annuel.
  18. Une loi fédérale du 12 décembre 2017 établit la planification et l'accès aux soins palliatifs pour le pays (projet de loi C-277). La mise en œuvre se fait attendre.
  19. Ces déficits structurels paraissent communs à l'ensemble des pays proposant les *SP*. Ceci est étonnant, car il est établi que l'existence de *SP* de qualité en hôpital réduit de 50 % les coûts d'une hospitalisation en fin de vie — réduction largement attribuable à l'évitement d'autres traitements très coûteux (ACSP, 2017, p.3) et améliore la manière dont les patients et les proches vivent la fin de vie. La question qui se pose, au moment où est introduite et soutenue la *AMM*, est donc de savoir si une réelle volonté politique existe pour soutenir les *SP*.
  20. Ce rôle des compagnies d'assurances, poussant en définitive vers la solution « la moins chère » qui est le suicide assisté, est clairement souligné.

## BIBLIOGRAPHIE

Les sites ont été visités le 15 octobre 2020.

Angus Reid Institute. (2016) Physician-Assisted Suicide : Canadians reject certain Commons Committee recommendations. Récupéré dans : <http://angusreid.org/assisted-suicide-law/>

Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) :

– Autochtones (non daté). Récupéré dans : <https://www.chpca.net/devenez-un-membre/groupe-d'int%C3%A9r%C3%AAt-en-questions-autochtones.aspx>

– Fiche d'information. Les soins palliatifs au Canada, 2017. Récupéré dans : <https://www.peacearchhospice.org/wp-content/uploads/CHPCA-Fact-Sheet-Updated-Summer-2017.pdf>

Association Mondiale des Médecins (WMA) (2019). Déclaration sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté du 19 octobre 2019. Récupéré dans : <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

Bollen J., Shaw D., de Wert G., Hoopen R., Ysebaert D., van Heurn Er., van MOOK W. (2019) Euthanasia through living organ donation : Ethical, legal, and medical challenges. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 38 (2), 111–113. Récupéré dans : <https://doi.org/10.1016/j.healun.2018.07.014>

Brooks D. (2013). Regulatory Takings in the Oil, Gas and Mineral Context. *Energy & Min. L. Inst.* 34 (3).

Bülow, H.-H.; Sprung, Ch. Reinhart, K.; Prayag, S.; Du, B.; Armaganidis, A.; Levy, M. (2008). The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 34 (3), 423–430. Doi : 10.1007/s00134-007-0973-8

