

**RAPPORT DU COMITÉ DE JURISTES EXPERTS SUR LA MISE EN ŒUVRE
DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION SPÉCIALE DE
L'ASSEMBLÉE NATIONALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA
DIGNITÉ**

RÉSUMÉ

Le 14 juin 2012, le Gouvernement du Québec mandatait un Comité de juristes experts pour faire des recommandations sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale du Québec sur la question de mourir dans la dignité.

Le mandat du Comité, présidé par Me Jean-Pierre Ménard Ad.E., et composé de deux autres membres, Me Jean-Claude Hébert, Ad.E. et Me Michelle Giroux, était d'examiner l'état actuel du droit d'une part, et de proposer des moyens de mettre en œuvre les recommandations de la Commission.

Le 15 janvier 2013, le Comité remet formellement son rapport à la ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du dossier mourir dans la dignité, madame Véronique Hivon.

Le rapport fait un examen exhaustif de l'évolution des règles de droit entourant les décisions de fin de vie sous l'angle des règles du droit criminel, du droit civil et du droit public et constitutionnel dans le contexte de l'application des Chartes. Il traite de l'ensemble des pratiques actuelles de soins de fin de vie pour proposer par la suite un nouvel encadrement juridique de ceux-ci. Le rapport se termine par une analyse des responsabilités du Procureur Général du Québec dans l'application des lois à l'égard des situations de fin de vie.

Les progrès de la médecine (p. 8 à 20)

L'évolution du droit à l'égard des soins de fin de vie a été fortement influencée par les progrès de la médecine, particulièrement à partir de la seconde moitié du XXe siècle. Ces progrès ont permis un allongement considérable de l'espérance de vie tout en générant en même temps des situations nouvelles, comme la survie de patients à l'état végétatif, la prolongation de survie de malades atteints de maladie dégénérative ou débilitante, la survie de nouveaux-nés lourdement handicapés, etc. Les progrès de la médecine ont eu pour effet de faire en sorte que dans un nombre important de cas, la décision du moment et de la manière de mourir est devenue une décision humaine.

L'encadrement juridique des soins de fin de vie

Le droit criminel (p. 21 à 55)

Ces progrès ont rapidement généré des évolutions juridiques importantes. Dans un premier temps, c'est le Code criminel qui définit les règles entourant la protection de la vie. Les valeurs exprimées par le Code criminel, dont l'adoption remonte à 1892, reposent sur le principe du caractère sacré de la vie et ne fait pas de place à l'expression de la volonté de la personne. Même si la portée du caractère sacré de la vie s'est atténuée, entre autre par la décriminalisation de la tentative de suicide en 1972, les règles ont peu changé depuis.

Quelques rares poursuites ont été entreprises contre des professionnels de la santé qui auraient aidé certains patients à mourir, mais, dans la grande majorité des cas, les poursuites se sont terminées soit par des acquittements, des retraits de procédure ou, s'il y avait culpabilité, par des sentences symboliques et peu dissuasives. Trois problèmes rendent très difficile l'application des règles de droit criminel dans les causes de soins de fin de vie. Il est difficile de prouver l'intention coupable du médecin qui justifie toujours ses actes dans le but de soulager le malade. Il est aussi difficile d'établir que cet acte du médecin est, hors de tout doute raisonnable, une contribution importante dans la cause de

décès et enfin, les sentences sont rarement dissuasives, les jurys exprimant de la sympathie pour le médecin dès lors qu'il appert que ce dernier a agi par compassion. Au Québec, aucune poursuite n'a été intentée à ce jour dans le contexte de soins de fin de vie. La situation est la même dans tous les pays qui ont des systèmes juridiques comparable au nôtre, tel la Grande-Bretagne et les États-Unis. La même situation existe en France.

Le droit civil (p. 56 à 112)

Au début des années 1970, le législateur québécois introduit dans le Code civil la notion d'inviolabilité de la personne, qui a eu des conséquences considérables sur le droit de la personne de disposer de son corps. L'introduction de cette règle dans notre droit a entraîné le développement de la notion de consentement libre et éclairé et surtout, celle de l'autonomie de la personne.

L'évolution de la jurisprudence qui a suivi a reconnu le droit d'une personne d'interrompre un traitement, même si cela pouvait causer sa mort (affaire Nancy B.). Elle a reconnu également le droit d'une personne de s'abstenir de soins, même si cette abstention peut causer sa mort (affaire Corbeil). Ces droits ont été reconnus à la personne, malgré les dispositions du Code criminel sur la protection de la vie qui ont vu leur portée diminuer considérablement, dès lors que le consentement de la personne est donné de façon libre et éclairée. Le droit de refuser les soins est également reconnu à toute personne majeure apte à consentir, et, dans une mesure moindre, au mineur de 14 ans et plus, et au majeur inapte ou à ceux qui le représentent, incluant le mineur de moins de 14 ans.

Le droit civil a également reconnu le droit des mineurs et des majeurs inaptes au refus, à l'interruption et à l'abstention de traitement lorsque ce traitement ne procure plus d'avantages suffisants à la personne, et même si cette décision entraîne la mort. Les tribunaux ont mis de l'avant le concept de dignité de la personne comme valeur prépondérante sur le caractère sacré de la vie.

L'impact des chartes (p. 113 à 204)

L'adoption de la Charte des droits et libertés de la personne par le Québec en 1975 et surtout de la Charte canadienne des droits en 1982, a eu un impact considérable sur les droits des personnes à disposer de leur corps. L'article 7 de la Charte canadienne des droits confère à toute personne le droit à la vie, la sécurité et la liberté de la personne. Dans l'interprétation qu'en a faite la Cour Suprême du Canada dans l'affaire Morgentaler, en 1988, il a été déterminé que le droit à la sécurité confère à la personne une protection très large de son intégrité physique et la protège contre toute atteinte de l'État qui ne respecte pas les règles de justice fondamentale. C'est en se basant sur ce principe que la Cour a invalidé les dispositions du Code criminel qui limitaient le droit d'une femme de se faire avorter.

En 1993, dans l'affaire Sue Rodriguez, tous les juges ont conclu que les règles du Code criminel qui prohibaient l'aide au suicide contrevenaient à la Charte. Huit des neuf juges ont conclu que l'article 241 du Code criminel contrevenait spécifiquement à l'article 7 de la Charte. Cependant, cinq des neuf juges ont conclu que cette contravention à l'article 7 de la Charte ne portait pas atteinte aux règles de justice fondamentale.

Le raisonnement de la Cour reposait sur le fait qu'il n'y avait aucun consensus social en faveur de la décriminalisation de l'aide au suicide, que toutes les associations médicales s'y opposaient et qu'aucune juridiction étrangère n'avait encore permis semblable ouverture. Selon la Cour, les dispositions du Code criminel visaient à protéger les personnes vulnérables, et aucun moyen autre qu'une prohibition absolue n'était acceptable pour ce faire.

Les quatre juges minoritaires auraient au contraire permis, dans certaines circonstances fortement encadrées, qu'une personne majeure apte puisse, dans un cas comme celui de Mme Rodriguez, requérir une aide au suicide sans conséquence criminelle pour quiconque.

En 2012, une décision de la Cour suprême de Colombie-Britannique, l'affaire Carter, a réexaminé les règles du Code criminel à l'égard de la Charte canadienne. La juge, après un examen exhaustif d'une preuve considérable de tous les arguments favorables et défavorables à l'aide médicale à mourir, conclut entre autres que les articles 14, 222 et 241 du Code criminel contreviennent à l'article 7 de la Charte et que cette contravention n'est pas compatible avec les règles de justice fondamentale et les règles de l'article 1 de la Charte canadienne.

La juge a considéré que l'interdiction de l'aide médicale à mourir ne contrevenait pas à l'éthique médicale, ne nuirait pas au développement des soins palliatifs, n'affecterait pas négativement la relation patient-médecin et, avec des garanties appropriées, ne générerait pas de phénomène de pente glissante. L'examen des situations étrangères n'a pas permis de constater une telle pente glissante, rien n'indiquait que les personnes vulnérables avaient été lésées par les nouvelles lois. Toutefois, la juge réserve l'accès à l'aide médicale à mourir aux seules personnes majeures aptes, atteintes d'une condition critique, qui solliciteraient une telle aide dans un contexte de consentement libre et éclairé. Elle accorde également une exemption constitutionnelle à la demanderesse Gloria Taylor, dont la situation est la même que celle de Sue Rodriguez.

