

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

No : 500-17-099119-177

JEAN TRUCHON

-et-

NICOLE GLADU

Parties demanderes

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

**ADDENDUM DU 26 FÉVRIER 2019 AU
PLAN D'ARGUMENTATION
DU COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE
ET DE VIVRE DANS LA DIGNITÉ**

PRÉAMBULE

1. Au cours de la plaidoirie du représentant de la Procureure générale du Québec (« **PGQ** »), madame la Juge a soulevé certaines questions nouvelles auxquelles nous désirons apporter notre contribution, tout en essayant au mieux de notre compréhension et de notre mémoire de formuler ces questions.

QUESTION 1 :

SI ON DEVAIT ACCEPTER UNE DÉFINITION DE L'AMM SANS CRITÈRE DE FIN DE VIE OU DE MNRP, DONC SANS LIMITE TEMPORELLE, CETTE NOUVELLE FORME D'AMM CONSTITUERAIT-ELLE UN « SOIN » OU UN « SOIN DE FIN DE VIE » EN VERTU DE LA LOI QUÉBÉCOISE?

2. Cette nouvelle forme d'AMM qui serait offerte aux personnes qui remplissent tous les autres critères de l'article 26 de la Loi québécoise, sauf d'être « en fin de vie » et qui en quelque sorte est le remède réclamé par les Demandeurs en vertu de la Loi québécoise a été appelée « **l'acte médical recherché** » ou « **AMR** » par le représentant de la PGQ et nous adopterons cet acronyme pour les fins de notre discussion.
3. Cette question est fort intéressante car elle soulève la question de la compétence du Québec en matière de santé.
4. Ceci nous ramène à la question de ce qui constitue un « soin » ou un « acte médical » ou « l'exercice de la médecine » en vertu des lois du Québec.
5. J'ai eu l'occasion de me pencher sur ces questions lors de la comparution de Vivre dans la Dignité devant la Commission de la santé et des services sociaux sur le PL 52 et je joins à l'onglet E de cet Addendum copie du mémoire de VDD.
6. Tout d'abord, la position adoptée tant par la Commission spéciale dans le RCSMD (P-12 et PGQ-4) que par les juristes experts dans leur propre rapport (PGQ-8) est que l'AMM (avec le critère de « fin de vie ») est un « soin » et qu'il tombe donc sous la compétence du Québec en matière de santé.
7. Or, qu'est-ce qu'un « soin »?

8. Comme je l'ai exprimé dans le mémoire de VDD :

« Dans tous les articles du C.C.Q qui traitent de « soins » pour les personnes, soit les articles 10 à 18, 207, 258, 259, 272, 281, 285, 291, 559, 561 et 2166, on entend par «soin» une **action de soulagement, d'entretien, de sauvegarde de la vie** et non une action qui consiste à enlever la vie.

La même interprétation se retrouve dans plusieurs lois du Québec comme à titre d'exemples:

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. c. S-4.2, art.7

Code de déontologie des médecins, R.R.Q., c. M-9, r.17, art.24, 38, 50

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., c. I-8, r.9, art.4

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q. ch. I-8, art.36

Règlement sur l'assistance médicale, R.R.Q., c. A-3.001, r.1, art.2

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2 art. 5 « Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de **protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé** et de bien-être de la population en général... »,.

Mais le RCSMD nous éclaire-t-il encore une fois?

« ... **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. » (p. 81, caractères gras ajoutés) »

(Mémoire de VDD, p. 21)

9. Comment pouvait-on alors prétendre que l'AMM est un soin puisqu'elle implique non pas de guérir, de sauvegarder la vie, ou d'atténuer la souffrance d'une personne en fin de vie par les soins palliatifs mais plutôt de « soulager la souffrance en entraînant son décès »?
10. L'AMM n'était tellement pas un « soin » ou « l'exercice de la médecine » qu'il a fallu modifier la *Loi Médicale* (LQ, ch. M-9) par l'article 69 du PL 52 et ainsi redéfinir la pratique de la médecine (voir les p. 11 à 15 du mémoire de VDD).
11. Je vous invite à consulter le texte du PL 52 tel qu'adopté que j'ai joint à l'onglet F de cet Addendum et de prendre l'onglet G qui compare le texte de l'article 31 avant le PL 52 et à compter de son entrée en vigueur. Je souligne deux changements. Premièrement, on ajoute aux buts de l'exercice de la médecine « d'offrir le soulagement approprié des symptômes », ce qui peut être interprété comme visant les soins palliatifs » mais, ce qui est plus important, c'est l'ajout d'une 12^e « activité réservée au médecin » qui consiste à « administrer le médicament ou la substance » pour procurer l'AMM.