- Butler M., Tiedemann M., (2015). Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Étude générale. Récupéré dans Parlement du Canada: <https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2015-47-f.pdf>
- Canadian Institute for Health Information, Récupéré dans : <https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/spotlight-on-dementia-issues/palliative-and-end-of-life-care>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)  
 – « Confiscation ». Récupérés dans : <https://www.cnrtl.fr/definition/confiscation> ; <https://www.cnrtl.fr/definition/confisquer> ;  
 – « Sacré ». Récupéré dans : <https://www.cnrtl.fr/definition/sacr%C3%A9>  
 – « Imprescriptibilité ». Récupéré dans : <https://www.cnrtl.fr/definition/imprescriptibilit%C3%A9>
- Collins, A. Leier B. (2017). Can medical assistance in dying harm rural and remote palliative care in Canada? *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*. 63 (3), 186-190.
- Congregation for the doctrine of the faith, Letter *Samaritanus Bonus*, on the care of persons in the critical and terminal phases of life, 14th of July 2020. Récupéré dans : [http://w2.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20200714\\_samaritanus-bonus\\_en.html](http://w2.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_en.html)
- Cour suprême du Canada, *Carter v. Canada* (Attorney General) [2015] S.C.J. N° 5, 2015, SCC 5 [2015] 1 S.C.R. 331. Récupéré dans : <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> ;
- Cour supérieure du Québec, *Truchon et Gladu c. Procureur général du Canada*, 11 septembre 2019 QCCS 3792 (CanLII). Récupéré dans : <https://www.canlii.org/en/qc/qccs/doc/2019/2019qccs3792/2019qccs3792.html?resultIndex=1>
- Council of Canadian Academies:  
 – (2018) State of Knowledge on Medical Assistance in Dying for Mature Minors, Advanced Requests, and where the Mental Disorder is the Sole Underlying Medical Condition. Summary Reports.  
 – (2018) State of Knowledge on Medical Assistance in Dying where the Mental Disorder is the Sole Underlying Medical Condition. Summary Reports.  
 – (2018) The State of Knowledge on Advanced Requests for Medical Assistance in Dying.
- Devos, T. (dir.) (2019) *Euthanasie, l'envers du décor. Réflexions et expériences de soignants*, Bruxelles, Belgique : Éditions Mols, coll. Autres Regards, 240 p.
- Egea P. (2013) *L'indisponibilité de la personne. Confession d'un masque*, Toulouse, France : Presses universitaires de Toulouse. Récupéré dans : <https://books.openedition.org/putc/3038?lang=fr>
- L'Encyclopédie canadienne, V° « Eugénique ». Récupéré dans : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/eugénique>
- External Panel on Options for a Legislative Response to Carter V. Canada (2015) Consultations on Physician-Assisted Dying. Summary of results and Key-findings. Final Report. Récupéré dans : <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/pad-amm/pad.pdf>
- Goroncy, J. (2016). Euthanasia : Some theological considerations for living responsibly. *Pacifica*, 29(3), 221–243. Doi : 10.1177/1030570X17711957
- Gouvernement du Canada :  
 – Loi constitutionnelle de 1982. Récupéré dans : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>  
 – Monitoring de l'AMM. Récupéré dans : <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2018/08/regulations-for-monitoring-medical-assistance-in-dying-come-into-force.html>  
 – Fourth Interim Report on Medical assistance in Dying in Canada, April 2019. Sur le site : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019-eng.pdf>  
 – Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) du 17 juin 2016. Récupéré dans : <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royal>  
 – Projet de loi C-277 du 12 décembre 2017, doit avancer la planification et l'accès aux soins palliatifs. Récupéré dans : [Soins palliatifs - Canada.ca](http://www.soinspalliatifs.ca)  
 – Projet de loi C-7 du 24 février 2020 modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir). Récupéré dans : <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-1/projet-loi/C-7/premiere-lecture>
- Gouvernement du Québec :  
 – Loi concernant les soins de fin de vie. Récupéré dans : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>
- Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir (2015) Rapport final 30 novembre 2015. Récupéré dans : [http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport\\_20151214\\_fr.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_fr.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2016) Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? Récupéré du site de l'organisme : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note\\_methodologique\\_soins\\_palliatifs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note_methodologique_soins_palliatifs_web.pdf)

- Henteleff Y., Shariff M. J. et Macpherson D. L. (2011) Palliative Care: An Enforceable Canadian Human Right in *McGill Journal of Law and Health/Revue de droit et santé de McGill*, 5 (1), 106-160.
- Hughes J. (2016). The Physiology and Psychology of Aging: Should Aging be Successful or Authentic? Dans G. Scarre (Ed.), *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging* (p.49-68) London, United Kingdom: Palgrave Macmillan.
- Jacquemin Dominique (dir.). (2016) *Besoins spirituels. Soins, désirs, responsabilités*, Namur/Paris: Éditions Jésuites, coll. Soins et Spiritualités n° 7.
- Leaders religieux réunis au Vatican. (2019). Déclaration des religions monothéistes abrahamiques sur les problématiques de la fin de vie, signée le lundi 28 octobre 2019. Récupéré de: <https://www.vaticannews.va/fr/vatican/news/2019-10/religions-monotheistes.html>
- Leaders religieux réunis au Canada. (2020). Nous pouvons, nous devons faire *beaucoup* mieux. Les leaders religieux au Canada dénoncent le projet de loi C-7 « Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) ». Récupéré de: <https://crc-canada.org/nous-pouvons-nous-devons-faire-beaucoup-mieux/>
- MacDonald, B. (November 28, 2019). From church to office: How Canadian workplaces may become the new temples for generosity. Récupéré à: <https://imaginecanada.ca/en/360/church-office-how-canadian-workplaces-may-become-new-temples-generosity>
- MacKinlay, E. (2016). Ageing and Spirituality across Faiths and Cultures. Dans M. Johnson, J. Walker (Ed.), *Spiritual Dimensions of Ageing* (p. 32–50). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- National Council on Disability (US) (2019) The danger of Assisted Suicide Laws. Part of the Bioethics and Disability Series. Récupéré dans: [www.ncd.gov](http://www.ncd.gov)
- Organisation mondiale de la santé (OMS):
- *Améliorer l'accès aux soins palliatifs*. Doc WHO/NMH/NVI/15.5. Récupéré du site de l'organisme: [https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic\\_palliative\\_care\\_FR\\_rev.pdf](https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_FR_rev.pdf)
  - *Cancer. Soins palliatifs*. Récupéré du site de l'organisme: <https://www.who.int/cancer/palliative/fr/>
- Parlement du Canada (2016) *L'aide médicale à mourir: une approche centrée sur le patient*. Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir. Récupéré dans: <https://www.parl.ca/Content/Committee/421/PDAM/Reports/RP8120006/pdamrp01/pdamrp01-f.pdf>
- Parminder R., Wolfson C., Kirkland S., Griffith L.E, Balion C., Cossette, B., Young L. (2019). Cohort Profile: The Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *International Journal of Epidemiology*, 48 (6), 1–12. doi:10.1093/ije/dyz221.
- Pope Francis and Friends. (2018) *Sharing the wisdom of time*, Dublin, Ireland: Messenger Publications.
- Rae, S. (2018) Theological Framework for Aging and the End of Life. Dans L. Dryjanska, R. Giua. Silver Universe: Views on Active Living (pp. 127–136). Lanham, USA: Lexington, Ebook Collection.
- Reid, G. A. (2012) Spirituality and End of Life Issues: A Review. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 24 (1–2), 120–130. Doi: 10.1080/15528030.2012.633054
- Royal Society of Canada Expert Panel. (2011). End-of-Life Decision Making. Récupéré dans: [https://rsc-src.ca/sites/default/files/RSCEndofLifeReport2011\\_EN\\_Formatted\\_FINAL.pdf](https://rsc-src.ca/sites/default/files/RSCEndofLifeReport2011_EN_Formatted_FINAL.pdf)
- Shariff M.J. et Gingerich M. (2018). Endgame: Philosophical, Clinical, Legal Distinctions between Palliative Care and Termination of Life, Summer/June 2018, 225–293. Récupéré dans: [https://works.bepress.com/mary\\_shariff/35/](https://works.bepress.com/mary_shariff/35/)
- Somerville M. *L'imagination éthique. À la recherche d'une éthique partagée*, Montréal, Liber. (traduit de l'anglais), 2009, 200 p.
- Statistique Canada. Récupéré dans: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2010001/aftertoc-aprestdm1-eng.htm>
- Su A., Transformative State Neutrality. Dans Ross, D., Mix-Ross, S. E, Ed. (2019) *Canadian Pluralism and the Charter: Moral Diversity in a Free and Democratic Society* (pp. 159–186), Toronto, LexisNexis Canada 392 p.
- von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F. (2013) Does spirituality really matter?: A study on the potential of spirituality for older adult's adjustment to aging. *Japanese Psychological Research*, 56 (2), 114–125. DOI: 10.1111/jpr.12033
- Waldron, M. A., The Intolerant State: The Use and Misuse of Charter Values in the Supreme Court of Canada, Dans Ross, D., Mix-Ross, S, Ed. (2019) *Canadian Pluralism and the Charter Moral Diversity in a Free and Democratic Society* (pp. 84-106), Toronto, LexisNexis Canada, 392 p.