À l'égard de la Charte, la juge conclut à l'invalidité des dispositions du Code criminel qui contreviennent au droit à la vie de l'article 7, puisque ces dispositions peuvent obliger une personne handicapée à se suicider plus précocement pendant qu'elle est encore capable de le faire elle-même. Elle conclut, sur la foi d'une évolution, subséquente à l'affaire Rodriguez des règles de justice fondamentale, que les règles du Code criminel établissant une prohibition complète de toute forme d'aide médicale à mourir ont une portée excessive et un effet exagérément disproportionné eu égard à l'objectif visé. De même, les dispositions du Code criminel contreviennent au droit à l'égalité de l'article 15 de la Charte, parce qu'elles imposent un fardeau plus lourd à une personne handicapée qu'à l'égard des autres citoyens et cette contravention à l'article 15 de la charte ne constitue pas une limite raisonnable dans une société libre et démocratique, selon les dispositions de l'article 1 de la Charte.

Les Chartes ont atténué le caractère sacré de la vie, la vie ne devenant qu'un droit parmi d'autres qui sont préservés par l'article 7. D'inspiration religieuse, ce principe a connu au fil du XXe siècle plusieurs atténuations. Ce n'est plus la vie pour la vie qui mérite d'être maintenue, mais la vie dotée d'une certaine dignité. Quand cette dignité n'existe plus, il n'y a pas de justification de la maintenir. Le concept de dignité de la vie se rattache à la liberté de la personne et lui est intrinsèquement lié.

L'intérêt de l'État pour la vie est une valeur fondamentale qui peut contrevenir au droit à l'autonomie de la personne. Toutefois, en fin de vie, l'intérêt de l'État dans la préservation de la vie s'atténue au profit de l'autonomie décisionnelle de la personne.

Enfin, les tribunaux ont développé, postérieurement à l'affaire Morgentaler, une interprétation particulière du droit à la liberté de la personne qui a de grandes conséquences dans les soins de fin de vie. Énoncée par la juge Wilson seulement, dans l'affaire Morgentaler, cette interprétation reconnaît qu'il existe, pour toute personne, une sphère de décision tellement personnelle, tellement privée, que l'État ne pourrait s'ingérer dans de telles décisions. Après l'affaire Rodriguez, ce concept de liberté de la personne a fait l'objet d'une acceptation graduelle par la Cour Suprême, pour représenter l'opinion majoritaire dans plusieurs décisions depuis le début des années 2000. Il ne fait pas de doute que les décisions de fin de vie sont incluses dans ce concept, comme l'a d'ailleurs formellement reconnu la Cour Européenne des droits de l'homme dans quelques décisions sur le même concept.

Le Code criminel doit intégrer, dans son interprétation, les valeurs mises de l'avant par la Charte, parce qu'il est assujéti aux dispositions de la Charte. Si, à l'origine, le concept d'autonomie décisionnelle ne faisait pas partie des valeurs du droit criminel, l'évolution juridique générée par la Charte oblige aujourd'hui à intégrer l'autonomie décisionnelle dans l'interprétation des règles du Code criminel. Les dispositions qui nient cette autonomie ont à ce jour été neutralisées ou atténuées par les règles de la Charte canadienne.

L'ÉTAT DES PRATIQUES

L'ensemble des pratiques actuelles de soins de fin de vie a fait l'objet d'une analyse juridique. Les constats suivants s'en dégagent.

Les volontés anticipées (p. 206 à 211)

Même si la loi permet à une personne aujourd'hui apte d'exprimer ses volontés à l'égard des soins lorsqu'elle sera devenue inapte, de nombreuses difficultés rendent très souvent inapplicables ces volontés, soit en raison de l'ignorance de leur existence, de leur imprécision ou des doutes quant à l'aptitude de la personne au moment de leur confection.

Les droits et obligations du médecin à l'égard d'un patient en fin de vie (p. 211 à 226)

Le Code de déontologie des médecins reconnaît à chaque médecin le droit de refuser, sauf en situation d'urgence, la dispensation de soins si un tel acte est contraire à ses valeurs. Il doit dans ce cas en informer son patient et le référer à un autre collègue.

De même, le médecin n'est pas tenu d'offrir des soins en toutes circonstances. Ainsi, il n'est pas tenu de dispenser des soins s'ils ne sont pas médicalement indiqués ou sont futiles, si le patient les refuse ou pour toute autre raison valable.