12. Bien plus, il a également fallu amender l'article 17 de la *Loi sur la Pharmacie* (LQ, ch. P-10) au même effet par l'article 70 du PL 52 comme vous pourrez le constater en examinant l'onglet G de cet Addendum.
13. Donc, si l'AMM n'a été reconnu comme un soin que par cet artifice législatif, comment maintenant prétendre que l'AMR (sans critère de fin de vie) puisse tomber sous la compétence du Québec en matière de santé alors que dans le Rapport de la CSMD, le Rapport des juristes experts, les débats parlementaires et tous les autres documents émanant du Collège des médecins du Québec (y compris en particulier le document PGQ-2, p. 31 cité au paragraphe 94 de l'argumentation de laPGQ) et du gouvernement du Québec, on a énoncé haut et fort que l'aide au suicide (car l'AMR n'est pas autre chose que de l'aide au suicide) n'est pas un soin et que, selon le RCSMD, le suicide assisté est un acte criminel qui ne s'inscrit pas dans le continuum des soins de fin de vie.
14. Par ailleurs, au plan pratique, qui pratiquerait cet acte si l'AMR n'est pas de la médecine comme le CMQ et la FMOQ (PGQ-13 et PGQ-14) l'ont affirmé et que le Guide du CMQ sur l'AMM (PGQ-11), le Code déontologie des médecins et le Code criminel l'interdisent?
15. Si donc, vous deviez décider que le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise est invalide, c'est toute la validité de cette nouvelle AMR qui sera contestée car la « décriminalisation du suicide assisté » (pour reprendre les mots de Mme Gladu à la dernière page de son Mémoire à la Commission spéciale) relève de la compétence fédérale en matière de droit criminel.
16. Et si vous deviez décider d'invalider le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise sans faire de même avec le critère de MNRP de la Loi fédérale, alors cette incompatibilité entre les deux lois serait résolue en faveur du critère de MNRP de la Loi fédérale en vertu de la doctrine de la prépondérance fédérale en ces matières.
17. Enfin, si vous faisiez l'inverse, c'est-à-dire, invalider le critère de MNRP de la Loi fédérale mais mainteniez le critère de « fin de vie » dans la Loi québécoise, alors cette dernière serait très certainement contestée en vertu de la doctrine de la prépondérance fédérale.

QUESTION 2 :

SI LES CRITÈRES DE « FIN DE VIE » ET DE MNRP ÉTAIENT INVALIDÉS QUEL SERAIT L'IMPACT SUR LE CRITÈRE DU « DÉCLIN AVANCÉ ET IRRÉVERSIBLE DE SES CAPACITÉS » QUE L'ON RETROUVE DANS LES DEUX LOIS?

18. D'entrée de jeu, nous sommes d'accord avec les remarques du représentant de la PGQ que la preuve était bien mince à cet égard car tel n'était pas l'objet du débat dans cette cause.

19. Soulignons cependant au passage que seul le Dr. Downar aux pages 171 à 178 de son témoignage du 7 février a semblé conclure que si une personne satisfait aux autres critères de la définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables » de la Loi fédérale (il n'a pas analysé la Loi québécoise), alors la mort de cette personne serait devenue raisonnablement prévisible et alors le critère de MNRP devrait être éliminé car il n'ajoute rien aux autres critères et que, de toute manière, tout le monde sera éventuellement éligible à la mort en vertu des autres critères.
20. Et alors, si le critère de MNRP ou de « fin de vie » n'ajoute rien alors quel mal y a-t-il à le laisser intact comme critère de sauvegarde?
21. Tout d'abord, il faut réaliser que les critères de la Loi fédérale comme ceux de la Loi québécoise sont cumulatifs et qu'une personne ne peut obtenir l'AMM que si elle satisfait à **tous ces critères**. Autrement dit, même si une personne était en fin de vie ou que sa mort était devenue raisonnablement prévisible, mais qu'elle ne souffre pas de problèmes de santé graves et incurables ou d'un déclin avancé et irréversible de ses capacités, elle ne sera pas éligible à recevoir l'AMM.
22. Enfin, réalisons que la preuve de la pratique médicale corrobore cette interprétation :
- « 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). »
(PGQ-11, p. 17 et voir en outre la description des divers types de trajectoires de fin de vie à l'Annexe 1, p. 62)
23. En conséquence, nous soumettons qu'il serait imprudent de ne se fier qu'au seul critère du déclin avancé et irréversible de ses capacités pour éviter les erreurs médicales irrémédiables en ce qui concerne cet acte.

LE TOUT RESPECTUEUSEMENT SOUMIS.

SAINTE-THÉRÈSE, le 26 février 2019



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

ANNEXES

E) MÉMOIRE DE VIVRE DANS LA DIGNITÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE – 25 SEPTEMBRE 2013

F) PL 52 TEL QU'ADOPTÉ

G) LOI MÉDICALE, ARTICLE 31, AU MOMENT DU PL 52 ET À SON ENTRÉE EN VIGUEUR

H) LOI SUR LA PHARMACIE, ARTICLE 17, AU MOMENT DU PL 52 ET À SON ENTRÉE EN VIGUEUR

« Vers la mort à la carte? » PUBLICATION DU 10 MAI 2017 DU DR. YVES ROBERT
SECRÉTAIRE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC