

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE MONTRÉAL

No : 500-17-099119-177

COUR SUPÉRIEURE  
(Chambre civile)

---

JEAN TRUCHON

-et-

NICOLE GLADU

Parties demanderesses

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

-et-

PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

Parties défenderesses

-et-

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LE DROIT  
DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

DYING WITH DIGNITY CANADA

COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE  
L'EUTHANASIE

VIVRE DANS LA DIGNITÉ

ASSOCIATION CANADIENNE POUR  
L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

CONSEIL DES CANADIENS AVEC DÉFICIENCES

ALLIANCE DES CHRÉTIENS EN DROIT

CHRISTIAN LEGAL FELLOWSHIP

Intervenants

**PLAN D'ARGUMENTATION  
DU COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE  
ET DE VIVRE DANS LA DIGNITÉ**

## PRÉAMBULE

1. Ce procès met en lumière des oppositions tranchées sur le sens de la vie, sur la dignité et sur l'humanité de chaque personne.
2. Madame la juge, il vous faudra faire un choix, certes déchirant, mais combien important, en premier lieu pour Mme Gladu et M. Truchon, mais aussi pour tous les québécois, tous les canadiens, pour maintenant, et pour l'avenir. Un choix aussi déchirant que celui que l'Assemblée nationale du Québec et le Parlement canadien ont dû faire.
3. Nous vous invitons à choisir avec courage une culture de vie plutôt qu'une culture de mort malgré toutes les pressions émotives et médiatiques qui s'exercent sur vous.
4. Nous vous invitons à agir avec discernement, sagesse et prudence car sans la sagesse du discernement, nous pouvons devenir facilement à la merci des tendances du moment.
5. Comme je l'ai souvent exprimé dans les consultations en marge de la genèse de ces deux lois, nous, le Collectif des médecins contre l'euthanasie (le « **Collectif** ») avec plus de 1,000 médecins et plus de 13,000 citoyens et Vivre dans la Dignité (« **VDD** ») avec près de 5,000 adhérents, nous sommes venus ici au nom de la vérité et de la dignité. Ne tombons pas dans les pièges tendus par tous les euphémismes et les sophismes qui ont cours pour décrire l'aide médicale à mourir. L'aide médicale à mourir n'est autre chose que de l'euthanasie et du suicide assisté même si nos législateurs québécois et canadiens n'ont pas eu le courage d'appeler ces actes par leur nom, contrairement aux législateurs européens.
6. L'aide médicale à mourir, même restreinte aux gens en fin de vie, est et demeure un moindre mal mais quand même un mal. Ne permettons pas que cet acte s'étende à ceux qui ne sont pas en fin de vie, en pensant soulager un plus grand nombre de personnes. On n'a pas à faire disparaître le patient pour soulager sa douleur. Comme l'écrivait le Dr. Bernard J. Lapointe, responsable des soins palliatifs à l'Hôpital Général Juif et titulaire de la chaire sur les soins palliatifs à l'Université McGill: « la mort que l'on injecte ne permet à personne de grandir. » (Luce des Aulniers, Bernard J. Lapointe, *Le choix de l'heure ruser avec la mort?*, Montréal, Éditions Somme Toute, 2018, p. 24). Ou pour reprendre les mots de Luc Plamondon, "Ne tuons pas la beauté du monde" car Mme Nicole Gladu et M. Jean Truchon sont de belles personnes!

### 1. LA DIGNITÉ HUMAINE

7. Deux concepts de la dignité s'affrontent dans ce dossier, d'une part la dignité intrinsèque reconnue comme une caractéristique de chaque être humain, et, d'autre part ou la dignité perçue comme un élément subjectif de la personne.

« Dans un premier sens, on peut concevoir la dignité humaine comme un principe fondamental qui survit à la perte de liberté, à l'absence de la conscience de soi ou de la capacité d'entrer en relation avec autrui. Ainsi, la dignité est liée à l'être humain du seul fait de sa condition humaine, peu importe l'âge, le sexe, la religion, la condition sociale, l'origine ethnique, etc. Il s'agit de la dignité « intrinsèque », qui est absolue, objective et universelle. Toujours selon cette signification, la dignité humaine étant inaliénable, les conditions dans lesquelles on meurt ne peuvent l'entacher. En d'autres mots, il n'est pas possible de « mourir indigne ». Il devient donc impossible d'invoquer la perte de dignité pour justifier une demande d'aide à mourir. » (Rapport de la Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question du droit de mourir dans la dignité (respectivement « **RCSMD** » et « **Commission spéciale** ») (P-12 et PGQ-4), p. 64.)

8. Ou comme l'exprime la *Charte des droits et libertés de la personne*, LQ c. C-12, (la « **Charte québécoise** »), dans son Préambule : « Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité... ».
9. C'est ce concept de « dignité, inhérente et inaliénable, des personnes rendues vulnérables par la maladie ou la vieillesse » (réf. Acte d'Intervention du Collectif et de VDD, par. 26) qui nous habite.
10. Un nourrisson qui porte une couche, qui ne parle pas, qui ne marche pas et qu'on doit nourrir, laver et habiller n'est pas plus ou moins digne que l'adulte qui se trouve dans la même situation. Il n'y a pas de « dignitomètre », sauf dans l'œil de celui qui se juge plus digne qu'un autre et alors, on ne parle plus de dignité mais de jugement de valeur et d'orgueil ou de mépris de la part de celui qui porte ce jugement. Mme Gladu et M. Truchon sont infiniment dignes et ils continueront de l'être jusqu'à la fin de leur vie.
11. À l'opposé de cette conception de la dignité intrinsèque de chaque être humain, il y a cette conception de la dignité toute subjective, relative même, qui dépend du regard que l'on porte sur soi-même, sur les autres ou, pire encore, du regard que les autres portent sur nous. Selon cette conception de la dignité, l'homme et la femme seraient en **perte de dignité, et même d'humanité**, quand ils cessent de produire et de consommer, d'apprécier un verre de champagne ou une partie d'échecs.
12. Pour reprendre les mots du Rapport du Comité de juristes experts, présidé par Me Jean-Pierre Ménard qui représente les Demandeurs dans ce dossier:

« Nous avons déjà mentionné, lors de l'examen du caractère sacré de la vie, que l'intérêt de l'État à préserver la vie diminue en fin de vie. L'autonomie de la personne redevient prépondérante, et **l'État n'a aucun intérêt à forcer une personne à poursuivre une vie qui a perdu l'essentiel de son humanité.** » (PGQ-8) aux pages 200 et 201 nos soulignés)

13. Cette conception, selon laquelle en fin de vie une personne a perdu l'essentiel de son humanité, nous vous invitons à la rejeter haut et fort.

14. Pour mourir dignement, il n'est pas nécessaire de devancer la mort par une mort choisie, administrée et devancée. Il ne s'agit pas ici de forcer Mme Gladu et M. Truchon à poursuivre leur vie contre leur gré mais plutôt de les accompagner, de les soutenir et de les soulager dans leur cheminement ultime. C'est cela la véritable compassion. Voyez-vous, les avocats des Demandeurs veulent les aider à mourir, nous, le Collectif des médecins et Vivre dans la Dignité, nous voulons plutôt les aider à vivre.
15. Nous examinerons tour à tour les deux lois en cause en commençant par la loi québécoise.

## **2. LA LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE, LRQ C. S-32.0001 (LA « LOI QUÉBÉCOISE »)**

16. Avant d'aborder l'examen de la Loi québécoise, nous tenons à préciser que la constitutionnalité des dispositions de cette loi qui portent sur l'aide médicale à mourir, au titre du partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces, n'est pas admise par le Collectif et VDD mais que la validité de ces dispositions à cet égard est présumée puisqu'elles ne sont pas en cause dans le présent dossier.

### **2.1 Une loi axée sur les soins en fin de vie**

17. Invoquant sa compétence en matière de santé, l'Assemblée nationale a adopté cette loi afin « d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie » (art. 1) et « de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. » (art. 1), idée reprise d'ailleurs à l'article 7 de la Loi québécoise (« Tout établissement offre les soins de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert **en continuité et en complémentarité** avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés. » (nos soulignés).
18. Toute la Loi québécoise est axée sur ce concept de « **fin de vie** », par ailleurs, non défini. Déclarer nulle et sans effet cette exigence de « fin de vie » de l'article 26, alinéa 1(3) comme condition d'accès à l'aide médicale à mourir (« **AMM** ») viendrait dénaturer l'essence même de la Loi québécoise.
19. Si l'exigence de « fin de vie » est abolie, pourrait-on alors encore prétendre que l'AMM s'inscrit dans un continuum de soins? Quel serait donc ce « soin » qui consisterait à causer la mort d'une personne qui aurait une espérance de vie de plusieurs années? S'agirait-il encore d'aide médicale à mourir ou plutôt tout simplement d'une aide à mourir, d'une aide au suicide? Aurait-on vraiment encore besoin de médecins pour poser ce geste? Et pourquoi les médecins pourraient-ils ainsi tuer leurs patients, alors que même le conjoint de la personne souffrante ne le pourrait pas? Le Québec pourrait-il encore invoquer sa compétence en matière de santé pour justifier une loi qui permettrait de tuer des patients, certes souffrants, mais combien encore vivants? Ne s'agirait-il pas alors d'une offre de mort sur demande? Et quelles balises ferait-on sauter

par la suite? Peut-on imaginer un seul instant que l'AMM ne soit pas assortie de conditions d'accès, de balises?

-5-

20. Nous soulignons à cet égard que dans l'affaire *Lamb et British Columbia Civil Liberties Association c. Procureur Général du Canada*, présentement pendante en Colombie-Britannique, les Demandeurs demandent que soient déclarés inopérants non seulement le critère de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » (ci-après « **MNRP** ») comme dans le présent dossier mais également tous les autres critères qui servent à déterminer si une personne est « affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables » et non seulement le critère de « fin de vie » ou de MNRP.
21. La Loi québécoise a été précédée de nombreuses consultations faisant suite aux réflexions du Collège des médecins (« **CMQ** ») amorcées en 2008-2009. Selon le CMQ, l'AMM doit se situer « dans une logique de soins en fin de vie » (PGQ-1, p. 4) et le CMQ rejette ainsi toute autorisation du suicide assisté puisqu'il est « en effet difficile de soutenir que le suicide est un soin » (PGQ-2, p. 31).
22. Ces réflexions du CMQ ont également inspiré les délibérations de la Commission spéciale. Elle conclut ainsi que « l'euthanasie et les soins palliatifs ne s'opposent pas mais se complètent dans un continuum de soins (RCSMD, P-12 et PGQ-4, p. 60-61) et elle approuve « une option supplémentaire [...] dans le continuum de soins de fin de vie : l'euthanasie sous la forme d'une aide médicale à mourir. » (RCSMD, P-12 et PGQ-4, p. 79, voir aussi p. 91).
23. La Commission spéciale a également rejeté toute aide médicale à mourir sous forme de suicide assisté comme le CMQ l'avait recommandé :

« Mais au-delà du terme, le suicide assisté, considéré comme un acte individuel dans le temps et l'espace, ne correspond pas aux valeurs d'accompagnement et de sécurité médicale indissociables de l'option de l'aide médicale à mourir, telle que nous la proposons. En outre, **le suicide assisté ne peut certes pas être considéré comme un soin et s'éloigne ainsi d'un des principes fondamentaux qui a guidé notre réflexion et nos recommandations, à savoir que toute ouverture devrait se situer dans le contexte d'un continuum de soins.** » (RCSMD, P-12 et PGQ-4, p. 81, nos soulignés).
24. Enfin, le RCSMD l'énonce très clairement :

« **Notre objectif est clair : l'aide médicale à mourir s'adresse aux personnes dont la situation est irréversible et qui sont en fin de vie.** Déterminer si une personne est en fin de vie n'est pas chose facile. Bien des facteurs doivent être pris en considération, comme le type de maladie qui affecte le patient. Par exemple, **une personne en phase terminale de cancer pourrait être considérée en fin de vie lorsque son espérance de vie sera évaluée à quelques jours ou semaines.** [...] Toutefois, **cela peut être différent pour une personne aux prises avec une maladie dégénérative. La fin de vie pourrait dans ce cas représenter**

**une période de quelques semaines, quelques mois, voire plus, selon la maladie et la condition médicale particulières de la personne. »**

(RCSMD, P-12 et PGQ-4, p. 84, nos soulignés)

-6-

« Selon notre proposition, **l'aide médicale à mourir constitue l'ultime option offerte aux patients qui, en fin de vie, ne peuvent voir leurs souffrances apaisées.** Elle s'inscrit ainsi, selon l'approche du Collège des médecins que nous avons fait nôtre, dans le continuum des soins appropriés de fin de vie. »

(RCSMD, P-12 et PGQ-4, p. 91, nos soulignés)

25. Par ailleurs, le Comité de juristes experts a également avalisé le critère de fin de vie comme condition d'accès à l'AMM en ces termes :

« Le Comité adhère à l'idée que *de facto* l'aide médicale à mourir se situe nécessairement en fin de vie, sans par ailleurs prévoir l'exigence d'une maladie terminale, laquelle est souvent difficile à définir avec précision. L'appréciation de l'ensemble des conditions décrites ci-dessus sera faite par le médecin traitant en collaboration avec le patient et ses proches. »

(PGQ-7, p. 357-358)

26. La Loi québécoise crée le « **droit de recevoir des soins de fin de vie** » (art. 4, nous soulignons) qui comprennent les soins palliatifs et l'AMM (art. 3, 3) mais ce droit est assujéti à des conditions applicables aux établissements « en tenant compte [...] des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent. » (art. 4) et à des conditions applicables aux patients qui les demandent dont le fait d'être « en fin de vie ».

27. Et le PL 52 qui a précédé la Loi québécoise a d'ailleurs été présenté comme un projet de loi sur la fin de vie et l'AMM comme « un soin exceptionnel pour répondre à une situation exceptionnelle » comme la marraine de cette Loi, Madame Véronique Hivon, l'a présentée à l'Assemblée nationale, notamment au début de son examen article par article par la Commission permanente de la santé et des services sociaux :

**« C'est un projet de loi qui [...] porte sur un sujet très important qui est la fin de vie, et c'est un projet qui est sur cette étape fondamentale de la vie qu'est la fin de vie, et ça, c'est très important. [...] Donc, c'est vraiment un projet de loi sur l'ensemble de cette étape qu'est la fin de vie, et il vise à assurer à toutes les personnes qui sont en fin de vie qu'elles vont pouvoir être accompagnées, qu'elles vont pouvoir recevoir les soins qui sont requis relativement à leur état. [...] Et ça, c'est très important parce que cette étape de la fin de vie, c'est effectivement une étape de la vie. Et je pense que, dans ce projet de loi là, on fait tout pour accompagner correctement, le mieux possible, les personnes en fin de vie mais aussi pour leur donner toutes les assurances que, qu'importent leurs souffrances, qu'importe la difficulté de leur situation, elles vont être accompagnées jusqu'au bout. »**

(PGQ-10, Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux, 21 novembre 2013, pages 1 - 2).

28. Par la suite, le Dr. Barrette reprit le dossier et souligna les mêmes aspects lors de l'adoption finale de la Loi québécoise en insistant sur le critère de fin de vie:

« [...] il est important pour moi, à cette étape-ci, de clarifier, d'une façon claire, nette et précise, que **l'aide médicale à mourir n'est pas un suicide assisté. Que les choses soient clairement dites, le suicide assisté est une entité qui ne s'adresse pas, comme telle, aux soins de fin de vie. Une personne jeune, totalement consciente, avec une maladie débilitante, qui est au début de sa maladie, ne peut pas avoir accès à l'aide médicale à mourir parce que la condition fondamentale, évidemment, est d'être en fin de vie. [...] L'aide médicale à mourir, c'est un geste qui ne peut être posé que dans une circonstance précise [...] qui est celle de la fin de vie inévitable, diagnostiquée et constatée. [...] Et il y a des conditions pour avoir accès à l'aide médicale à mourir. [...] La personne doit être en fin de vie, j'insiste, doit être en fin de vie, et la fin de vie, ça se documente, ça se diagnostique, ce n'est pas un hasard, ce n'est pas une appréciation en soi, c'est quelque chose que l'on sait, dans le milieu médical, comme étant irréversible ; [...]. »**

(PGQ-10, Journal des Débats de l'Assemblée nationale, 2 juin 2014, p. 397 nous soulignons)

## 2.2 Un droit à l'AMM assorti de balises

29. Et le droit à l'AMM n'est pas un droit absolu puisqu'il comporte des conditions pour l'obtenir, que l'on a qualifié de « balises », balises que ses défenseurs ont toujours qualifiées de strictes, de solides, de verrous, de barrières à l'entrée. Comme le disait Mme Hivon le 22 octobre 2013:

« Alors, pour qu'une personne puisse avoir accès à l'aide médicale à mourir, la personne doit être en fin de vie. Ça, c'est très important. Certains nous ont soulevé la question lors des consultations: Qu'est-ce qui fait en sorte qu'une personne, par exemple, qui est lourdement handicapée, qui est quadraplégique à la suite d'un accident [...] Qu'est-ce qui fait en sorte qu'elle pourrait ou qu'elle ne pourrait pas se prévaloir d'une telle aide? Ou qu'est-ce qui fait en sorte qu'une personne qui subit une dépression majeure pourrait ou ne pourrait pas se prémunir d'une telle aide? Eh bien, **c'est simple, la personne doit être en fin de vie.** Donc, ça exclut, bien sûr, les situations de handicap, ça exclut, bien sûr, les situations qui peuvent être très difficiles, comme celle d'une dépression, comme celle d'une maladie mais qui est passagère, parce que la personne doit être en fin de vie. Et tout le projet de loi porte sur la fin de vie, sur les personnes en fin de vie. [...] Donc, je pense que vous êtes en mesure de constater, M. le Président, que c'est un **encadrement qui est très strict.**

**C'est d'ailleurs l'encadrement le plus strict, quand on compare toutes les législations qui existent sur les soins de fin de vie.** Il est très strict de par l'ensemble des conditions du processus très précis qui est mis de l'avant, mais il est très strict aussi parce qu'il conjugue un peu deux approches: l'approche



américaine, en quelque sorte [...] C'est vraiment de répondre aux personnes qui

-8-

sont en fin de vie, mais le critère de la souffrance n'est pas présent nécessairement. En Europe, en Belgique, aux Pays-Bas, le critère déterminant, c'est la présence de souffrances constantes et inapaisables, mais, de manière exceptionnelle, la personne ne doit pas nécessairement être en fin de vie. C'est ce qui fait que, des fois, on entend parler de cas qui proviennent de la Belgique, par exemple le cas d'une personne qui a subi une opération de changement de sexe, et qui s'est retrouvée dans un état de très, très grande détresse psychologique à la suite de cette opération-là, et qui aurait eu recours à une demande d'assistance médicale en fin ... dans ces circonstances-là. Ce n'est pas quelque chose - et je tiens à le dire - qui serait possible ici, au Québec, compte tenu de l'encadrement très serré et du fait que la personne doit être en fin de vie et avoir des souffrances, donc l'addition des deux conditions dans notre projet de loi, en plus de tous les autres critères prévus au projet de loi. Même chose pour une personne qui aurait une dépression très sévère. Cette personne-là n'est pas en fin de vie, donc l'ouverture à l'aide médicale à mourir ne serait pas possible pour cette personne-là. Donc, un encadrement très strict. [...] Et, pour ce qui est de la question des risques de dérive, le cadre du projet de loi, il a été reconnu comme tel par la Protectrice du citoyen, et les comités d'usagers, et le protecteur, donc, du malade. Ce n'est quand même pas rien. Il est excessivement ferme, excessivement serré, et je dois vous dire que, si j'avais le moindre doute quant à des risques de dérive, je n'aurais pas déposé ce projet de loi là. Et ce projet de loi là, il repose sur un cadre excessivement balisé, comme je l'ai dit, le plus balisé, le plus restrictif de toutes les législations en fin de vie qui existent à ce jour.»

(PGQ-10, Journal des Débats de l'Assemblée nationale, 22 octobre 2013, p. 5036-5037, 5039, nous soulignons)

30. Et elle ajoutait deux jours plus tard :

« La deuxième question, évidemment, c'est de dire: Il y a des dérives, les risques de dérive, les risques de dérapage, et ça, je dois vous dire qu'évidemment c'est la préoccupation la plus importante, et cette préoccupation-là ne m'a pas lâchée pendant quatre ans et elle ne m'a pas lâchée pendant toute l'élaboration du projet de loi. [...]

Donc, c'était vraiment dans cette optique-là et d'avoir une réponse très claire, très ciblée, très encadrée, et je pense qu'avec les articles 26 et suivants on y arrive. C'est la loi la plus contraignante de toutes les législations qui, à ce jour, ont été développées dans différents États, en lien avec la fin de vie, parce qu'elle allie le critère de la souffrance, qui est le critère dans certaines juridictions comme en Europe, qui est le critère dominant, mais avec celui de la fin de vie, qui est le critère aux États-Unis, dans certains États, mais qui n'est pas lié à la souffrance nécessairement. Donc, nous, il nous faut les deux conditions. C'est ce qui fait que c'est très contraignant. »

(PGQ-10, Journal des Débats de l'Assemblée nationale, 24 octobre 2013, p. 5180, nous soulignons)

-9-

31. Ce constat que le régime permettant l'AMM était assorti de balises sérieuses était d'ailleurs partagé par le Comité de juristes experts dans son mémoire d'octobre 2013 à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale et par le Président de ce comité, Me Jean-Pierre Ménard, qui témoigna en ce sens à la dernière séance de la Commission permanente de la santé et des services sociaux le 10 octobre 2013 avant l'étude article par article :

« Au niveau de la protection des personnes vulnérables... le projet de loi contient de multiples mécanismes juridiques de protection, puis je pense que les craintes qu'on pourrait avoir par rapport aux dérives, par rapport à la pente glissante...je pense qu'ici on a des **barrières très, très, très solides** par rapport à ces choses-là aussi... Pour l'aide médicale à mourir... bien là **la protection est extrêmement solide**, parce qu'évidemment il est difficile de voir, avec tout ce qui est... ce qu'il y a comme règles... il est difficile de voir comment est-ce qu'une personne vulnérable pourrait être prise dans ce processus-là... Alors, écoutez c'est clair, puis on le dit en toutes lettres, que **les règles de l'article 26... 26 et 28 créent, mettent** beaucoup, beaucoup de verrous un peu partout... »

(Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux, 10 octobre 2013, aux p. 39, 40 et 42 – onglet A de notre argumentation – nos soulignés)

### 2.3 Une balise importante pour avoir accès à l'AMM : être en fin de vie

32. En première lecture, le PL 52 ne comportait pas à l'article 26 cette exigence explicite d'être en fin de vie pour avoir accès à l'AMM, une omission qui a été fortement critiquée, notamment par le Collectif des médecins, par VDD et par l'Association québécoise de prévention du suicide (« **AQPS** ») qui dans son mémoire sur le PL 52 énonçait clairement :

« Cependant, si ce critère est totalement absent des conditions d'accès à l'aide médicale à mourir, cela signifie qu'une personne susceptible de vivre encore de longues années pourrait y avoir accès, à condition de rencontrer les autres critères de la loi. »

(PGQ-6, p. 9)

33. Après débat, lors de l'étude article par article, ce critère fut ajouté à l'article 26 du PL 52 le 2 décembre 2013 et adopté le lendemain, 3 décembre (voir PGQ 10).
34. Plusieurs tentatives furent faites en Commission pour définir ce critère de « fin de vie », dont notamment par le Comité de juristes experts dans son mémoire d'octobre 2013 à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale :

« Nous nous permettons de proposer quelques réflexions pour faire avancer la réflexion. [...] Les termes « soins de fin de vie » ne devraient pas se limiter à exprimer seulement les soins palliatifs, y compris la sédation terminale, et l'aide médicale à mourir. Nous proposons les définitions suivantes :

-10-

**Soins de fin de vie** : soins dispensés à une personne, y compris les soins palliatifs, dont la sédation terminale, et l'aide médicale à mourir, **lorsque son décès est prévisible dans un avenir rapproché.**

Il ne serait pas nécessaire de qualifier temporellement la proximité du décès, vu le caractère aléatoire et incertain de telles prévisions. »

(Mémoire du Comité de juristes experts, p. 4, onglet B de notre argumentation)

35. Mme Michelle Giroux, membre du Comité de juristes experts, témoigna également en ce sens devant la Commission permanente de la santé et des services sociaux le 10 octobre 2013 :

« Alors il nous semble fondamental de bien définir les notions sans aller dans l'excès de définitions non plus parce qu'il faut faire confiance à la pratique médicale aussi en cette matière-là. ... et on ajouterait « **lorsque son décès est prévisible dans un avenir rapproché** ». Alors, il semble que ça pourrait être en lien avec l'article 26, donc, une façon de qualifier peut-être temporellement la proximité du décès sans tomber non plus dans trop de précisions en ce qui concerne la durée, qui pourrait éventuellement apporter des grandes limitations. »

(Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux, 10 octobre 2013, p. 38, 39, – onglet A de notre argumentation – nos soulignés)

36. Et Me Ménard ajoutait :

« Quand on parle d'« avenir rapproché », regardez, je vais être honnête avec vous, ça ne répond peut-être pas de façon très précise, mais je vous dirais que c'est peut-être un espace un petit peu plus opérationnel que peut-être la notion de fin de vie parce que la « fin de vie », il y a encore beaucoup de manières de comprendre ce terme-là. Remarquez qu'il y en a peut-être autant pour « décès dans un avenir rapproché ».

**Ce qu'on veut simplement mettre de l'avant, c'est que le décès devient une éventualité qui n'est plus purement hypothétique, qui est là. »**

(Idem, p. 43, nous soulignons)

37. La question de savoir si on devait définir l'expression « fin de vie » a été débattue en Commission le 21 novembre 2013 (voir PGQ-10, pp. 8 à 14) et une première définition a été proposée le 28 novembre par Mme Vallée, députée de l'opposition, comme suit :

« « Fin de vie » état dans lequel un patient est en phase terminale et que ses chances de survie sont compromises à plus ou moins long terme. » »



38. Cette définition fut rejetée en ces termes par Mme Hivon :

« [...] Quand on entend « personne en fin de vie » [...] on comprend, j'estime, que la personne est rendue dans une réalité où elle s'en va vers son décès [...] vous êtes vraiment dans une évolution avancée de votre maladie. [...] on a exclu des idées comme « imminent », [...] « inéluctable », [...] « phase terminale » [...], c'est une expression qui est davantage et exclusivement [...] reliée à une situation de cancer [...]. »

(PGQ-10, Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux, 28 novembre 2013, p. 54)

39. Une deuxième définition de « fin de vie » fut proposée sous forme d'un sous-amendement à l'article 3 du PL 52 par Mme Vallée le 16 janvier 2014 : « Le dernier épisode de la vie qui se situe entre le moment où un médecin consigne au dossier de son patient un pronostic de phase terminale de sa maladie et le décès de celui-ci ». Mais ce sous-amendement fut soumis au vote et rejeté.

40. Cependant, ce qui ressort clairement des débats en Commission, c'est que l'AMM n'était destiné qu'aux personnes en fin de vie, qu'elles soient atteintes de cancer ou de maladies dégénératives. Répondant à des questions du Dr. Bolduc, Mme Hivon insista :

« [...] il y a un principe qui est au cœur de ce projet de loi là, c'est que la personne doit être en fin de vie. C'est une logique de soins, de continuum de soins. [...] cette notion de fin de vie, c'est très, très important parce que, **si on considérait ça pour une personne qui n'est pas en fin de vie, on ne serait plus du tout dans une réalité de soins, on ne serait pas dans une réalité de continuum de soins, on serait plus dans une réalité de rupture entre une situation que la personne juge intenable et une avenue qui lui serait offerte. Ce n'est pas du tout le sens du projet de loi.** D'autres personnes peuvent faire ce débat-là, [...] mais ce n'est pas notre débat. [...] Dans l'évolution des maladies dégénératives, à un moment donné [...], j'appelle ça « quand on frappe l'autre versant de la montagne », là, où, là, le déclin devient très, très important et on sait que la mort s'en vient à plus ou moins brève échéance, là. Donc, c'est à ce type de situations là qu'on en est en tête pour les personnes atteintes de maladies dégénératives. [...] **Dans les cas de maladies dégénératives [...] on ne parle pas d'un horizon de deux à trois ans. Ce n'est pas ça la notion de fin de vie que l'on a en tête [...] je ne pense pas que cette personne-là [...] remplirait la condition de fin de vie à ce stade-là. [...] Mais c'est très clair que ce n'est pas l'anticipation des difficultés qui peut être la base d'une demande d'aide médicale à mourir. Il faut que vous soyez dans la situation. Donc, il faut que vous remplissiez tous les critères, il faut que vous soyez en fin de vie. [...] Aussi difficile que ça puisse être, elle n'est pas au premier stade de sa maladie, elle est au dernier stade de sa maladie, elle est en fin de vie.** [...] on sait qu'il y a des maladies graves et incurables qui peuvent être autres, là, on parle toujours des cas les plus répandus qui nous viennent à l'esprit, maladies dégénératives,

sclérose latérale amyotrophique, cas de cancer, mais, oui, ça peut être un cas qui pourrait être envisagé.

-12-

D'ailleurs, il y a une personne qui était venue nous voir en commission parlementaire, qui nous avait très bien expliqué, compte tenu de cette maladie chronique pulmonaire très grave, à quel point chaque respiration qu'elle prenait était une source de souffrance pour elle, et c'est Mme Gladu [...] il n'y aura pas de discrimination, les critères sont là, ils sont très, très restrictifs, très contraignants. Tantôt, le député de Jean-Talon le disait, là, pour certains, ces critères-là sont trop stricts, mais je pense que ce sont les bons critères [...]. »  
(PGQ-10, Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux, 2 décembre 2013, pages 17 à 20, nos soulignés)

41. Et répondant à une autre question, Mme Hivon ajoutait :

« Donc, il se peut très bien qu'à cause de votre maladie grave et incurable vous en soyez rendu à un déclin très avancé, irréversible de vos capacités, qui fait en sorte que vous êtes prisonnier de votre corps, que vous êtes excessivement souffrant. Et, dans un cas comme celui-là, **quand vous êtes en fin de vie**, oui c'est une possibilité. »

(Idem, page 21, nos soulignés)

42. Cette prise de conscience de l'effet du critère de « fin de vie » sur les personnes atteintes de maladies dégénératives avait d'ailleurs été souligné dans le Rapport de la CSMD :

« Enfin, la sérénité de plusieurs personnes face à la fin anticipée de leur vie, particulièrement pour certaines souffrant de maladies dégénératives, sera accrue significativement si elles savent que l'option de l'aide médicale à mourir existe, un peu comme une « sortie de secours », pour reprendre l'expression d'une participante, si leur situation devenait intolérable. »

(Rapport CSMD, p. 80)

43. Et donc, c'est très consciemment que le législateur québécois a voulu restreindre cet acte exceptionnel uniquement aux personnes en fin de vie, sachant fort bien que, de cette manière, il excluait des personnes atteintes de maladies graves et incurables, avec un déclin avancé et irréversible de leurs capacités et qui éprouvaient des souffrances constantes et insupportables mais qui n'étaient pas en fin de vie.

44. Pour reprendre les mots de la CSMD:

« Les critères que nous proposons pour l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir ont pour conséquence l'exclusion de certaines catégories de personnes. »

(RCSMD, P-12 et PGQ-4, p. 93).

45. Enfin, cette contrainte se retrouve actualisée dans le Guide d'exercice sur l'AMM mis à jour en novembre 2017 et approuvé par le CMQ et les cinq autres ordres professionnels interpellés par la légalisation de l'AMM :

-13-

« La société québécoise n'a pas jugé opportun de confier aux médecins le mandat d'aider à mourir des personnes qui ne répondraient pas à l'ensemble des critères exigés par la LCSFV.

Ainsi, et malgré la compassion que suscite chacune de ces situations, il demeure interdit de pratiquer une AMM chez une personne apte qui la demande et qui souffre de manière constante et insupportable, mais qui n'est pas en fin de vie, qu'elle soit atteinte d'une grave incapacité (tétraplégie, par exemple), ou d'une maladie dégénérative en début d'évolution, ou encore qu'elle présente une maladie psychiatrique, qu'elle envisage de mourir, mais que sa mort n'est pas « raisonnablement prévisible », etc. [...] D'autres options de soins sont alors possibles. Elles doivent être envisagées dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, permettant de déterminer quels sont les soins les plus appropriés à chaque patient à cette étape de sa vie. »

(PGQ-9, p. 19, 20)

#### **2.4 Une loi qui opère un équilibre entre l'autonomie des personnes et la protection des personnes vulnérables**

46. Cependant, cette condition d'être « en fin de vie » pour obtenir l'AMM n'est pas une prohibition absolue mais une condition d'accès, condition qui, dans la plupart des cas, sera atteinte avec l'écoulement du temps. C'est comme un feu rouge, on doit attendre qu'il tourne au vert avant de procéder. Comme les Drs. Rivard et Naud en ont témoigné, certaines personnes qui ne se qualifiaient pas pour recevoir l'AMM parce qu'elles n'étaient pas en fin de vie se sont qualifiées plus tard et c'est exactement le cas des deux Demandeurs, comme le Dr. Rivard l'a d'ailleurs souligné dans ses évaluations des Demandeurs.
47. Et si on n'est pas en fin de vie, on ne peut pas y avoir accès. Sinon, comme la preuve du Procureur général du Canada l'a révélée, si on fait sauter ce critère de fin de vie, on met à risque de nombreuses personnes souffrant de handicaps, âgées ou autrement vulnérables et c'est justement ce que le législateur québécois a voulu éviter. Comme le disait le Dr. Rivard, si on fait tomber ce critère, il y a un fort risque d'explosion de demandes d'AMM avec le risque inverse qu'il y ait moins de médecins voulant pratiquer cet acte en l'absence du critère de fin de vie.
48. Le législateur québécois a aussi voulu opérer un équilibre entre d'une part l'autonomie de la personne qui demande l'aide médicale à mourir et la protection des personnes vulnérables.
49. Comme le disait Mme Hivon :

« Alors, c'est évident que c'est un petit nombre de cas, de personnes qui vont pouvoir demander l'aide médicale à mourir, mais pour ces personnes-là je pense que c'est essentiel et je pense surtout qu'on s'assure ainsi de la protection des personnes vulnérables. Et, pour moi, le plus beau cadeau qui est venu vraiment renforcer cette préoccupation constante pour les personnes vulnérables, il est

-14-

venu de la Protectrice du citoyen, qui est venue nous dire dans son mémoire, quand elle est venue lors des auditions, qu'elle voyait, dans l'ensemble des dispositions du projet de loi, une préoccupation constante pour la protection des personnes vulnérables. Venant de la Protectrice du citoyen, je pense que c'est un témoignage assez éloquent. Même chose quand on reçoit l'appui de l'Office des personnes handicapées, de la COPHAN, la confédération des personnes handicapées, qui regroupe les organismes, au Québec, qui défendent les droits des personnes handicapées. Quand on reçoit donc de tels appuis, je pense qu'on peut se dire que, oui, la protection des personnes vulnérables, ça a été un souci du début à la fin qui est bien présent dans le projet de loi. »  
(PGQ-10, Journal des débats de l'Assemblée nationale, 2 juin 2014, p. 402)

50. Ce constat était d'ailleurs partagé le Comité de juristes experts aux pages 10 à 16 de son Mémoire (onglet B de notre argumentation) et résumé par Me Jean-Pierre Ménard dans son témoignage devant la Commission permanente de la santé et des services sociaux, le 10 octobre 2013 :

« [...] le projet de loi, on doit lui reconnaître effectivement qu'il est de très grande qualité. Essentiellement, c'est un projet qui va aider à assurer la sécurité juridique [...] des processus de fin de vie. [...] **on retrouve un équilibre fondamental et extrêmement important entre, d'une part, l'expression de l'autonomie de la personne et la protection des personnes vulnérables.** C'est une préoccupation qu'on avait, qui nous apparaissait importante, et on retrouve bien cet équilibre-là. »

(Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux, 10 octobre 2013, p. 38, - onglet A de notre argumentation - nous soulignons)

51. Et cet équilibre prenait notamment en compte le grave problème du suicide comme le Rapport de la CSMD le soulignait:

« Selon certains participants, la possibilité de demander de l'aide à mourir pourrait réduire le nombre de suicides de personnes malades. [...]

D'autres soulignent l'incohérence de permettre l'euthanasie ou le suicide assisté tout en investissant dans la prévention du suicide. Ces pratiques pourraient compromettre tous les efforts déployés depuis plusieurs années pour lutter contre ce fléau. Reconnaître que la mort est une façon acceptable de soulager les souffrances d'autrui et que s'enlever la vie est une réponse à l'adversité ne pourrait que résulter en une augmentation du nombre de suicides.

Nous avons été touchés par ces témoignages imprégnés d'appréhension. [...] Toutefois, nous estimons que, puisque l'euthanasie se situe dans un cadre



médical très balisé et qu'elle ne peut concerner que des cas exceptionnels, elle ne saurait remettre en cause l'importance de la vie. Elle serait en effet trop marginale pour avoir une influence négative significative sur les valeurs de la société entourant la vie et la mort. »

(P-12 et PGQ-4, pp. 65, 71 et 73)

-15-

52. Or, voilà que cette balise de « fin de vie » qui était censée protéger les personnes vulnérables se transforme maintenant en barrière dans l'exercice d'un nouveau droit : le droit de mourir! Toutefois, aucune loi fédérale ou québécoise, ni la Charte canadienne, n'établissent un droit à la mort. L'article 7 de la Charte canadienne ne peut à la fois protéger une chose, le droit à la vie, et son contraire, un droit à la mort, malgré tous les raisonnements sophistiqués que l'on puisse imaginer! Il n'y a pas de droit au suicide, il n'y a pas de droit à l'aide au suicide. Chacun des Demandeurs invoque une atteinte à son droit à la vie en ce que la condition d'être en fin de vie peut le forcer « à s'enlever prématurément la vie par crainte d'éventuellement ne plus en être capable en raison de la dégradation de sa condition physique » (par. 222 de la Demande introductive d'instance). Mais c'est justement pour éviter de tels abus que cette condition existe et quand la dégradation de leur condition sera telle qu'ils seront en fin de vie, alors ils seront éligibles à l'AMM.

53. Malgré les affirmations des Demandeurs au paragraphe 258 de leur Demande introductive d'instance, l'abolition du critère de fin de vie opérerait bel et bien un élargissement et un assouplissement considérables des conditions d'accès à l'AMM.

### **3. La Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) (la « Loi fédérale » ou « C-14 »)**

54. La loi fédérale a été adoptée en réponse à l'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 1 R.C.S. 331 (« **Carter** ») dans laquelle la Cour suprême du Canada (la « **CSC** ») a invalidé la prohibition totale de l'AMM.

55. Contrairement à la Loi québécoise qui crée un **droit à l'AMM**, la Loi fédérale vise plutôt à exonérer de responsabilité criminelle les médecins et infirmiers praticiens qui fournissent l'AMM conformément aux dispositions de C-14.

56. Malgré le court laps de temps accordé par la CSC pour adopter un régime législatif qui réponde à la déclaration d'invalidité des articles 241*b*) et 14 du *Code criminel*, la loi fédérale a fait l'objet d'un vaste processus de consultation tel que résumé aux paragraphes 93 à 140 de la défense du Procureur général du Canada (le « **PGC** ») et tel que démontré en détail dans son argumentation.

57. Au cours de ces consultations, plusieurs critères d'accès à l'AMM et plusieurs mécanismes de protection des personnes vulnérables ont été discutés à la lumière de *Carter* et certains critères d'accès et mécanismes de protection ont été choisis par le législateur non sans débat de fond. Le critère de « mort naturelle raisonnablement prévisible » (« **MNRP** »), présent dès la première lecture de C-14, a été débattu, non seulement quant à son caractère pratique mais même quant à sa pertinence comme

condition d'accès à l'AMM. Ainsi, le Sénat en avait demandé le retrait, demande qui a été rejetée par la Chambre des Communes et ce critère est donc demeuré comme condition d'accès essentielle à l'AMM dans la Loi fédérale telle qu'adoptée.

-16-

58. Tout comme le critère de « fin de vie » dans la Loi québécoise, tel que cela a été démontré par l'historique législatif de la Loi fédérale, le critère de MNRP dans la Loi fédérale a échappé à toute définition plus précise afin de permettre aux médecins et infirmiers praticiens d'exercer leur jugement professionnel quant à l'admissibilité du patient à un acte aussi irréversible que l'AMM.
59. Il se peut que son interprétation donne lieu à certaines divergences entre professionnels mais cela n'est que la conséquence de l'exercice du jugement professionnel. Le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise et le critère de « terminal disease » des lois américaines (situant le caractère terminal d'une maladie en y faisant correspondre un pronostic de moins de 6 mois à vivre) amènent les mêmes difficultés et risques de divergences entre praticiens quant à l'éligibilité d'un même patient à l'AMM. Et comme l'a démontré le contre-interrogatoire du Dr. Naud par l'avocat de la PGQ, de telles divergences et difficultés d'interprétation ne sont pas propres aux seuls critères de « fin de vie » ou de MNRP mais ils existent aussi quant à d'autres critères notamment quant à l'évaluation de la souffrance psychique (voir P-23.2).
60. Comme l'a souligné la Cour dans *AB v. Canada*, 2017 ONSC 3759 aux paragraphes 77 et 88, l'interprétation de ce critère a été laissée intentionnellement à l'appréciation clinique des médecins.
61. Ce n'est donc pas parce que le critère de MNRP est difficile d'interprétation et qu'il peut donner lieu à des divergences d'opinions entre médecins à l'égard d'un même patient, qu'il est en soi inconstitutionnel et devrait être déclaré inopérant.
62. D'une part, tel que démontré aux paragraphes 94 à 98 de l'argumentation du PGC, pour qu'une loi en matière de droit criminel manque de précision au point de la rendre inconstitutionnelle, elle doit manquer « de précision au point de ne pas constituer un guide suffisant pour un débat judiciaire quant à la portée du comportement prohibé ou d'une « sphère de risque » ».
63. Les Demandeurs ont produit plusieurs documents pour faire état des différences d'interprétation du critère de MNRP mais une chose qui ressort clairement de ces documents et même du document de la Canadian Association of MAID Assessors and Providers (P-24.3) (une association qui ne saurait être qualifiée de parfaitement objective), c'est que par ce critère « Bill C-14 makes MAID an end-of-life regime » (Recommandation 1, à la dernière page).
64. Par surcroît, bien que le nombre d'AMM prodiguées ne soit pas en soi une preuve d'absence de difficulté d'interprétation du critère de MNRP, la pratique des médecins qui ont prodigué des AMM au Québec (Drs. Nault et Rivard) ou ailleurs au Canada (Dr.

Downar qui confirme dans son témoignage du 8 février 2019 à la p. 89 que, dans les 50 cas où il a prodigué l'AMM, il avait été en mesure de « *reasonably foresee death* » chez ses patients ), cette pratique donc ne supporte pas la conclusion que ce critère soit imprécis au point d'en être inconstitutionnel.

-17-

65. De plus, au Québec, à tout le moins, les ordres professionnels concernés (médecins, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux, avocats et notaires) sont parvenus à réconcilier les critères de « fin de vie » et de MNRP dans le Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir (PGQ-11) de la manière suivante :

« La LCSFV prévoit que la personne doit être « en fin de vie » (art. 26 (3)), pour que l'AMM soit envisageable. La fin de vie peut être très variable, en matière de durée ou d'atteinte fonctionnelle, selon que la personne mourante souffre d'un état pathologique sous-jacent ou d'un autre. En se basant sur ces éléments, l'Observatoire national de la fin de vie, créé en France en 2010, la définit ainsi : « La fin de vie doit être appréhendée comme un processus plus ou moins long, ponctué de ruptures, au cours duquel les individus tentent, plus ou moins aisément, de faire face à la mort » (Observatoire national de la fin de vie, 2011). L'Institut canadien d'information sur la santé, dans son rapport sur l'utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Atlantique, considère en fin de vie les personnes dont « l'état de santé décline et qui sont considéré[e]s comme étant en phase terminale ou susceptibles de décéder dans un avenir prévisible (rapproché) » (ICIS, 2011).

**Le législateur québécois a tenu à émettre cette condition, qui restreint l'accès à l'AMM à une certaine catégorie de patients, sans donner plus de précision quant à un pronostic défini, ce qui permet de considérer la variabilité des trajectoires de fin de vie. Le critère de « fin de vie » n'est donc pas incompatible avec celui, exigé par le Code criminel, de « mort naturelle [...] devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de [la] situation médicale [de la personne], sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » (art. 241.2 (2) d)).**

Cela dit, le pronostic vital est très important en clinique, tant pour le patient que pour le médecin, pour décider des soins appropriés. **De plus, s'il peut être acceptable, à certaines conditions, d'abréger la période d'agonie vécue par une personne dont le décès est imminent et qui souffre de manière intolérable sans pouvoir être soulagée, il en va tout autrement d'une personne dont le décès n'est pas prévu à brève échéance.** Dans ce cas, il importe de considérer tout l'arsenal thérapeutique disponible pour soulager sa souffrance, mais aussi tout ce qui, au-delà des soins, pourrait améliorer sa qualité de vie.

On comprend, cependant, qu'il n'est pas toujours aisé de définir avec précision ce qu'est la fin de vie ou le caractère « raisonnablement prévisible » de la mort naturelle, pour une personne en particulier. C'est pourquoi la LCSFV et le Code criminel précisent de surcroît que pour pouvoir avoir recours à l'AMM, la

personne en proie à des souffrances constantes et insupportables en fin de vie doit être « atteinte d'une maladie grave et incurable » (art. 26 (4) de la LCSFV; art. 241.2 (2) a) du Code criminel) et sa situation médicale doit se caractériser « par un déclin avancé et irréversible de ses capacités » (art. 26 (5) de la LCSFV; art. 241.2 (2) b) du Code criminel).

-18-

Ces conditions nécessitent de la part du médecin de poser un diagnostic précis et de s'assurer que le patient est en fin de vie. Dans le cas, très exceptionnel, d'une demande d'AMM par un patient en fin de vie, mais dont la mort n'est pas prévue à brève échéance, le médecin devra faire preuve de prudence. »

(PGQ-11, pages 17-18, nous soulignons)

66. Et donc, au Québec à tout le moins, le critère de MNRP ne pose pas de problème pratique quant à l'administration de l'AMM, comme d'ailleurs les témoignages des Dr. Rivard et Naud l'ont confirmé soit parce que l'on considère que les deux critères sont équivalents (positions du CMQ et du Dr. Rivard) soit que l'on ignore le critère de MNRP pour ne se fier qu'au critère de « fin de vie » de la Loi québécoise (position du Dr. Naud et du Dr. Barrette selon le Dr. Naud), ce qui est d'ailleurs confirmé par le peu de demandes de clarifications à cet égard par les médecins du Québec auprès de leur assureur, l'ACPM.

67. Par surcroît, le critère de « fin de vie » appliqué au Québec ne donne lieu à aucune critique quant à son imprécision de la part des médecins québécois comme Drs. Naud, Rivard et même Barrette :

**« [...] La personne doit être en fin de vie, j'insiste, doit être en fin de vie, et la fin de vie, ça se documente, ça se diagnostique, ce n'est pas un hasard, ce n'est pas une appréciation en soi, c'est quelque chose que l'on sait, dans le milieu médical, comme étant irréversible ; [...]. »**

(PGQ-10, Journal des Débats de l'Assemblée nationale, 2 juin 2014, p. 397 nous soulignons)

68. Cette exigence d'accès à l'AMM que la personne soit « en fin de vie » ou en situation de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » a été ajoutée afin de prévenir que le seul critère de « déclin avancé et irréversible de ses capacités » (selon la Loi québécoise et la Loi fédérale) ne permette l'accès à l'AMM par de nombreux patients qui ne sont pas en fin de vie. Comme l'a exprimé le CMQ dans son mémoire du 17 septembre 2013 à la Commission permanente de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale :

« D'un point de vue médical, la présence de souffrances réfractaires aux traitements usuels est déterminante pour justifier ce dernier recours, de même que le fait d'être face à un patient atteint d'une maladie grave et incurable. Mais nous l'avons déjà évoqué, la décision d'intervenir activement vient souvent du fait que la personne atteinte en est rendue à la phase terminale si bien que la crainte d'écourter la vie devient plus relative. Aussi, nous pensons que la condition voulant que la mort soit inéluctable et imminente devrait être

formulée plus explicitement, en faisant appel à la notion de «phase terminale». Le plus simple serait probablement d'exiger que la personne soit en phase terminale ce qui, tout en laissant une marge dans l'interprétation, limite quand même l'ouverture à des cas exceptionnels.

Cette exigence remplacerait la condition voulant que la situation médicale de la personne se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.

**Des psychiatres nous ont avisé que plusieurs de leurs patients pourraient faire la**

-19-

**demande et satisfaire aux conditions telles qu'elles sont formulées actuellement. Il en va de même de patients atteints d'une maladie dégénérative encore à un stade précoce. On comprendrait facilement la réticence des médecins à répondre à de telles demandes.**

**À cet égard, la position du Collège a toujours été la même : ce que les médecins veulent d'abord éviter, c'est de laisser souffrir un patient qui va de toute façon mourir à plus ou moins court terme, que celui-ci soit apte ou non. Pour ce qui est des médecins, il est probable que cette option ne sera considérée que dans un nombre très limité de cas, où la mort est inéluctable et prochaine et la souffrance réfractaire aux traitements usuels. »**

(CMQ, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, 17 septembre 2013, pages 7-8, nous soulignons, onglet D de notre argumentation)

69. Donc, cette condition de « fin de vie » ou de MNRP a été ajoutée spécifiquement pour protéger des personnes vulnérables qui, selon l'opinion des psychiatres, auraient autrement été éligibles à recevoir l'AMM, ce qui est d'ailleurs corroboré par les opinions des experts du PGC.
70. Enfin, tout comme la Loi québécoise, la Loi fédérale vise à opérer « l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes vulnérables qui demandent [...l'AMM] et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de cette protection et ceux de la société ».
71. Et, de plus, malgré les tentatives des Demandeurs de restreindre ce concept de « personnes vulnérables » aux seules personnes inaptes, il est évident que l'intention des législateurs québécois et fédéral était de protéger l'ensemble des personnes vulnérables et non seulement les personnes inaptes qui, de toute manière en raison de leur inaptitude, ne seraient pas éligibles l'AMM.
72. Le critère de « fin de vie » ou de MNRP vient donc compléter l'ensemble des balises jugées nécessaires par le législateur pour prévenir tout abus et protéger non seulement les personnes vulnérables mais la société dans son ensemble en se rappelant que le législateur a voulu, en cas de doute, opter pour la vie et non pour la mort en appliquant cette primauté du droit à la vie parmi l'ensemble des droits et libertés garantis par la *Charte canadienne*.

#### **4. La conformité du critère à la *Charte canadienne* ou à *Carter*?**

73. Avant toute discussion à savoir si ce critère de « fin de vie » ou de MNRP porte atteinte aux articles 7 ou 15 de la *Charte canadienne* et, si tel est le cas, si cette atteinte est raisonnable en vertu de l'article 1 de la *Charte canadienne*, il faut se demander si ce critère doit être conforme à *Carter*, comme les Demandeurs le prétendent, ou plutôt conforme à la *Charte canadienne*, comme les défendeurs l'affirment?

74. La réponse est on ne peut plus claire. Ce critère doit être justifié en fonction de la *Charte canadienne* et non de *Carter*, entre autres, pour les quatre raisons suivantes.

-20-

75. **Premièrement**, dans la décision de première instance (2012 BCSC 886, "***Carter BCSC***"), la Cour suprême de Colombie-Britannique traitait d'une personne dont la mort naturelle était raisonnablement prévisible :

*"Ms. Taylor began to experience cramping in her hands, feet and limbs in 2003. It was not until December 2009 that she was diagnosed with ALS. By that time, her muscles had begun to atrophy. She had difficulty walking and suffered generalized body weakness. In January 2010, her neurologist told her that she would likely be paralyzed in six months and would likely die within the year."*

(au par. 48, nous soulignons)

*"In her affidavit, Ms. Taylor describes some of her hopes and fears regarding her death, as follows:*

*I do not want my life to end violently. I do not want my mode of death to be traumatic for my family members. I want the legal right to die peacefully, at the time of my own choosing, in the embrace of my family and friends.*

***I know that I am dying, but I am far from depressed. [...]"***

(au par. 54, nous soulignons)

*"In conclusion, Ms. Taylor deposes:*

***I am dying. I do not want to, but I am going to die; that is a fact. [...]"***

(au par. 56, nous soulignons)

76. Et, en accordant une exemption constitutionnelle à Ms. Taylor, la BCSC l'a assujettie à certaines conditions:

*"I have concluded that, in order to ensure that Ms. Taylor, a successful litigant, has an effective remedy, during the period of suspension of the declaration of constitutional invalidity there will be a constitutional exemption permitting Ms. Taylor to obtain physician-assisted death, under the following conditions:*

*[...]*

***(b) Her attending physician attests that Ms. Taylor is terminally ill and near death, and there is no hope of her recovering. [...]"***

(au par. 1414, nous soulignons)

77. Et comme la BCSC l'a noté dans *Lamb v. Canada (Attorney General)*, 2017 BCSC 1802 ("***Lamb***") concernant l'effet de la déclaration faite par la CSC dans *Carter* au paragraphe 127 de la décision de la CSC :

“At para. 127 of *Carter #1*, the Court specified that the scope of its declaration was “intended to respond to the factual circumstances in this case” and that it was making “no pronouncement on other situations where physician-assisted dying may be sought.” ”

(au par. 25)

-21-

78. **Deuxièmement**, ni dans la décision *Carter BCSC*, ni dans la décision *Carter*, ni la BCSC ni la CSC n’avaient l’intention de créer un régime exhaustif pour l’AMM, une tâche mieux adaptée pour le Parlement.

79. Dans *Carter BCSC*, la BCSC déclara:

“It is the proper task of Parliament, not the courts, to determine how to rectify legislation that has been found to be unconstitutional. [...]”

(au par. 1386)

“Recognizing that it is up to Parliament to decide whether and how to respond to the declarations of constitutional invalidity, I conclude that in the interim, while the declarations are suspended, the plaintiff Gloria Taylor should be granted the exceptional remedy of a constitutional exemption. [...]”

(au par. 1411)

80. Et dans *Carter*, la CSC en arriva à des conclusions similaires:

« Nous avons conclu que la prohibition porte atteinte aux droits garantis aux Demandeurs par l’art. 7. Il faut donner au législateur l’occasion de concevoir une réparation convenable. Les préoccupations exprimées dans *Ferguson* au sujet des exemptions constitutionnelles autonomes valent tout autant en l’espèce : pareille exemption serait source d’incertitude, saperait la primauté du droit et constituerait une usurpation de la fonction du législateur, qui est mieux placé que les tribunaux pour créer des régimes de réglementation complexes. »

(au par. 125)

« Dans la mesure où les dispositions législatives contestées nient les droits que l’art. 7 reconnaît aux personnes comme Mme Taylor, elles sont nulles par application de l’art. 52 de la Loi constitutionnelle de 1982. Il appartient au Parlement et aux législatures provinciales de répondre, si elles choisissent de le faire, en adoptant une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans les présents motifs. »

(au par. 126)

81. **Troisièmement**, ni la BCSC ni la CSC n’ont jamais envisagé de permettre une exemption de responsabilité criminelle sans balises robustes ou sans de solides mesures de sauvegarde « pour prévenir les erreurs et les abus lors de la prestation de l’aide médicale à mourir » (C-14, Préambule).

82. Dans *Carter BCSC*, la cour déclara:

“The legislation’s infringement of s. 15 equality rights is not demonstrably justified under s. 1 of the Charter. The purpose of the absolute prohibition against physician-assisted suicide, as determined by *Rodriguez*, is to prevent vulnerable persons from being induced to commit suicide at times of weakness. That purpose is pressing and substantial and the absolute prohibition against assisted suicide is rationally connected to it. However, a less drastic means of achieving

-22-

the legislative purpose would be to keep an almost-absolute prohibition in place with a stringently limited, carefully monitored system of exceptions allowing persons in Ms. Taylor’s situation – grievously and irremediably ill adult persons who are competent, fully-informed, non-ambivalent and free from coercion or duress – to access physician-assisted death.”

(au par. 16)

“My review of the evidence in this section, and in the preceding section on the experience in permissive jurisdictions, leads me to conclude that the risks inherent in permitting physician-assisted death can be identified and very substantially minimized through a carefully-designed system imposing stringent limits that are scrupulously monitored and enforced.”

(au par. 883)

“A less drastic means of achieving the objective of preventing vulnerable persons from being induced to commit suicide at times of weakness would be to keep the general prohibition in place but allow for a stringently limited, carefully monitored system of exceptions. Permission for physician-assisted death for grievously ill and irremediably suffering people who are competent, fully informed, non-ambivalent, and free from coercion or duress, with stringent and well-enforced safeguards, could achieve that objective in a real and substantial way.”

(au par. 1243)

83. Et dans *Carter* la CSC énonça son accord avec les conclusions de la juge de première instance:

« D’une part, comme l’a fait remarquer la juge de première instance, l’aide médicale à mourir soulève des questions complexes de politique sociale et un certain nombre de valeurs sociales opposées. La tâche du législateur confronté à cette question est difficile: il doit soupeser et pondérer le point de vue des personnes qu’un régime permissif pourrait mettre en danger et le point de vue de celles qui demandent de l’aide pour mourir. Par conséquent, il faut accorder une grande déférence à la décision du législateur d’imposer une prohibition absolue de l’aide à mourir. La juge a toutefois également conclu — et nous sommes d’accord avec elle — que la prohibition absolue ne pouvait pas être



qualifiée de « mesure réglementaire complexe » (par. 1180). Bien que le législateur ait droit à une grande déférence, celle-ci s'en trouve donc réduite. »

(au par. 98)

« Après un examen exhaustif de la preuve, la juge de première instance a rejeté l'argument selon lequel l'adoption d'un régime de réglementation nous entraînerait dans un dérapage menant à l'homicide. Nous ne devons pas supposer à la légère qu'un tel régime fonctionnera mal, ni supposer que l'infliction d'autres sanctions pénales à ceux et celles qui enlèvent la vie d'autrui se révélera inefficace contre les abus. »

(au par. 120)

-23-

84. **Quatrièmement**, la décision rendue par la CSC dans *Carter* ne met pas un carcan à la réponse que le législateur peut apporter à *Carter* et ne met pas fin au rôle du législateur en autant que la réponse du législateur puisse se justifier en vertu de l'article 1 de la *Charte canadienne*. Bien au contraire, comme l'enseigne le constitutionnaliste Peter Hogg:

“When a law is struck down on Charter grounds, it has failed the requirement of justification under s. 1. This nearly always means that a different law, one that still pursues the same objective, but which makes a less drastic encroachment on the Charter right, would be a reasonable limit that can be demonstrably justified in a free and democratic society. [...]”

It is useful to think of the Court's Charter decisions, not as imposing a veto on desired legislative policies, but rather as starting a “dialogue” with the legislative branch as to how best to reconcile the individualistic values of the Charter with the accomplishment of social and economic policies for the benefit of the community as a whole.”

(Peter W. Hogg, *Constitutional Law of Canada*, Fifth Edition Supplemented, Volume 2, p. 36-14.1)

85. En conséquence, nous allons maintenant examiner si le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise, même si elle est antérieure à *Carter*, et le critère de MNRP de la Loi fédérale sont conformes aux dispositions de la *Charte canadienne*.

##### **5. Le critère de « fin de vie » ou de MNRP viole-t-il l'article 7 de la *Charte canadienne*?**

86. L'article 7 protège le droit à la vie et ne crée pas un droit à la mort. Comme l'a souligné la CSC dans *Carter* :

« Le caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société. L'article 7 émane d'un profond respect pour la valeur de la vie humaine, mais il englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne **durant le passage à la mort.** »

(par. 63, nous soulignons)

87. La CSC a également confirmé aux par. 59 à 62 que le droit à la vie se restreignait à la préservation de la vie et non à la protection de la qualité de la vie et que les préoccupations liées à l'autonomie et à la qualité de la vie étaient des droits à la liberté et à la sécurité.

88. Il faut le rappeler, l'art. 7 de la *Charte canadienne*, même selon l'interprétation de *Carter*, protège le droit à la vie et ne crée pas un droit à la mort.

89. Comme le CMQ l'a indiqué dans son mémoire à la Commission spéciale le 15 février 2010 :

« [...] dans des situations exceptionnelles où la mort est imminente et inévitable, il pourrait être approprié de vouloir écourter l'agonie. Ce faisant, nous sommes loin de revendiquer un droit quelconque à la mort [...] »

(p. 3, onglet C de notre argumentation)

90. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle en sont arrivés plusieurs hautes instances de juridictions étrangères partageant les valeurs et l'héritage juridique du Canada. Ainsi, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le droit à la vie protégé par l'article 2 de la *Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales*, 213 R.T.N.U. 221 (4 novembre 1950) ne comporte pas un droit à la mort :

« L'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie. »

(*Pretty c. Le Royaume-Uni*, No. 2346#02, [2002] ECHR 427, par. 39)

91. La Chambre des Lords en était d'ailleurs arrivée à la même conclusion (*Pretty c. Director of Public Prosecutions*, [2001] UKHL 61, par. 5, 59 et 88). Il en est de même de la Cour suprême de l'Irlande en ce qui concerne le droit à la vie garanti par l'article 40.3.2 de la Constitution irlandaise (*Fleming c. Ireland & ors*, [2013] IESC 19, par. 113 à 115)

92. Par ailleurs, comme l'a souligné la CSC :

«La juge de première instance a conclu que la prohibition de l'aide médicale à mourir avait pour effet de forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie, par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables. Elle a conclu pour cette raison que le droit à la vie entrerait en jeu.

Nous ne voyons aucune raison de modifier la conclusion de la juge de première instance sur ce point. La preuve de mort prématurée n'a pas été contestée devant notre Cour. Il est donc établi que la prohibition prive certaines personnes de la vie. »

(par. 57, 58)

93. Or, dans le présent dossier, il n'y a aucune preuve que le critère de « fin de vie » ou de MNRP auraient pour conséquence que les Demandeurs puissent s'enlever la vie de manière prématurée. Bien au contraire, la résilience et le goût de vivre des Demandeurs ont été amplement démontrés et le rejet de diverses méthodes de s'enlever la vie par les deux Demandeurs en est la preuve.

94. En outre, les Demandeurs attaquent les critères de « fin de vie » et de MNRP parce qu'ils ont comme conséquence de **prolonger leur vie** en attendant qu'ils soient éligibles à l'AMM et non de **devancer leur mort**.

-25-

95. La preuve dans le présent dossier ne démontre aucunement que le droit à la vie soit atteint par ce critère qui vise bien au contraire à préserver la vie jusqu'à ce que la personne soit en « fin de vie ». Écarter ce critère protecteur de la vie contribuerait à favoriser la mort et non la vie.

96. Ce critère porte-t-il atteinte au droit à la liberté ou la sécurité des Demandeurs?

97. Selon la CSC dans *Carter*, « la liberté protège « le droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État » (par. 64).

98. Or, ce que demandent les Demandeurs dans le présent dossier c'est justement le contraire, c'est l'intervention de l'État par le biais de médecins, pharmaciens, infirmiers et préposés, tous payés par l'État, pour leur procurer la mort.

99. Et au contraire de la situation dans *Carter*, les Demandeurs ne subissent pas les conséquences d'une prohibition absolue mais uniquement le fait qu'ils ne sont pas encore éligibles à recevoir l'AMM. Car, faut-il le rappeler, les droits garantis par l'article 7 ne sont pas absolus comme l'a rappelé la CSC dans *Carter* :

« L'article 7 garantit non pas que l'État ne portera jamais atteinte à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne — les lois le font constamment —, mais que l'État ne le fera pas en violation des principes de justice fondamentale. [...] Bien que la Cour ait reconnu un certain nombre de principes de justice fondamentale, trois principes centraux se sont dégagés de la jurisprudence récente relative à l'art. 7 : les lois qui portent atteinte à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne ne doivent pas être arbitraires, avoir une portée excessive ou entraîner des conséquences totalement disproportionnées à leur objet.

Chacun de ces vices potentiels suppose une comparaison avec l'objet de la loi contestée (*Bedford*, par. 123). La première étape consiste donc à cerner l'objet visé par la prohibition de l'aide à mourir. »

(par. 71 à 73)

100. Deux distinctions s'imposent par rapport à *Carter*.

101. **Premièrement**, ce qui était en cause dans *Carter* était une prohibition absolue de l'AMM alors que dans le cas présent l'AMM n'est pas prohibée mais soumise à une condition d'accès de fin de vie ou de MNRP qui pourra se réaliser, dans la majorité des cas, par le seul écoulement du temps.

102. **Deuxièmement**, dans *Carter*, la CSC a retenu la qualification de l'objet visé par la prohibition absolue de l'aide à mourir comme étant « le but restreint d'empêcher que

les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse » (par. 78) et la Cour a spécifiquement rejeté comme objet de cette prohibition « la préservation de la vie » ou même la prévention du suicide (par. 76 à 78).

-26-

103. Dans le présent dossier, les dispositions contestées visent non seulement à protéger les personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse » mais aussi à protéger « les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection **et ceux de la société** » (C-14, Préambule, nos soulignés) tout en affirmant « la valeur inhérente et l'égalité de chaque vie humaine » et en reconnaissant « que le suicide constitue un important enjeu de santé publique » (C-14, Préambule et *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, ch. 30, Préambule, Pièce A à l'affidavit d'Isabel Giardino, PGC-76).

104. Le Préambule de C-14 et l'historique législatif des deux lois en cause démontrent amplement que tout en voulant légaliser l'AMM, le législateur, tant fédéral que québécois, a aussi voulu par de solides mesures de sauvegarde prévenir le suicide et « les perceptions négatives au sujet de la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées » tout en préservant « les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection **et ceux de la société en général** » (C-14, Préambule, nos soulignés).

105. Comme la CSC l'a souligné dans *Carter* au par. 83 et 84 même à l'égard de la prohibition absolue de l'AMM, le principe de justice fondamentale interdisant l'arbitraire via l'absence de lien rationnel n'était pas en cause et il l'est encore moins dans le présent dossier puisqu'il n'y a pas de prohibition absolue de l'AMAM mais des conditions d'accès. La restriction des droits opérée par le régime législatif québécois et fédéral encadrant l'AMM n'est donc pas arbitraire.

106. Cette restriction a-t-elle une portée excessive? À cette étape, comme l'a souligné la CSC dans *Carter* :

« Il ne s'agit pas de savoir si le législateur a choisi le moyen le moins restrictif, mais de savoir si le moyen choisi porte atteinte à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne d'une manière qui n'a aucun lien avec le mal qu'avait à l'esprit le législateur. On ne met pas l'accent sur des répercussions sociales générales, mais sur l'incidence de la mesure sur les personnes dont la vie, la liberté ou la sécurité est restreinte. »

(par. 85)

107. Et comme la prohibition absolue dans *Carter* englobait des personnes qui n'étaient pas vulnérables alors que l'objet de la prohibition était de protéger uniquement les personnes vulnérables, la CSC conclut aux paragraphes 86 à 88 que cette prohibition de l'AMM avait une portée excessive.

108. Tel n'est pas le cas dans le présent dossier. D'une part, il ne s'agit pas d'interdire l'AMM mais de l'encadrer et, d'autre part, seules les personnes visées par le législateur sont visées par ce critère. Un peu comme l'âge requis pour conduire, consommer de l'alcool, des produits du tabac ou du cannabis, il n'y a pas d'interdiction absolue mais des conditions à respecter.

-27-

109. Le troisième principe de justice fondamentale est celui de la proportionnalité. L'effet du critère de « fin de vie » ou de MNRP est-il disproportionné par rapport à l'objet de la mesure? La CSC dans *Carter* ne s'est pas prononcée à cet égard puisqu'elle avait déjà conclu à la portée excessive de la prohibition absolue. Nous soumettons qu'en regard des autres régimes législatifs ayant décriminalisé l'AMM aux USA et en Europe, le régime adopté par le Québec et le Canada n'est pas disproportionné compte tenu, notamment de l'importance et du caractère irréversible de l'AMM.

110. En conséquence, nous soumettons que les régimes québécois et canadien applicables à l'AMM ne violent pas le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité des Demandeurs ou, s'ils le font, que cela ne se fait pas en violation des principes de justice fondamentale.

111. Rappelons, enfin, qu'à cette étape, la cour n'examine pas les intérêts de la société en général, examen qui relève plutôt de l'examen de la justification en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne* :

« Lorsqu'ils déterminent si la privation du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne est conforme aux principes de justice fondamentale visés à l'art. 7, les tribunaux ne s'intéressent pas à des intérêts sociaux opposés ou aux avantages publics que procure la loi attaquée. Il convient plutôt d'étudier ces prétentions morales opposées et avantages généraux pour la société à l'étape de la justification au regard de l'article premier de la *Charte* (*Bedford*, par. 123 et 125). »

(*Carter*, par. 79)

## **6. Le critère de « fin de vie » ou de MNRP viole-t-il l'article 15 de la *Charte canadienne*?**

112. Les Demandeurs allèguent une atteinte au droit à l'égalité essentiellement (1) parce que les personnes souffrant d'une maladie grave et incurable, mais qui ne sont pas en fin de vie ou dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, ne peuvent bénéficier de l'AMM et (2) parce que ces personnes ne peuvent s'enlever la vie en raison de leur inaptitude physique à le faire.

113. Comme l'explique le ministère fédéral de la justice sur son site Internet accédé le 15 février 2019 quant à l'objet de l'article 15:

« Comme l'a exprimé la Cour suprême dans sa première affaire relative à l'article 15 et l'a confirmé récemment : « [f]avoriser l'égalité emporte favoriser

l'existence d'une société où tous ont la certitude que la loi les reconnaît comme des êtres humains qui méritent le même respect, la même déférence et la même considération » (*R. c. Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483 au paragraphe 15 citant l'arrêt *Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.C.S. 143, à la page 171, le juge McIntyre). Voir aussi plus récemment *Québec (P.G.) c. A.*, 2013 CSC 5, au paragraphe 417, dans lequel la juge en chef McLachlin, se ralliant à la majorité au sujet de l'article 15, a souligné que la discrimination perpétue ou favorise

-28-

« l'opinion que l'individu touché est moins capable ou est moins digne d'être reconnu ou valorisé en tant qu'être humain ou que membre de la société canadienne, qui mérite le même intérêt, le même respect et la même considération. » »

114. Toujours dans le même document, le ministère résume la grille d'analyse utilisée par la CSC :

« De son premier arrêt jusqu'à ses décisions plus récentes au sujet de l'article 15, la Cour suprême a toujours accordé une grande importance à la garantie « réelle » de l'égalité. En effet, la Cour a mis en évidence que « l'égalité ne signifie pas nécessairement traitement identique et que le modèle formel du "traitement analogue" peut en fait engendrer des inégalités » (*Kapp*, précité, au paragraphe 15 citant *Andrews*, précité, à la page 165; voir aussi *Withler c. Canada* [2011] 1 R.C.S. 396, au paragraphe 39). [...]

Dans l'arrêt *Law c. Canada* [1999] 1 R.C.S. 497 (ci-après *Law*), la Cour a résumé sa démarche dans un cadre comportant trois volets, reformulé dans l'arrêt *Kapp*, précité, en deux volets. Le critère peut être formulé comme suit :

1. La loi établit-elle une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue?
2. La distinction est-elle discriminatoire? (*Kapp*, précité au paragraphe 17; voir aussi *Withler*, précité au paragraphe 30; *Québec c. A.*, précité aux paragraphes 324 et 418 et *Première Nation de Kahkewistahaw c. Taypotat*, [2015] 2 R.C.S. 548, ci-après *Taypotat*).

Une fois que le demandeur satisfait à la première étape de l'analyse du paragraphe 15(1), le défendeur (gouvernement) peut établir que la distinction contestée est visée par le paragraphe 15(2) étant donné qu'il s'agit d'une mesure d'action positive, ayant pour but d'améliorer la situation d'un groupe historiquement défavorisé. Si les exigences du paragraphe 15(2) (décrites en détail ci-après) sont respectées par le gouvernement, l'analyse prend fin puisqu'il n'y a pas de discrimination au sens du paragraphe 15(1).

Dans l'arrêt *Kapp*, précité, au paragraphe 37, la Cour a résumé le double objectif de l'article 15 de la manière suivante :

Le paragraphe 15(1) a pour objet d'empêcher les gouvernements d'établir des distinctions fondées sur des motifs énumérés ou analogues ayant pour effet de perpétuer un désavantage ou un préjugé, ou d'imposer un désavantage fondé sur l'application de stéréotypes. Le

paragraphe 15(2) vise à permettre aux gouvernements de combattre de manière proactive la discrimination.

En plus d'être **fondée sur l'objet visé** et **axée sur l'égalité réelle**, l'analyse de l'article 15 se fonde sur les faits et est éminemment **contextuelle et comparative**. [...] Il incombe au demandeur de prouver qu'il a été porté atteinte aux droits que lui garantit l'article 15 (*Law*, précité, aux paragraphes 76 à 83). La quantité et la nature de la preuve requise peuvent varier grandement selon la nature de la demande. La preuve de l'intention législative n'est pas nécessaire; l'exigence faite au demandeur est d'établir que soit l'objet, soit l'effet de la disposition législative

-29-

ou de la mesure est discriminatoire (*Law*, précité, au paragraphe 80). Dans de tels cas, le gouvernement devra démontrer que son programme relève du paragraphe 15(2) et que, par conséquent, il n'est pas discriminatoire (*Kapp*, précité, aux paragraphes 39 à 41).

[...] il incombe au demandeur de faire en sorte que le tribunal soit bien informé des contextes historique, social, politique et juridique dans lesquels l'allégation est formulée (*Law*, précité, au paragraphe 83). Une demande fondée sur le droit à l'égalité est susceptible d'être rejetée si le tribunal conclut que le dossier de preuve est insuffisant, particulièrement si la demande dépend de l'acceptation par la Cour de modèles sociaux non étayés par des statistiques ou des expertises en matière de sciences sociales (*Gosselin c. Québec (Procureur général)*, [2002] 4 R.C.S. 429). »

115. Dans le présent dossier, les Demandeurs n'ont apporté aucune preuve de telle discrimination et ne se sont donc pas déchargés de leur fardeau de preuve à cet égard.
116. Premièrement, toutes les personnes qui sont dans les mêmes conditions que les Demandeurs sont soumis aux mêmes conditions d'accès à l'AMM.
117. Deuxièmement, le choix du critère de « fin de vie » ou de MNRP ne résulte pas d'une omission de la part du législateur de prendre en compte les besoins des personnes avec des déficiences. Bien au contraire, comme l'a démontré le PGC aux par. 192 et ss. de son argumentation, c'est en partie pour répondre au souci de ne pas exposer les personnes handicapées, malades ou autrement vulnérables aux attraits de l'AMM que le critère de MNRP a été incorporé au projet de loi fédéral et qu'il a été maintenu dans C-14 et le même raisonnement s'applique au critère de « fin de vie » dans la Loi québécoise.
118. Troisièmement, c'est plutôt le retrait de ces critères de « fin de vie » et de MNRP comme le demandent les Demandeurs qui créerait une discrimination contraire à l'article 15 à l'égard des personnes handicapées, malades ou autrement vulnérables comme la preuve du PGC l'a amplement démontré.
119. Finalement, s'il y a violation de l'article 15, nous soumettons qu'une telle violation est justifiée en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne*.



120. Cependant, avant d'examiner l'effet de l'article premier de la *Charte canadienne*, il importe de disposer d'un argument additionnel soulevé par les Demandeurs : C-14 leur a-t-il fait perdre un droit à l'AMM que la CSC leur avait reconnu dans *Carter*?

**7. C-14 leur a-t-il fait perdre un droit à l'AMM que la CSC leur avait reconnu dans *Carter*?**

121. Au paragraphe 142 de leur Demande introductive d'instance, les Demandeurs allèguent que leur « situation juridique s'est modifiée lorsque la Cour Suprême du Canada a rendu sa décision dans l'affaire *Carter* ». Au paragraphe 173, les Demandeurs

-30-

prétendent que la décision *Carter* « leur rendait maintenant accessible [...] l'aide médicale à mourir, ce qu'ils ne peuvent obtenir en vertu de la loi québécoise, puisqu'ils ne sont pas en fin de vie » et au paragraphe 180, ils prétendent que le PGC « a choisi d'enlever ce droit à un certain nombre de Canadiens dont les Demandeurs ».

122. Pour répondre à cet argument, il importe de replacer les faits selon leur ordre chronologique :

- Le 6 février 2015, la CSC rend la décision *Carter* reconnaissant le droit à l'AMM à certaines conditions sans mentionner aucune exigence quant à la fin de vie ou la MNRP de la personne; la prise d'effet de la déclaration d'invalidité est toutefois suspendue pendant 12 mois, soit jusqu'au 6 février 2016 (la « **période de suspension** »);
- Le 10 décembre 2015, la Loi québécoise entre en vigueur et elle reconnaît le droit à l'AMM à certaines conditions dont le fait que la personne soit « en fin de vie »;
- Le 15 janvier 2016, dans *Carter c. Canada*, [2016] 1 R.C.S. 13 (« **Carter 2016** »), la CSC prolonge la période de suspension pour 4 mois (la « **prorogation** »);
- Dans *Carter 2016*, la CSC soustrait la province de Québec à la prorogation compte tenu de la Loi québécoise; (« Quant aux art. 4 et 26 à 32 de la *LCSFV*, le Québec est soustrait à la prorogation de quatre mois » sans toutefois que cela ne puisse « être interprété comme l'expression d'un quelconque point de vue quant à la validité de la *LCSFV* .») (*Carter 2016*, par. 3, 4 et 7)
- Compte tenu de l'exemption accordée au Québec, et pour des motifs d'équité et d'égalité, la CSC accorde durant la période de prorogation « une exemption à tous ceux qui souhaitent exercer leurs droits, de sorte qu'ils pourront s'adresser à la cour supérieure de leur province ou territoire pour solliciter une

ordonnance qui respecte les critères énoncés au par. 127 des motifs de la Cour dans *Carter*. » (*Carter 2016*, par. 7);

- Le 17 juin 2016, C-14 entre en vigueur et met ainsi fin à la prorogation.

123. La situation était donc la suivante du 10 décembre 2015 au 17 juin 2016:

- À compter du 10 décembre 2015, les Demandeurs pouvaient recevoir l'AMM en vertu de la Loi québécoise s'ils étaient en fin de vie;
- Du 6 février 2015 au 5 février 2016, pendant la période de suspension, la condition restait la même puisque la déclaration d'invalidité était suspendue;

- Du 5 février 2016 au 17 juin 2016, les articles 4 et 26 à 32 de la Loi québécoise, y compris son critère de « fin de vie », demeuraient en vigueur; toutefois, rien n'empêchait les Demandeurs de se prévaloir de l'exemption individuelle autorisée par *Carter 2016* en s'adressant à la Cour supérieure.

124. Donc, les Demandeurs n'ont jamais joui en aucun moment du droit d'obtenir l'AMM sans respecter le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise. Et s'ils avaient voulu obtenir le droit à l'AMM en vertu du par. 127 de *Carter*, donc sans le critère de MNRP, ils auraient pu s'adresser à la Cour supérieure entre le 15 janvier 2016 et le 17 juin 2016, soit pendant la prorogation, pour faire reconnaître leurs droits en vertu du par. 127 de *Carter* et de *Carter 2016*, comme 15 autres canadiens l'ont fait, tout en invoquant toutefois la prépondérance fédérale en matière de droit criminel pour faire tomber le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise, ce qu'ils n'ont pas fait. Leurs procureurs ne peuvent maintenant plaider ce défaut pour prétendre que les Demandeurs ont été dépouillés d'un droit qu'ils n'ont jamais eu.

**8. Si le critère de « fin de vie » ou de MNRP viole l'article 7 ou l'article 15 de la Charte canadienne, cela est-il justifié en vertu de l'article premier?**

125. Comme l'a rappelé la CSC dans *Carter* :

« Pour justifier, en vertu de l'article premier de la Charte, l'atteinte aux droits que reconnaît l'art. 7 aux appelants, le Canada doit démontrer que l'objet de la loi est urgent et réel et que les moyens choisis sont proportionnels à cet objet. Une loi est proportionnée à son objet si (1) les moyens adoptés sont rationnellement liés à cet objet, (2) elle porte atteinte de façon minimale au droit en question, et (3) il y a proportionnalité entre les effets préjudiciables et les effets bénéfiques de la loi : *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103. »

(au par. 94)

126. Ce même raisonnement s'applique également à l'atteinte à un droit garanti par l'article 15 de la *Charte canadienne*.

127. Et la CSC rappelle également dans *Carter* :

« À ce stade de l'analyse, les tribunaux doivent faire preuve d'une certaine déférence à l'endroit du législateur. **La proportionnalité ne nécessite pas la perfection** : *Saskatchewan (Human Rights Commission) c. Whatcott*, 2013 CSC 11, [2013] 1 R.C.S. 467, par. 78. **L'article premier exige seulement que les limites soient « raisonnables »**. Notre Cour a souligné qu'il peut y avoir plusieurs solutions à un problème social particulier et a indiqué qu'une « mesure réglementaire complexe » visant à remédier à un mal social commande une grande déférence (*Hutterian Brethren*, par. 37). »

(au par. 97, nos soulignés)

128. Et comme la Juge en chef l'avait écrit auparavant justement dans l'arrêt *Hutterian Brethren* auquel la CSC réfère dans *Carter* :

« Si la constitutionnalité de la mesure choisie par la législature est contestée, les tribunaux doivent déterminer si cette mesure se situe à **l'intérieur de la gamme des mesures raisonnables qui s'offraient à elle**. L'article premier de la Charte n'exige pas que la restriction au droit soit, en rétrospective, parfaitement équilibrée, mais **seulement qu'elle soit « raisonnable » et que sa « justification puisse se démontrer »**. Lorsqu'ils examinent une mesure réglementaire complexe visant à remédier à un problème social, comme c'est le cas en l'espèce, les tribunaux font généralement preuve d'une plus grande retenue à toutes les étapes de l'analyse requise par l'article premier que lorsqu'ils apprécient la validité d'une loi pénale qui menace directement la liberté de l'accusé. [...] **La norme de contrôle de la constitutionnalité ne doit pas être rigoureuse au point de faire obstacle à l'application de solutions responsables et créatives à des problèmes complexes. Une certaine déférence s'impose donc** : *Edwards Books*, p. 781-782, le juge en chef Dickson, et *Canada (Procureur général) c. JTI-Macdonald Corp.*, 2007 CSC 30, [2007] 2 R.C.S. 610, par. 43, la juge en chef McLachlin. »  
(*Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 R.C.S. 567, par. 37, nos soulignés)

129. Rappelons que dans *Carter*, la CSC analysait la constitutionnalité d'une prohibition absolue de l'AMM, ce qui n'est pas le cas ici et, en conséquence, les remarques suivantes de la CSC s'appliquent avec d'autant plus d'autorité :

« D'une part, comme l'a fait remarquer la juge de première instance, l'aide médicale à mourir soulève des questions complexes de politique sociale et un certain nombre de valeurs sociales opposées. La tâche du législateur confronté à cette question est difficile: il doit soupeser et pondérer le point de vue des personnes qu'un régime permissif pourrait mettre en danger et le point de vue de celles qui demandent de l'aide pour mourir. Par conséquent, il faut accorder une grande déférence à la décision du législateur d'imposer une prohibition absolue de l'aide à mourir. La juge a toutefois également conclu — et nous sommes d'accord avec elle — que la prohibition absolue ne pouvait pas être qualifiée de « mesure réglementaire complexe » (par. 1180). Bien que le législateur ait droit à une grande déférence, celle-ci s'en trouve donc réduite. »  
(au par. 98)

130. Dans le cas présent, les deux lois en cause constituent des mesures réglementaires complexes que la Cour doit traiter avec une grande déférence.

131. Les Défendeurs devaient démontrer l'existence d'un lien rationnel entre la loi québécoise et la loi fédérale, d'une part et l'objectif de ces deux lois d'autre part.

132. Nous soumettons à la Cour que, comme la CSC dans *Carter* a reconnu ( au par. 99 à 101) qu'une prohibition absolue de l'AMM présentait un lien logique avec l'objectif, plus limité en l'espèce, de protéger les personnes vulnérables contre toute incitation à se suicider dans un moment de faiblesse, à fortiori, ici les conditions d'accès à l'AMM doivent être reconnues comme présentant un lien rationnel avec les objectifs plus vastes des deux lois en cause.

133. Les deux lois sous étude présentent-elles l'atteinte minimale au droit à l'AMM, si tant est qu'il y ait un droit à l'AMM ?

134. Le législateur québécois et le législateur fédéral avaient sous les yeux l'expérience de deux modèles de régimes réglementaires applicables à l'AMM : (1) le modèle européen permettant l'euthanasie et l'assistance au suicide fondé sur l'existence de souffrances constantes et insupportables ne comportant aucune exigence que la personne soit en fin de vie mais exigeant, comme dans la loi belge, que le médecin arrive, « avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation » et (2) le modèle américain ne permettant que le suicide assisté mais non l'euthanasie et uniquement pour un patient présentant une espérance de vie de moins de 6 mois.

135. Or, le régime choisi par le législateur québécois comporte un amalgame des deux modèles précités, soit une AMM permettant l'euthanasie mais non l'aide au suicide et une exigence de « fin de vie » comme dans le modèle américain accompagnée de « souffrances constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables » un peu comme dans le modèle européen mais sans l'exigence que le médecin partage la conviction du patient à cet égard.

136. Le législateur fédéral pour sa part a choisi un modèle d'AMM sous les deux formes d'euthanasie et d'aide au suicide et une exigence de MNRP comme dans le modèle américain accompagné de « souffrances [...] persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables »

137. Ces deux régimes satisfont au test de l'atteinte minimale eu égard aux risques importants, démontrés par la preuve du PGC, que comporterait un régime sans cette exigence de fin de vie ou de MNRP et ils satisfont aussi les exigences de la CSC dans *Carter* :

« Se fondant sur l'examen qu'elle a fait des divers régimes et de leur fonctionnement, la juge de première instance a conclu qu'il est possible d'établir un régime qui tient compte des risques associés à l'aide médicale à mourir. Nous sommes d'accord avec elle pour dire qu'un système de garanties soigneusement conçu et surveillé peut limiter les risques associés à l'aide médicale à mourir. »

(par. 117)

138. Et comme les juges dissidents l'ont reconnu dans *Carter 2016* :

**« [...] nous ne sous-estimons pas [...] la complexité des enjeux relatifs à la question fondamentale de savoir quand il devrait être légal de poser des gestes qui constitueraient autrement une conduite criminelle. La complexité des enjeux découle non seulement des dimensions morale et éthique profondes de la question, mais également du chevauchement des compétences législatives fédérale et provinciale en la matière. La Cour a conclu à l'unanimité dans son jugement sur le fond qu'il était préférable qu'il soit traité de ces enjeux par le processus législatif. Nous sommes toujours de cet avis. »**

(*Carter 2016*, par. 14, nos soulignés)

139. Finalement, à «ce stade de l'analyse prescrite par l'arrêt *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103, il faut mettre en balance l'incidence de la loi sur les droits protégés et l'effet bénéfique de la loi au plan de l'intérêt supérieur du public » (*Carter*, par. 122) .

140. Tous les débats portant sur l'AMM sont surtout présentés du seul point de vue des droits individuels garantis par la *Charte canadienne* sans nécessairement suffisamment prendre en compte les effets de la décriminalisation de l'AMM sur la société dans son ensemble, y compris en particulier les personnes handicapées, suicidaires ou autrement vulnérables ainsi que les membres du personnel médical qui sont appelés à participer à l'AMM comme les médecins, les infirmières, les préposés, les pharmaciens, etc.

141. Vu la preuve très concluante présentée par le PGC, nous soumettons à la Cour que les effets bénéfiques des deux lois contestées au plan de l'intérêt public sont supérieurs à leur incidence sur les droits protégés par la *Charte canadienne* et qu'en conséquence, les critères de « fin de vie » et de MNRP sont sauvegardés par application de l'article premier de la *Charte canadienne*.

142. De plus, comme le présent dossier implique une réponse du Parlement à *Carter*, (et, peut-on dire, une réponse anticipée de l'Assemblée nationale), le raisonnement adopté par la CSC dans *R. v. Mills*, et suivi par la suite, devrait s'appliquer aux dispositions contestées, à savoir que cette cour devrait traiter cette réponse avec déférence même si les dispositions contestées ne font pas nommément partie des critères d'accès à l'AMM énoncés par la CSC dans *Carter* puisque ces critères se justifient en vertu de l'article premier de la *Charte canadienne*.

« Le fait qu'une loi adoptée par le législateur diffère d'un régime envisagé par la Cour, en l'absence d'un régime législatif, ne veut toutefois pas dire que cette loi est inconstitutionnelle. Le législateur peut s'inspirer de la décision de la Cour et concevoir un régime différent pourvu que celui-ci demeure constitutionnel. Tout comme le législateur doit respecter les décisions de la Cour, la Cour doit respecter la décision du législateur que le régime qu'elle a créé peut être

amélioré. Insister sur une conformité servile irait l'encontre du respect mutuel qui sous-tend les

-35-

rapports entre les tribunaux et le législateur et qui est si essentiel à notre démocratie constitutionnelle: *Vriend*, précité. »

(*R. c. Mills*, [1998] 3 R.C.S. 668, par. 55)

## 9. Les conséquences du jugement dans ce dossier

143. Le jugement qui sera rendu dans ce dossier sera lourd de conséquences.

144. Maintenir les critères de « fin de vie » et de MNRP pourrait avoir les conséquences suivantes :

- permettre l'accès à l'AMM comme un acte de fin de vie, **une aide aux mourants** qui n'aura pas tellement d'impact sur le **moment de la mort** mais sur le **moyen de la mort**;
- permettre de préserver un moment de réflexion à la personne qui vient de devenir vulnérable pour lui permettre de s'adapter à sa nouvelle situation et de pouvoir continuer à vivre plutôt que de succomber aux attrait d'une mort devancée sous forme d'AMM car **la vie a besoin de temps**;
- permettre d'affirmer la valeur inhérente et l'égalité de chaque être humain peu importe son âge, sa maladie, son handicap ou sa condition de vulnérabilité;
- permettre de préserver la santé publique et les campagnes de prévention du suicide en évitant les messages contradictoires de la part des médecins et des autorités sanitaires.

145. À l'inverse, si cette cour décidait d'invalider les critères de « fin de vie » et de MNRP, les effets néfastes suivants seraient à prévoir :

- Cela transformerait l'AMM non plus comme une méthode d'aide à la mort lorsqu'elle vient à cause de la situation médicale de la personne mais en une méthode de suicide douce et attirante offerte par des médecins payés par l'État à des personnes vulnérables qui ont peut-être encore de nombreuses années à vivre;
- Cela risquerait d'enlever à la personne qui vient de devenir vulnérable, un moment de réflexion précieux pour lui permettre de s'adapter à sa nouvelle situation et de pouvoir continuer à vivre plutôt que de demander une mort devancée sous forme d'AMM car **la vie a besoin de temps**;
- Cela risquerait d'exposer les personnes handicapées, âgées, malades ou autrement vulnérables à se faire donner la mort en renforçant les stéréotypes négatifs à leur

égard et en leur donnant accès à une méthode léthale, douce, planifiée, sous surveillance médicale, sans risque et dont le résultat est garanti, plutôt que de

-36-

recourir à d'autres méthodes de mettre fin à leurs jours ou de tenter de trouver des accommodements pour continuer à vivre;

- Cela compromettrait les efforts de prévention du suicide et créerait deux classes de suicides : les « bons suicides » de l'AMM permis et facilités par l'État et les « mauvais suicides » que l'État tente de décourager;
- Cela transformerait les médecins non plus en soignants en qui le patient peut avoir confiance mais plutôt en exécuteurs dont il faut peut-être se méfier ou comme le disait le CMQ « il est impensable que les médecins deviennent de simples exécutants et que les soins soient prodigués sur demande » (PGQ-1, p. 6) ;
- Comme tout acte médical, l'AMM n'est pas à l'abri des erreurs médicales et une erreur quand une personne n'est pas en fin de vie est beaucoup plus lourde de conséquences que si elle est en fin de vie;
- Le retrait de ces critères pourrait aussi avoir l'effet croisé que moins de médecins veuillent continuer à pratiquer cet acte, ce qui, jumelé avec un accroissement des demandes d'AMM de la part de personnes non en fin de vie, empêcherait ou retarderait l'accès à l'AMM par certaines personnes en fin de vie ou dont la mort serait devenue raisonnablement prévisible.

146. En outre, le retrait de ces critères marquerait le début d'un processus d'évolution de l'AMM comme moyen d'accéder à la mort sur demande et le début d'érosion des critères d'accès à l'AMM, ce qui encouragerait d'autres personnes à demander d'invalider certains des autres critères d'accès au motif qu'ils seraient discriminatoires comme cela est déjà amorcé dans le dossier *Lamb* en Colombie-Britannique.

## 10. Conclusions

147. Alors que l'aide médicale à mourir se présente comme l'ultime moyen de contrôler sa mort, elle constitue pourtant l'ultime abdication devant la mort: au lieu de la laisser venir en son temps, on se précipite dans ses bras alors qu'elle n'est pas encore présente, on demande ainsi à un autre de nous mettre à mort avant qu'on ne soit mort. On veut ainsi « tuer la mort » avant qu'elle ne se présente. Dans un tel discours, pour mourir dignement, on doit forcément mourir plus tôt par une mort administrée, choisie et surtout devancée. Quel paradoxe, quel sophisme!

148. L'AMM telle que conçue par la Loi québécoise et la Loi fédérale est un moyen de venir en aide aux mourants pour leur faciliter un passage vers la mort en écourtant l'agonie mais elle ne peut maintenant se transformer en un droit à la mort sur demande.



Nous vous invitons à cet égard à agir avec sagesse et prudence sur ce chemin vers la mort que nous ont ouvert les Lois québécoise et fédérale de même que l'arrêt *Carter*.

-37-

149. Comme l'exprimait le CMQ dans son mémoire du 15 février 2010 à la Commission spéciale sur la question du droit de mourir dans la dignité :

« Nous ajoutons que dans des situations exceptionnelles où la mort est imminente et inévitable, il pourrait être approprié de vouloir écourter l'agonie. Ce faisant, **nous sommes loin de revendiquer un droit quelconque à la mort.** » (CMQ, Mémoire à la Commission spéciale sur la question du droit de mourir dans la dignité, 15 février 2010, p. 3, onglet C de notre argumentation).

150. Et le danger de l'AMM, même lorsqu'elle est restreinte aux personnes en fin de vie, est qu'elle constitue la forme la plus facile, la moins violente, la moins défigurante, la plus paisible de mort. Ou comme l'énonce le communiqué de l'Association américaine de suicidologie :

« the physically easiest, least violent, least disfiguring, most peaceful form of death an already dying person could face. » Pièce P-33, par. 5)

151. Et c'est pourquoi, nous vous demandons instamment de maintenir les critères de « fin de vie » et de « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » pour éviter, notamment, d'amorcer une pente glissante qui nous mènerait vers un droit à la mort comme certains sages l'avaient malheureusement prédit il y a plus de 25 ans.

152. **La mort « doit aussi résister à certaines tentations, notamment celle de transformer l'éthique de mourir en droit à la mort. Pour tout dire, c'est en retrouvant le sens profond de la dignité de la vie qu'apparaîtra immanquablement le sens profond de la dignité de mourir. »** (Jean-Louis Baudouin et [feu] Danielle Blondeau, *Éthique de la mort et droit à la mort*, PUF, 1993, p. 23, nos soulignés).

153. « Redonner un sens à la mort, la réhumaniser est un gage d'avenir, c'est en tout cas et certainement le prix que la société doit payer sans tarder pour éviter les dangereux excès du glissement éthique vers la reconnaissance active d'un droit à la mort permettant de justifier et de fonder une politique d'euthanasie active. » (idem, p. 121).

\* \* \*

Les Intervenantes Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la Dignité demandent donc, de concert avec le Procureur Général du Canada et la Procureur Générale du Québec, le rejet de la Demande introductive d'instance, et ce, sans frais.

LE TOUT RESPECTUEUSEMENT SOUMIS.

SAINTE-THÉRÈSE, le 24 février 2019



Michel Racicot  
Procureur des Intervenantes  
Collectif des médecins contre l'euthanasie et  
Vivre dans la Dignité

## ANNEXES

- A) JOURNAL DES DÉBATS DE LA COMMISSION PERMANENTE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 10 OCTOBRE 2013
  
- B) MÉMOIRE DU COMITÉ DE JURISTES EXPERTS À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE - OCTOBRE 2013
  
- C) MÉMOIRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC À LA COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DU DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ - 15 FÉVRIER 2010
  
- D) MÉMOIRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - 17 SEPTEMBRE 2013