L'état actuel de l'ensemble des pratiques de soins en fin de vie exige une redéfinition de l'encadrement juridique pour clarifier les droits des patients et les responsabilités des intervenants et des professionnels.

L'acharnement thérapeutique (p. 227 à 232)

L'acharnement thérapeutique est encore aujourd'hui une réalité substantielle en fin de vie. Elle émane des médecins dans bon nombre de cas, et découle parfois de demandes excessives des patients ou de leurs proches. Il existe une certaine méconnaissance des règles qui entourent ce concept.

Les soins palliatifs (p. 232 à 235)

La loi actuelle est floue et ne permet pas vraiment d'exiger des soins palliatifs. Les établissements ne sont pas tenus d'en dispenser. L'accès à ces soins est inégal et souvent difficile.

La sédation palliative terminale (p. 248 à 257)

Cette pratique découle d'une évolution des soins palliatifs. Elle consiste, lorsqu'elle est terminale, à placer la personne sous sédation continue, tout en retirant l'alimentation et l'hydratation artificielle, ce qui va certainement entraîner la mort du patient. Cette pratique connaît une certaine extension, inconnue précisément, et repose sur des indications floues, sans règles claires quant au consentement de la personne.

Le choix du lieu de fin de vie (p. 236 à 248)

Malgré le souhait d'une majorité de personnes, mourir à domicile demeure une rareté. En établissement de santé, les soins palliatifs ne sont pas suffisamment développés, que ce soit en hôpital ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Il y a peu de maisons de soins palliatifs et leur critère d'accès varie de l'une à l'autre.

Le refus, l'abstention et l'interruption de traitement (p. 252 à 282)

Ces processus, qui sont très clairs selon la jurisprudence, semblent encore dans beaucoup de milieux, difficiles d'application. Les patients éprouvent certaines difficultés à faire respecter leur décision, particulièrement si celle-ci entraîne des conséquences considérables. Des difficultés particulières se posent à l'égard des patients en état neuro-végétatif. De même, les ordonnances de non réanimation ont besoin d'être mieux encadrées, de même que la pratique de niveaux de soins.

Les pratiques actuelles d'euthanasie et d'aide au suicide (p. 283 à 285)

Malgré la prohibition du Code criminel, les pratiques euthanasiques ou d'aide au suicide existent au Québec et au Canada à une certaine fréquence. Comme ces pratiques sont clandestines, elles ne sont pas documentées et il est impossible de savoir si elles s'exercent dans le respect des droits des personnes.

REVOIR L'ENCADREMENT JURIDIQUE DE LA FIN DE VIE

Avant de définir quelle intervention serait appropriée, il faut réexaminer quelques dimensions importantes de l'action de l'État québécois.

Le cadre constitutionnel (p. 291 à 301)

Sur le plan constitutionnel, la compétence du Québec en matière de santé est très large et englobe la plus grande partie des aspects des soins de fin de vie. Il a le pouvoir de réglementer les relations patient-médecin, l'organisation du système de santé, les règles de consentement, les modalités d'accès aux soins et la formation des professionnels de la santé. Le gouvernement fédéral intervient pour sa part en matière de droit criminel, en créant des infractions pour réprimer certains comportements, tel le suicide assisté. Toutefois, la décision de déposer des poursuites criminelles relève du Procureur Général du Québec à qui incombe la compétence constitutionnelle d'administrer la justice.

Le suicide et la protection des personnes vulnérables (p. 301 à 314)

La mission de l'État à l'égard du suicide se concentre et s'applique essentiellement au suicide pathologique, c'est-à-dire au suicide généré par une maladie mentale. Dans ce cas, l'État peut mettre en place un cadre juridique qui empêche les personnes de se suicider. Lorsqu'une démarche pour mettre fin à ses jours n'est pas générée par une maladie mentale, l'État ne peut empêcher la personne de mettre fin à ses jours et les tribunaux valideront le droit de la personne majeure apte à mettre fin à sa vie.

De même l'État peut intervenir de diverses façons pour protéger les personnes vulnérables, en mettant en place des mécanismes pour assurer leur représentation ou en prohibant certains actes ou traitements.

Encadrement par le système de santé et de services sociaux (p. 315 à 329)

Le Comité de juristes experts recommande que l'ensemble des processus de soins de fin de vie soit encadré par le système de santé.

Ceci implique des responsabilités pour le Ministre de la santé et des services sociaux, les agences de santé et de services sociaux de chaque région, et l'ensemble des établissements impliqués dans la dispensation de soins de fin de vie.

À l'égard du Ministre, la loi devrait définir son rôle à cet égard. Il est proposé qu'il émette des orientations pour l'ensemble du système de santé, portant à la fois sur l'expression des droits des patients, le mode d'organisation qu'il propose et les procédures applicables aux agences et aux établissements. Il devrait également produire un Guide des droits des personnes en fin de vie afin de permettre à toute personne un accès à toute l'information pertinente pour organiser sa fin de vie.

Quant aux agences, elles devraient aussi informer les usagers de leur territoire des services et ressources disponibles. De plus, elles doivent organiser et coordonner l'offre de soins palliatifs sur leur territoire.

Quant aux établissements, ils seront appelés à jouer un rôle important. Ils devraient mieux organiser la prestation de soins palliatifs, sans nécessairement refaire leur structure, d'une manière suffisante pour répondre au droit des patients à des soins palliatifs. Les établissements devraient adopter des protocoles et des règles de soins, notamment pour la sédation terminale et l'aide médicale à mourir. Ils devraient aussi modifier leur Code d'éthique.

Le Collège des médecins serait appelé à modifier le Code de déontologie des médecins pour encadrer la pratique de la sédation terminale et l'aide médicale à mourir. Il devrait aussi élaborer des lignes directrices pour mieux définir l'indication de la sédation terminale.

Les droits des patients en fin de vie (p. 332 à 390)

La loi devrait reconnaître un ensemble de droits aux patients en fin de vie.

Le droit à l'information (p. 343)

Le premier de ces droits sera le droit à l'information, et plus précisément à l'information contenue au Guide des droits des personnes en fin de vie préparé par le Ministère de la santé et des services sociaux.

Le droit à l'autonomie décisionnelle (p. 333 à 343)

La loi confirmera le droit du patient à l'autonomie décisionnelle, c'est-à-dire son droit, dans le contexte de soins de fin de vie, de choisir le moment et la manière de mourir, lorsque la mort devient une éventualité probable de son traitement. Cette autonomie

décisionnelle se caractérise par l'expression d'un consentement libre et éclairé à toutes les étapes du traitement.

De plus, les droits suivants devraient être énoncés dans la loi :

- a) le droit de refuser des soins;
- b) le droit d'interrompre des soins;
- c) le droit de s'abstenir de soins;
- d) le droit à des soins palliatifs, y inclus la sédation palliative terminale;
- e) le droit à l'aide médicale à mourir.

De même certaines modifications législatives s'imposent pour assurer un plus grand respect des volontés anticipées.

Le droit à la confidentialité (p. 344)

La loi devrait également développer certaines règles de confidentialité pour assurer une meilleure protection de la vie privée et de l'information qui concerne la personne.

Le droit de choisir son lieu de fin de vie (p. 345)

Il faudrait également renforcer le droit de la personne de choisir son milieu de soins de fin de vie, afin de permettre au plus grand nombre de personnes possible de mourir à domicile ou, à défaut, dans un milieu de soins adapté aux soins de fin de vie.

Il faudrait établir précisément le droit aux soins palliatifs, et son corollaire, l'obligation des établissements de les dispenser. À l'égard de la sédation terminale, il faut encadrer cette pratique par de strictes règles de consentement libre et éclairé. Le Collège des médecins doit en préciser l'indication. Un protocole doit être mis en place dans chaque établissement. Un avis doit être donné dans chaque cas au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Il faut également préciser les règles pour éviter l'acharnement thérapeutique.

L'aide médicale à mourir (p. 350 à 390)

Enfin, un nouveau type de soins serait introduit qui s'inscrit dans le continuum des soins de fin de vie, soit l'aide médicale à mourir. Les règles proposées s'inscrivent aussi dans l'évolution actuelle des droits de la personne en fin de vie.

Ce nouveau type de soins serait réservé à la personne majeure, apte à consentir à des soins, résidente du Québec au sens de la Loi sur l'assurance-maladie, qui est dans une condition médicale qui implique qu'elle est atteinte d'une maladie grave et incurable, que sa situation médicale se caractérise par une déchéance avancée de ses capacités, sans aucune perspective d'amélioration, et qui éprouve des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Dans un tel cas, l'aide médicale à mourir pourrait être accessible à la personne aux conditions suivantes :

- a. elle seule doit solliciter le recours à l'aide médicale à mourir;
- b. son médecin traitant, s'il accepte d'y donner suite, doit :
 - i. évaluer si elle est apte à consentir à la procédure;
 - ii. s'assurer que sa condition médicale rencontre les critères prévus par la loi;
 - iii. obtient d'elle un consentement libre et éclairé;
 - iv. s'assure que sa décision n'est pas générée par une maladie mentale.

Ces éléments sont consignés dans un formulaire prévu à cet effet.

- c. un autre médecin indépendant, de même spécialité, évalue les mêmes éléments que le médecin traitant et complète un formulaire identique;

- d. le patient doit répéter sa demande après un délai de 15 jours ou plus court si sa condition l'exige, mais pas à inférieure à 5 jours de la demande initiale;
- e. si la demande est acceptée, le médecin convient avec son patient du moment et de la manière dont l'aide médicale à mourir sera dispensée;
- f. un avis sera donné au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement lors de la demande initiale et lors de sa réalisation;
- g. un avis sera transmis au bureau du Coroner dans les 5 jours du décès. Un comité de trois coroners, dont un coroner médecin et un coroner juriste, réexaminera le dossier. En cas de contravention à la loi, le dossier sera transmis au Directeur des poursuites pénales et criminelles par la suite.

De la demande anticipée d'aide médicale à mourir (p. 378 à 386)

Une personne pourra formuler à l'avance une demande d'aide médicale à mourir, dans une directive anticipée qui devra être faite dans une forme plus rigoureuse, soit devant un notaire ou deux témoins. De plus, elle ne devra pas être antérieure de plus de 5 ans à la demande et les volontés exprimées devraient être non équivoques.

La condition médicale de la personne devra être la même que celle du majeur apte. La procédure serait sensiblement la même que pour le majeur apte. Le médecin traitant devra s'assurer que le majeur est inapte, qu'il se trouve dans la condition médicale établie par la loi, que ses volontés sont claires et n'ont pas été modifiées par une expression quelconque de volonté de la personne. À la différence du majeur apte, toutefois, le médecin traitant et le consultant n'auront pas à s'assurer que la décision n'est pas générée par une maladie mentale.

Les mêmes obligations de signalement à l'établissement et au Coroner s'appliquent.

Pouvoirs du Procureur Général du Québec (p. 390 à 416)

Il appartient au Procureur Général du Québec d'appliquer le Code criminel et de décider, s'il y a lieu, de déposer une poursuite à l'égard des contrevenants. C'est un pouvoir discrétionnaire qui ne peut être contrôlé par les tribunaux que si le Procureur Général du Québec agit de façon malicieuse ou malhonnête. Le Procureur Général du Québec apprécie les situations qui lui sont signalées, dans le contexte de l'ensemble des lois québécoises et des Chartes. La décision de poursuivre repose d'abord sur la probabilité d'obtenir un verdict de culpabilité c'est-à-dire qu'une preuve suffisante permet d'obtenir la condamnation du contrevenant. Le Procureur Général du Québec apprécie ensuite la notion d'intérêt public. Il évalue si l'intérêt public lui impose de déposer une poursuite dans ce cas précis. Si l'auteur de l'acte s'est comporté d'une manière conforme aux lois du Québec, le Procureur Général du Québec peut estimer qu'il n'est pas dans l'intérêt public de le faire.

Le Directeur des poursuites pénales et criminelles agit selon les mêmes principes. Il peut également émettre des directives à l'ensemble des procureurs de la Couronne sur la manière d'évaluer les dossiers où il peut y avoir poursuite.

Dans le contexte où le législateur québécois adopte une loi pour encadrer les soins de fin de vie, y inclus une ou des dispositions régissant l'aide médicale à mourir, le Procureur Général du Québec pourrait déterminer qu'aucune poursuite ne sera déposée contre quiconque agit en conformité avec les dispositions de la loi adoptée par l'Assemblée Nationale.

Conclusion

Le Comité recommande que le législateur québécois intervienne pour mieux encadrer les soins de fin de vie, en tenant compte de l'évolution des droits et des attentes de la société.