

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

N° : 500-17-099119-177

DATE : 11 septembre 2019

SOUS LA PRÉSIDENTE DE L'HONORABLE CHRISTINE BAUDOIN, J.C.S.

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

-ET-

DYING WITH DIGNITY CANADA

-ET-

LE COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE

-ET-

VIVRE DANS LA DIGNITÉ

-ET-

L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

-ET-

LE CONSEIL DES CANADIENS AVEC DÉFICIENCES

-ET-

ALLIANCE DES CHRÉTIENS EN DROIT
-ET-
CHRISTIAN LEGAL FELLOWSHIP
Parties intervenantes

JUGEMENT

TABLE DES MATIÈRES

L'APERÇU.....	3
LE CONTEXTE	5
1. Les demandeurs	5
2. Historique législatif.....	19
L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA.....	41
1. La pratique de l'aide médicale à mourir	41
2. Les personnes vulnérables que les exigences visent à protéger.....	58
3. Comparaison avec certains systèmes étrangers	104
4. Conclusions sur la preuve.....	113
LES QUESTIONS EN LITIGE	113
ANALYSE.....	114
1. La décision <i>Carter</i> crée-t-elle un droit constitutionnel à l'aide médicale à mourir? 114	
2. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, prévue à l'alinéa 241.2(2)d) de <i>Code criminel</i> , porte-t-elle atteinte à l'article 7 de la <i>Charte</i> qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne?	124
2.1 Le droit à la vie	124
2.2 Les droits à la liberté et la sécurité de la personne	126
2.3 Les principes de justice fondamentale.....	128
L'objet de la disposition attaquée.....	130
Le caractère arbitraire	134
La portée excessive	135
Le caractère totalement disproportionné.....	136
Conclusion sur les principes de justice fondamentale	138
3. La violation des droits fondamentaux des demandeurs prévus à l'article 7 de la <i>Charte</i> se justifie-t-elle par l'article 1 ?.....	138
Restriction par une règle de droit.....	140
Caractère urgent et réel de l'objet de la disposition législative	140
La proportionnalité de la loi.....	140
4. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, prévue à l'alinéa 241.2(2)d) du <i>Code criminel</i> , porte-t-elle atteinte à l'article 15 de la <i>Charte</i> qui garantit le traitement équitable?	147
4.1 Principes généraux	147

4.2 L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible établit-elle, à première vue ou par son effet, une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue?	151
4.3 L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible impose-t-elle un fardeau ou nie-t-elle un avantage?	155
5. La violation du droit fondamental des demandeurs prévu à l'article 15 de la <i>Charte</i> se justifie-t-elle par l'article 1?.....	158
6. Le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> , est-il inconstitutionnel en vertu des mêmes principes?	160
7. Les procureurs généraux peuvent-ils obtenir une suspension de la déclaration du caractère inopérant de ces dispositions et le cas échéant, les demandeurs peuvent-ils obtenir une exemption constitutionnelle?	169
VARIA.....	171
LES CONCLUSIONS	173

L'APERÇU

[1] Gravement malade, sans aucun espoir d'amélioration, se trouvant dans un état de déclin avancé et irréversible de ses capacités et éprouvant des souffrances persistantes et intolérables, une personne adulte et apte peut-elle, en l'absence de toute coercition ou contrainte, recevoir l'aide médicale à mourir alors qu'elle ne se trouve pas à l'approche de la mort?

[2] Légalisée par le Parlement dans la foulée de l'arrêt *Carter*¹ rendu par la Cour suprême en 2015, l'aide médicale à mourir est strictement encadrée au pays². Afin de recevoir l'aide médicale à mourir, une personne doit être majeure et admissible au régime public de soins de santé. Elle doit aussi être apte à prendre des décisions à l'égard de sa santé, formuler une demande de manière volontaire et fournir un consentement libre et éclairé. Des exigences relatives à la condition médicale de la personne s'y ajoutent.

[3] Au Canada, le *Code criminel*³, prévoit qu'une personne doit être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables répondant aux critères suivants, qui doivent tous être satisfaits : a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables; b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; c) elle éprouve des souffrances physiques ou psychologiques persistantes, intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables; et d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible.

¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 R.C.S. 331 (ci-après « *Carter* » ou « l'arrêt *Carter* »).

² *Code criminel*, L.R.C. (1985), c. C-46, art. 241.1-241.4; *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S-32.0001, art. 26-32. Les dispositions portant sur l'aide médicale à mourir sont reproduites intégralement en annexe au présent jugement.

³ L.R.C. (1985), c. C-46 (ci-après « C.cr. » ou « loi fédérale » ou « projet de loi C-14 »).

[4] Au Québec, la *Loi concernant les soins de fin de vie*⁴ exige que la personne soit en fin de vie, atteinte d'une maladie grave et incurable, présente un déclin avancé et irréversible de ses capacités, et éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et inapaisables dans des conditions tolérables.

[5] Déclarés non admissibles à l'aide médicale à mourir, les demandeurs, M. Jean Truchon et Mme Nicole Gladu, contestent la constitutionnalité des exigences de l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* et du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, qui exigent respectivement que leur mort naturelle soit raisonnablement prévisible ou qu'ils soient en fin de vie afin de l'obtenir.

[6] Ils soutiennent que ces exigences violent leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne, ainsi que leur droit à l'égalité, garantis par les articles 7 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*⁵.

[7] Selon eux, ces exigences contreviennent aussi aux principes énoncés par l'arrêt *Carter*, avec comme conséquence de leur retirer le droit d'obtenir l'aide médicale à mourir que leur octroyait pourtant cette décision.

[8] Dans la mesure où le Tribunal fait droit à leurs demandes, ils réclament qu'aucune suspension de la déclaration d'inconstitutionnalité ne soit accordée aux procureurs généraux et, subsidiairement, qu'une exemption constitutionnelle leur soit donnée afin de leur permettre d'obtenir l'aide médicale à mourir.

[9] Le procureur général du Canada fait valoir que la réponse du Parlement à l'arrêt *Carter*, qui prévoit l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, permet d'atteindre les objectifs législatifs en cause. Plus particulièrement, il soutient que de permettre l'aide médicale à mourir seulement aux personnes dont la mort est raisonnablement prévisible établit un équilibre raisonnable et approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts de la société et des personnes qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité. En ce sens, cette exigence apparaît conforme non seulement à la *Charte* mais aussi à l'esprit de l'arrêt *Carter*.

[10] Il plaide que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible ne contrevient pas aux articles 7 et 15 de la *Charte* et soutient que de toute façon, dans une telle éventualité, l'atteinte aux droits garantis est justifiée par l'article 1 de la *Charte* en ce qu'elle constitue une exigence raisonnable et peut se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique.

[11] La procureure générale du Québec souscrit entièrement aux arguments du procureur général du Canada. Elle défend la constitutionnalité de sa loi puisqu'adoptée dans l'exercice de sa compétence en matière de santé et que l'objectif visé par le

⁴ RLRQ, c. S-32.0001 (ci-après « loi provinciale » ou « loi québécoise » ou « projet de loi 52 »).

⁵ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)] (ci-après « *Charte* »).

législateur québécois lors de son adoption était de permettre l'aide médicale à mourir uniquement aux personnes en fin de vie.

[12] Après l'analyse de l'ensemble de la preuve, le Tribunal conclut que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible du *Code criminel* porte atteinte aux droits fondamentaux des demandeurs prévus aux articles 7 et 15 de la *Charte* et que l'exigence de la fin de vie de la *Loi concernant les soins de fin de vie* viole également l'article 15 de la *Charte* et que ces violations ne peuvent se justifier en regard de l'article 1. Par conséquent, le Tribunal déclare inconstitutionnelles les dispositions contestées.

[13] Vu les circonstances particulières au présent débat, le Tribunal accordera aux deux législateurs une période de suspension de la déclaration d'invalidité d'une durée de 6 mois.

[14] Le Tribunal accordera cependant une exemption constitutionnelle aux demandeurs, qui pourront se prévaloir de l'aide médicale à mourir durant cette période s'ils satisfont aux conditions d'admissibilité prévues par les lois fédérale et provinciale.

