

**Anais de Yparraguirre**  
**Université de Sherbrooke, Faculté de Droit**

**L'aide médicale à mourir pour les mineurs**

**Essai Réflexif**

**ESSAI RÉFLEXIF TRAITANT DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR POUR LES MINEURS**

Alors que, depuis le 17 mars 2021, le gouvernement du Canada a officiellement modifié les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir (AMM)<sup>1</sup> et sachant qu'au Québec, sous certaines conditions, un adolescent en soins palliatifs peut lui-même décliner un soin qui est essentiel à sa survie<sup>2</sup>, il est à se demander pour quelles raisons l'AMM ne lui est toujours pas accessible. La finalité n'est-elle pourtant pas la même ? Par le biais de mon essai, j'ai tenté d'illustrer que l'AMM aux mineurs est une option réalisable en fonction du cadre législatif québécois actuellement en vigueur. Dans cet objectif, j'ai présenté l'historique de l'AMM au Canada et résumé les régimes de consentement aux soins du Canada et du Québec, en plus d'étudier les régimes de consentement en situation d'AMM de la Belgique et des Pays-Bas afin de pouvoir m'en inspirer. J'ai également dressé les différents enjeux à considérer, avant d'exposer les nombreuses recommandations des groupes d'experts qui se sont penchés sur le sujet. C'est en fonction de ces aspects que j'ai pu formuler ma position concernant l'AMM aux mineurs.

À la suite des diverses recherches effectuées dans le cadre de cet essai, la principale conclusion est que la discussion concernant l'AMM doit se poursuivre, particulièrement lorsqu'il est question de l'octroyer aux mineurs. L'idée qu'il s'agisse de donner la mort de façon précoce aux adolescents doit être déconstruite. Malgré des enjeux et la polémique entourant la question, je maintiens qu'il est possible d'élargir l'AMM aux adolescents au Québec, et ce, seulement en instaurant quelques modifications législatives et ajustements supplémentaires. Principalement, il faudrait prévoir l'évaluation par deux médecins différents<sup>3</sup>, la consultation de l'équipe médicale

<sup>1</sup> *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2021, ch. 2.

<sup>2</sup> BARREAU DU QUÉBEC, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, Groupe de travail concernant la Commission spéciale de consultation de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité, septembre 2010, page 106, PDF en ligne : [http://aqdmd.qc.ca/attachments/File/memoire\\_complet\\_du\\_Barreau\\_sept\\_2010.pdf](http://aqdmd.qc.ca/attachments/File/memoire_complet_du_Barreau_sept_2010.pdf).<sup>3</sup> Camille

et des parents lors de la prise de décision<sup>4</sup>, l'analyse de la maturité du mineur par un psychologue ou un pédopsychiatre<sup>5</sup> ainsi que l'implication du tribunal si nécessaire. Ces quatre éléments semblent être des mesures fiables permettant de contrôler les dangers entourant la pratique de l'AMM auprès des jeunes. De plus, en maintenant le critère de fin de vie<sup>6</sup> tout en abolissant le critère d'âge en faveur de l'analyse au cas par cas, les mineurs seraient suffisamment protégés des débordements, comme c'est le cas en Belgique et aux Pays-Bas.

En outre, dans un ordre plus général, il découle de cet essai une constatation fort surprenante. À chaque étape de ma réflexion, j'ai réalisé la place trop limitée que les mineurs, surtout d'âge mature, occupent dans notre société québécoise. D'abord, en dressant l'historique de l'AMM au Québec et au Canada, j'ai pu souligner le manque de considération des mineurs par rapport à cette question : même aujourd'hui, alors que la possibilité de rendre l'AMM accessible pour des raisons de maladie mentale est étudiée, le cas des mineurs est encore mis de côté.

Constater que le législateur considérait les personnes dans des cas plus ambigus (comme des personnes atteintes de maladie mentale, par exemple) avant même de considérer les mineurs m'a choquée et m'a incitée dès lors à remettre en question la réelle place que les mineurs occupent au sein du droit québécois. Ensuite, en étudiant le régime de consentement aux soins, j'ai pu encore observer le rôle assez passif du mineur, particulièrement au Québec, étant donné la codification aléatoire de l'âge de 14 ans. De plus, la comparaison avec le régime de la Belgique et des Pays Bas rend cette constatation plus flagrante, vu que les mineurs sont activement impliqués dans tout processus décisionnel relié à leur état de santé, surtout en fin de vie. Finalement, j'ai pu confirmer cette lacune en faisant état des recommandations des divers groupes d'experts qui proposent de délaissier les limites d'âge au profit de l'analyse des capacités propres des mineurs.

Bref, il m'apparaît dépassé qu'encore aujourd'hui, le législateur opte pour une vision très patriarcale, exigeant qu'il remplisse un fardeau de protection des mineurs, au détriment du

<sup>4</sup> *Ibid.* Aussi conseillé par plusieurs auteurs québécois qui prônent une relation triadique entre la famille, l'équipe médicale et le mineur. Voir à cet effet Joséanne DESROSIERS, *Processus décisionnel du consentement aux soins de l'adolescent atteint d'un cancer dans une perspective triadique : Adolescent – Parent – Infirmière*, mémoire de maîtrise, Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2016 et Guylaine LAROSE, *Les soins critiques et les décisions de fin de vie en*

*pédiatrie: à la recherche d'un droit adapté*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2009.

<sup>5</sup> *Supra* note 3. Voir aussi l'arrêt *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, 2009 CSC 30 qui prône l'analyse de la maturité propre à l'enfant.

<sup>6</sup> Jessica DESCHAMPS MAHEU, *Repenser l'accès des soins de fin de vie chez les mineurs : pour une plus grande autonomie des droits et libertés fondamentaux*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2020, page 93.

respect de leurs droits. La codification de l'âge de 14 ans me semble être la plus flagrante lacune de notre régime de consentement, que ce soit en contexte de fin de vie ou dans d'autres circonstances impliquant une prise de décision du mineur. D'ailleurs, plusieurs auteurs, qu'ils soient familiers avec le régime québécois ou non, ont critiqué l'établissement d'un âge fixe pour l'acquisition de la maturité chez les adolescents<sup>7</sup>. Selon moi, le législateur québécois devrait minimalement modifier son régime en concordance avec les conclusions de l'arrêt *A.C. c. Manitoba*. Il n'est pas seulement question de suivre les traces de la common law, mais plutôt de prendre en considération les acquis psychologiques confirmant qu'aucun âge fixe ne peut réellement déterminer la capacité de discernement ainsi que la maturité de tout mineur. Par conséquent, en vue de respecter davantage les droits des mineurs, l'analyse au cas par cas devrait dorénavant être préconisée au Québec, en dépit de ce que le droit civil privilégie actuellement. Pour conclure, le législateur québécois devrait changer sa vision en ce qui concerne les mineurs, qui ont des intérêts et des opinions à faire respecter au même titre que les adultes. Depuis l'arrêt *A.C. c. Manitoba*, cette nouvelle perception des mineurs est de plus en plus applicable au Canada ; il est donc impératif que le législateur québécois reconnaisse qu'une remise en question est requise.

<sup>7</sup> Voir à ce sujet Robert P. KOURI et Charlotte LEMIEUX, «Les Témoins de Jéhovah et le refus de certains traitements : problèmes de forme, de capacité et de constitutionnalité découlant du *Code civil du Québec*», (1996), 26 *R.D.U.S.*, Brigitte BRABANT, « Adolescents, neurosciences et prise de décisions médicales : devrions-nous revoir certaines dispositions du Code civil du Québec? », (2016), *BioÉthiqueOnline* 5, Joan M. GILMOUR, «, Legal Considerations in Paediatric Patient and Family-Centred Healthcare », (2014), *International Library of Ethics, Law and the New Medicine* 57, 115-125 et Dav KAGAN, « The next *Carter*? Medical assistance in dying and mature minors », (2018), *University of Manitoba Journal of Medicine*.

## **Bibliographie Commentée**

### **Traités internationaux**

*Convention relative aux droits de l'enfant*, Rés. AG 44/25, Doc. Off. A.G.N.U., 44e sess., suppl. no 49, Doc. N.U. A44/49 (1989), (1990) 1577 R.T.N.U.

*Déclaration des droits de l'enfant*, 20 novembre 1959, AG 1386 XIV

De ces documents internationaux découlent les premiers droits officiellement reconnus aux mineurs. Au sein de mon essai, ces documents se sont avérés pertinents, car ma requête d'octroyer un statut plus avantageux aux mineurs (notamment en situation de fin de vie) provient directement de cette reconnaissance internationale des droits des enfants. Par ailleurs, ces documents pourraient être invoqués par un mineur lors d'une demande d'aide médicale à mourir (ci-après « AMM ») en vue d'assurer le respect de ses droits, c'est pourquoi il était essentiel de les nommer au sein de mon essai.

### **TABLE DE LA JURISPRUDENCE**

#### **Jurisprudence canadienne**

*A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, 2009 CSC 30

Cet arrêt est central lorsqu'il est question de l'analyse de la maturité et de la capacité de discernement propres à chaque mineur. En effet, dans cet arrêt, la Cour a reconnu que l'établissement d'un âge fixe, lorsqu'il est question du consentement des mineurs en contexte médical, doit être délaissé au profit de l'analyse de la maturité et de la capacité de discernement du mineur. Or, en situation d'AMM, les conclusions de cet arrêt s'avèrent très pertinentes: ces capacités propres au mineur qui demande l'aide médicale à mourir doivent être analysées, sans considération de son âge. Toutefois, ce principe jurisprudentiel n'est pas reconnu par les tribunaux québécois, ce qui crée une incohérence entre le droit applicable au Canada et le droit québécois. Il s'agit donc d'un enjeu central que j'ai dû aborder dans mon essai.

#### **Jurisprudence québécoise**

*Centre hospitalier Sainte-Justine c. X.*, 2011 QCCS 3803

*Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. M.C.*, 2013 QCCS 2583

*Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke- site Fleurimont c. B.P.*, 2012 QCCS 3670

Ces jugements ont présenté qu'en contexte médical, le droit des parents à la liberté de religion doit céder le pas au droit de l'enfant à la vie, la sûreté et l'intégrité. En outre, ils mettent en application la prémisse de « l'intérêt supérieur de l'enfant », prémisse découlant entre autres des documents internationaux présentés précédemment. J'ai trouvé essentiel d'aborder cette partie de la jurisprudence afin d'illustrer ce que les tribunaux québécois priorisent en contexte de prise de décision médicale.

*Centre universitaire de santé McGill (CUSM—Hôpital général de Montréal) c. X*, 2017 QCCS 3946

*Hôpital Sainte-Justine c. Giron*, 2002 CanLII 34269 (QCCS)

Ces jugements présentent eux aussi la position des tribunaux québécois en contexte de soins médicaux. Il découle de ces jugements que l'intérêt de l'enfant prime sur sa volonté exprimée, surtout si celle-ci tend à compromettre sa vie.

## DOCUMENTS D'ORGANISMES CANADIENS

CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures : Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM pour les mineurs matures*, Ottawa, Conseil des académies canadiennes, 2018, PDF en ligne : <https://www.rapports.cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L'état-des-connaissances-sur-l'aide-médicale-à-mourir-pour-les-mineurs-matures.pdf>

Le rapport du Conseil des Académies canadiennes dresse un portrait global des enjeux entourant

l'aide médicale à mourir aux mineurs. Ce document m'a donc été très utile, car il dresse un historique de l'AMM, en passant par la description de la doctrine du mineur mature, tout en détaillant le processus décisionnel des mineurs autant sous un œil neuropsychologique que juridique. Le rapport fait également état des cadres législatifs belge et néerlandais lorsqu'il est question de l'administration de l'aide médicale à mourir pour les mineurs. Finalement, le rapport expose aussi les conséquences possibles du refus de l'AMM aux mineurs, autant que les conséquences possibles de légalisation de l'AMM aux mineurs.

DAVIES, D., *L'aide médicale à mourir : le point de vue des pédiatres*, Ottawa, Société canadienne de pédiatrie (comité de bioéthique), 2018, PDF en ligne

: <<https://academic.oup.com/pch/article/23/2/131/4969602?fbclid=IwAR1LTmxYhWnZEBPHb6EPDfjFVySrLCHYDTmD4iwcZb-CSE1jOMIk9Bz4Pp0>>

Dans le cadre de mon essai, le rapport de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) est surtout pertinent pour les recommandations détaillées qui sont élaborées spécifiquement par des pédiatres. D'abord, il est recommandé que dans un contexte où l'AMM est rendue accessible aux mineurs compétents, il soit créé au sein du système de santé des soins palliatifs adaptés pour les enfants et leur famille, et que l'accès aux soins palliatifs en milieu communautaire ou à la maison soit également amélioré. Cette recommandation vise essentiellement à offrir d'autres alternatives de soins de fin de vie en concordance avec l'aide médicale à mourir, pour que l'AMM soit présentée comme une option supplémentaire, et non pas un incontournable. Pour l'aide médicale à mourir particulièrement, la SCP propose que tous les ordres de gouvernement prévoient des politiques en vue d'éviter les risques et les dérives liés au statut vulnérable des mineurs. Bref, ce rapport a été particulièrement intéressant pour élaborer mes propres recommandations à la fin de mon essai.

## MONOGRAPHIE

GOUBAU, D., *Le droit des personnes physiques*, 5e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014

Cette monographie est très complète en ce qui a trait au droit des personnes. Elle m'a été d'une grande aide lorsque j'ai dû présenter le régime de consentement aux soins des majeurs, des mineurs de moins de 14 ans et des mineurs de plus de 14 ans. J'ai aussi pu m'en servir lorsque j'ai dû présenter l'évolution des droits des mineurs au Québec.

## ARTICLES

BRABANT, B., « Adolescents, neurosciences et prise de décisions médicales : devrions-nous revoir certaines dispositions du Code civil du Québec? », (2016), *BioÉthiqueOnline* 5

Le principal aspect à retenir de cet article est la critique du bien-fondé des articles 14 al. 2 et 16 al. 2 du Code civil en regard des données provenant des neurosciences, ainsi que des pratiques cliniques. Le régime de consentement aux soins des mineurs applicable au Québec est hautement critiqué et l'auteure préconise un régime uniformisé aux mineurs de tous âges en fonction de plusieurs critères propres à chacun, et non plus en fonction d'un âge arbitraire. Dans le cadre de mon essai, cet article s'est avéré particulièrement pertinent pour remettre en question la codification de l'âge de 14 ans concernant le consentement aux soins des mineurs, en plus de confirmer les recommandations de groupes d'experts qui demandent à ce que l'âge ne soit plus considéré comme un critère lors d'une demande d'AMM par un mineur.

DEMICHELIS, C., R. ZLOTNIK SHAUL et A. RAPOPORT, « Medical Assistance in Dying at a paediatric hospital », (2019), 45 Journal of Medical Ethics 60

Le rapport des pédiatres de l'hôpital Sick Kids de Toronto m'a lui aussi été très utile pour formuler mes recommandations. En effet, le rapport présente autant les risques que les avantages de l'AMM aux mineurs. Les pédiatres en viennent à la conclusion que l'AMM est assez similaire aux autres soins de vie, et qu'elle devrait donc être permise au même titre que la cessation de soins, par exemple. Ils concèdent cependant que l'AMM comporte davantage de considérations éthiques et que par conséquent, un cadre législatif plus précis doit entourer l'administration de ce soin aux mineurs en vue de les protéger des débordements possibles.

GILMOUR, J.M., « Legal Considerations in Paediatric Patient and Family-Centred Healthcare », (2014), *International Library of Ethics, Law and the New Medicine* 57, 115-125, en ligne : <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/48558/1/60.pdf#page=135>

Cet article présente, entre autres, la doctrine du mineur mature et les avantages de celle-ci. Lu conjointement avec l'arrêt *A.C. c. Manitoba*, cet article souligne l'importance de l'implication du mineur jugé mature dans sa prise de décision médicale.

KAGAN, D., « The next Carter? Medical assistance in dying and mature minors », (2018), University of Manitoba Journal of Medicine, PDF en ligne : <https://umjm.ca/assets/documents/V111/V111A1.pdf>

Dans le même objectif que dans l'article précédent, l'auteur critique les limites d'âge qui sont établies en contexte médical et encourage une plus grande reconnaissance des conclusions de l'arrêt *A.C. c. Manitoba*. L'auteur considère que les limites d'âge codifiées ont un rôle crucial, mais que ce rôle n'a pas sa place en contexte médical et qu'elles viennent plutôt restreindre les droits des mineurs dans leurs choix médicaux.

KAUR SINGH, H., M.E. MACDONALD et F. A CARNEVALE, « Considering medical assistance in dying for minors: the complexities of children's voices », (2020), Journal of Medical Ethics, en ligne :

[https://jme.bmj.com/content/medethics/46/6/399.full.pdf?casa\\_token=vMv9hWxhR7MAAAA A: Pw-Aa ISwkB2KxYbKLNbVCQ0f6vcnpsnIgn2O2gvN0hPX4hgOavbUyPGs9iRQ5wKf5fvuCHuq3E](https://jme.bmj.com/content/medethics/46/6/399.full.pdf?casa_token=vMv9hWxhR7MAAAA A: Pw-Aa ISwkB2KxYbKLNbVCQ0f6vcnpsnIgn2O2gvN0hPX4hgOavbUyPGs9iRQ5wKf5fvuCHuq3E)

Cet article met l'accent sur l'importance de l'agentivité, capacité centrale acquise chez les mineurs de tous âge. Plus précisément, l'agentivité fait référence à la capacité d'agir délibérément, de représenter soi-même ses intérêts et de se remettre en question en fonction du

monde dans lequel nous et notre entourage évoluons. Les auteurs proposent que dû à l'existence de cette capacité chez les mineurs, une plus grande autonomie devrait leur être accordée malgré l'incertitude entourant leur capacité juridique. À l'aide de cet article, j'ai pu remettre en question encore davantage l'enjeu entourant l'âge de la capacité chez le mineur : j'ai tenté de mettre de l'avant que cette capacité devrait être considérée dans l'analyse de la maturité du mineur, surtout en contexte d'AMM.

MCINTOSH, C., « Carter, Medical Aid in Dying, and Mature Minors », (2016), Revue de droit et santé de McGill, en ligne : [https://mjlhmcgill.files.wordpress.com/2017/07/mjlh\\_10\\_1\\_macintosh1.pdf](https://mjlhmcgill.files.wordpress.com/2017/07/mjlh_10_1_macintosh1.pdf)

Dans cet article, l'auteure a présenté un important comparatif entre la vulnérabilité des mineurs et la vulnérabilité abordée dans l'arrêt Carter qui découle de la souffrance vécue par les personnes requérant l'AMM. Comme il a été reconnu dans Carter que la vulnérabilité qui découlait d'un état de souffrance n'était pas suffisante pour considérer que toutes les personnes requérantes n'avaient pas une capacité décisionnelle adéquate, l'auteure a fait le parallèle avec les mineurs : pourquoi considérer alors que tous les mineurs n'ont pas une capacité décisionnelle suffisante

seulement en se basant sur leur statut vulnérable? Il s'agit d'une conclusion erronée. Par conséquent, cet article encourage l'accès à l'AMM pour les mineurs, en tentant de démontrer qu'un refus sous un prétexte de vulnérabilité serait insuffisant au sens de la loi.

P KOURI, R. et C. LEMIEUX, « Les Témoins de Jéhovah et le refus de certains traitements : problèmes de forme, de capacité et de constitutionnalité découlant du Code civil du Québec », (1996), 26 R.D.U.S.

Cet article rédigé par des auteurs québécois vient encore une fois remettre en question la codification de l'âge de 14 ans au Code civil en contexte de consentement aux soins. Entre autres, Kouri et Lemieux font état de l'historique de cette codification : ils reconnaissent que l'article 14 C.c.Q. n'est que « le produit d'un historique législatif dont le but n'était pas de révolutionner le droit, mais plutôt de rassurer les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux qui doutaient de la valeur du consentement du mineur aux soins » (Kouri et Lemieux, page 98). Par conséquent, il en découle que cet âge est arbitraire et qu'il ne respecte pas les apprentissages psychologiques sur le développement de la maturité chez les mineurs. Les auteurs préconisent eux aussi la reconnaissance des acquis de l'arrêt *A.C. c. Manitoba*, tout en soulignant toutefois que les tribunaux québécois n'ont pas voulu le faire jusqu'à maintenant en justifiant que la common law ne s'applique pas à notre droit civil.

## ESSAIS

DESCHAMPS MAHEU, J., *Repenser l'accès des soins de fin de vie chez les mineurs : pour une plus grande autonomie des droits et libertés fondamentaux*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2020

En plus de formuler ses propres recommandations, l'auteure de cet essai dresse un portrait complet des enjeux constitutionnels entourant la question de l'AMM aux mineurs. Parmi ses différentes recommandations, j'ai surtout retenu sa proposition de maintenir le critère de fin de vie seulement pour les mineurs, en vue d'éviter le plus possible des débordements et de rassurer la population quant à l'administration de ce soin à nos mineurs.

DESROSIERS, J., *Processus décisionnel du consentement aux soins de l'adolescent atteint d'un cancer dans une perspective triadique : Adolescent – Parent – Infirmière*, mémoire de maîtrise, Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2016

Je me suis surtout référé à cet essai en vue de comprendre puis d'illustrer l'approche pédiatrique la plus appropriée en contexte de fin de vie au sein de notre droit québécois. L'auteure présente une approche triadique, qui met de l'avant l'implication à part égale (ou presque) de l'adolescent, des parents et de l'équipe médicale. J'ai tenté d'intégrer cette approche dans mes recommandations, en concordance avec les différentes propositions de groupes d'experts qui, eux aussi, suggèrent d'intégrer davantage l'adolescent dans le processus décisionnel, en plus de toutes les sources précédentes qui préconisent l'analyse de la maturité du mineur en vue de lui laisser de plus en plus d'autonomie. Bref, cet essai est venu confirmer que dans un contexte comme l'AMM aux mineurs, il est préférable d'intégrer le mineur dans le processus décisionnel, comme c'est déjà mis de l'avant au Québec dans d'autres situations de fin de vie.

LAROSE, G., *Les soins critiques et les décisions de fin de vie en pédiatrie: à la recherche d'un droit adapté*, essai de maîtrise, Sherbrooke, Faculté de droit, Université de Sherbrooke, 2009

Cet essai vient présenter le cadre législatif et la pratique en vigueur au Québec dans une situation de mineur en fin de vie. Dans le cadre de ma rédaction, je me suis référé à cet essai notamment lorsque j'ai dû comparer l'AMM à d'autres situations de fin de vie, comme la cessation des soins,

par exemple. En comparant l'AMM à ces situations déjà autorisées au Québec, j'ai pu faire un parallèle avec l'AMM et imaginer un cadre législatif basé sur les pratiques déjà courantes en contexte de fin de vie chez un mineur.

## MÉMOIRE

DEGRAUX, C., *L'euthanasie des mineurs en Belgique*, mémoire de maîtrise, Louvain, Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, 2015

Ce mémoire a essentiellement été utilisé pour prendre exemple sur les cadres législatifs mis en place en Belgique et aux Pays-Bas. Lu conjointement aux différentes recommandations des groupes d'experts, ce document illustre les meilleures mesures de protection à mettre en vigueur au Canada, ainsi que tous les enjeux entourant la question de l'AMM aux mineurs. Ce mémoire a également aidé à soutenir mon argument quant à l'importance de la place du mineur dans le processus décisionnel en contexte d'AMM, en démontrant que dans ces deux pays, le mineur est le principal acteur dans la prise de décision, et qu'avec les bonnes mesures de protection, aucun débordement n'a eu lieu jusqu'à ce jour.