[15] Ce dossier soulève plusieurs questions juridiques, éthiques et morales qui touchent aux fondements même de notre société, à la mort et à notre rapport avec elle. En premier lieu, le Tribunal se penchera sur la situation propre aux demandeurs, puis étudiera le contexte législatif et social entourant l'adoption des lois fédérale et québécoise et le processus d'aide médicale à mourir tel qu'elle se pratique actuellement au Canada. Si tous conviennent en effet que la présente demande en justice interpelle l'ensemble de la société, il s'agit d'abord et avant tout d'un débat qui demeure ancré dans la réalité que vivent au quotidien M. Jean Truchon et Mme Nicole Gladu, deux citoyens qui, avec courage et détermination, ont porté cette cause sur leurs épaules.

[16] Bien que le débat sur la décriminalisation de l'aide médicale à mourir au Canada ait déjà eu lieu, à l'évidence, cet acte ultime suscite encore des craintes chez plusieurs et soulève des interrogations qui restent entières, comme par exemple : permettre ou non l'aide médicale à mourir aux mineurs, aux personnes inaptes ou par directives médicales anticipées. Ces enjeux, certes très importants, ne font pas l'objet du présent litige. Le Tribunal doit seulement déterminer la constitutionnalité des exigences législatives de la mort naturelle raisonnablement prévisible et de la fin de vie, prévues respectivement au *Code criminel* et à la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Il s'agit donc de la seule question qu'il tranchera.

LE CONTEXTE

1. LES DEMANDEURS

1.1 M. Jean Truchon

[17] M. Truchon, aujourd'hui âgé de 51 ans, est atteint depuis sa naissance d'une paralysie cérébrale spastique avec triparésie. Cette condition le laisse complètement paralysé, à l'exception de son bras gauche qui est fonctionnel et qui lui permet jusqu'en

2012 de vaquer à certaines tâches de la vie quotidienne et de se déplacer en fauteuil roulant.

[18] Ses fonctions cognitives et mentales demeurent cependant tout à fait intactes et même supérieures à la normale⁶.

[19] Sa condition physique n'empêche pas M. Truchon de mener une vie pleine et indépendante « *qui lui apportait les satisfactions qu'il pouvait attendre de la vie* »⁷. Il complète des études universitaires et obtient en 1992, un baccalauréat en littérature de l'Université Laval⁸. Durant ses études, il vit seul en résidence.

[20] Après l'obtention de son diplôme, il déménage à Montréal dans un appartement supervisé où il reçoit à domicile les soins qu'il ne peut se donner à lui-même, ainsi que de l'aide notamment pour le lever, le coucher et la préparation des repas.

[21] Jusqu'en 2012, M. Truchon est actif malgré son handicap. Il va à la piscine, pratique le hockey-balle en fauteuil roulant et joue aux échecs régulièrement. Sa vie sociale, bien remplie, s'articule autour de sa famille et de ses amis avec qui il fait des sorties variées. Enfant unique, il entretient des liens étroits avec ses parents qui habitent au Saguenay et chez qui il se rend à l'occasion seul en autobus.

[22] Percevant toujours sa vie comme une bataille pour l'autonomie, il se déclare néanmoins relativement satisfait de son quotidien et précise qu'il vit une vie à peu près normale.

[23] En 2011, il ressent une faiblesse et une perte de sensibilité graduelle au bras gauche. En mars 2012, on lui diagnostique une sténose spinale sévère (rétrécissement du canal rachidien de la colonne vertébrale) ainsi qu'une myélomalacie (nécrose de la moelle épinière)⁹.

[24] Il s'agit d'une condition dégénérative pour laquelle aucun traitement chirurgical ou pharmacologique n'existe et qui entraîne une paralysie progressive de son seul membre fonctionnel. En 2012, M. Truchon perd ainsi de manière permanente l'usage de son bras gauche et devient complètement paralysé, sans aucun espoir d'amélioration.

[25] Cette nouvelle condition s'accompagne de souffrances physiques importantes aux bras et au cou avec d'intenses sensations de brûlures et des spasmes douloureux. Des traitements sont tentés pour le soulager mais sans succès. La douleur devient persistante et continue. À partir de ce moment, M. Truchon ressent aussi une grande souffrance psychique, puisqu'il se trouve dans un état de dépendance totale pour toutes les activités de la vie quotidienne qu'il avait réussi à apprivoiser. Il ne peut plus vivre seul en appartement. Il affirme qu'il est mort en 2012.

⁶ Pièce P-5 : Rapport d'expertise du Dr Jean-François Giguère, neurochirurgien, 6 janvier 2017.

⁷ Demande introductive d'instance en jugement déclaratoire, par. 10.

⁸ Pièce P-1 : Diplôme de M. Jean Truchon de l'Université Laval, 30 juin 1992.

⁹ Demande introductive d'instance en jugement déclaratoire, par. 17-19 et pièce P-5 : Rapport d'expertise du Dr Giguère, p. 2.

[26] Il doit donc intégrer un Centre de santé et de services sociaux adapté à ses besoins. Bien que la transition ne soit pas toujours facile, M. Truchon tente de faire face à sa nouvelle réalité et à sa vie en institution. Il connaît un épisode dépressif, qui se résorbe toutefois.

[27] Il consulte régulièrement Mme Malo, une psychologue du Centre, qui l'aide à cheminer et à tenter de trouver des moyens de s'adapter. Il constate en 2014 qu'il en est incapable. Il résume sa journée type au Centre de la façon suivante : « *Ils viennent me donner mes pilules à 8h. Je déjeune vers 9h. On me laisse 15 minutes pour la digestion. Après, j'essaie d'attraper quelqu'un au vol qui passe dans le corridor pour me baisser la tête du lit et les pieds aussi. Après, ils me mettent sur le côté, c'est plus confortable pour moi, j'ai moins de douleur. On est rendu à 11h. Ils me lèvent, ils m'habillent et ils me mettent dans mon fauteuil. Le midi pour manger, ils m'alimentent. Vers 13h, 13h15, ils m'installent pour les selles, tous les jours. Je vais aux activités de l'après-midi ou je joue aux échecs avec des amis qui viennent, 3-4 fois par semaine. Je vais aux activités au Centre. Je soupe vers 17h. Encore une fois, ils m'alimentent à cause de mon bras. Après, vers 20h30, ils me couchent et je regarde la télévision jusqu'à 11h, 11h30. C'est à peu près ça ma vie, ma pauvre vie.* »¹⁰

[28] Il ne peut plus aller à la piscine, ne peut plus jouer au hockey-balle et sort rarement car les déplacements en fauteuil roulant, qu'il doit maintenant effectuer à l'aide de son menton, deviennent difficiles et lui causent beaucoup de douleurs.

[29] Germe alors l'idée de mourir au moment et de la manière qu'il aura choisis, idée qui deviendra de plus en plus présente avec le temps. Il échafaude plusieurs scénarios pour mettre fin à ses jours en tenant compte des contraintes imposées par son handicap.

[30] Il envisage d'abord le jeûne, mais y renonce à ce moment, à cause des étapes de souffrance qu'il engendre. Il précisera qu'il ne veut pas faire vivre cette épreuve à ses parents. Il pense à jeter son fauteuil roulant devant le métro, un camion ou un autobus. Il abandonne aussi l'idée, spécifiant qu'il ne veut pas traumatiser les chauffeurs et risquer de briser d'autres vies que la sienne. Il mentionne de plus qu'il craint de rater son coup et se retrouver dans une condition encore pire qu'à l'heure actuelle. Il songe à la noyade en conduisant son fauteuil roulant dans le fleuve. Mais encore une fois, il abandonne l'idée en réalisant que quelqu'un puisse être tenté de le sauver et mette ainsi sa propre vie en péril. Finalement, il forme le plan de prendre une dose létale de drogue en achetant des substances dans la rue, mais il a peur de se faire voler son argent par les vendeurs sans obtenir ce qu'il désire.

[31] En parallèle, il demande à l'équipe traitante de baisser son niveau de soins du niveau 2 au niveau 3¹¹ afin de ne pas être transféré à l'hôpital ni réanimé si sa condition médicale le nécessite.

¹⁰ Témoignage de M. Truchon, 8 janvier 2019, p. 32-33.

¹¹ Pièce P-4 : Dossier médical de M. Truchon, p. 4. Il existe 4 niveaux d'intervention et de réanimation cardiorespiratoire pour l'équipe médicale : niveau 1 (maintien de toute fonction par tout moyen possible, y compris investigation, soluté i.v., transfert en soins aigus, chirurgie, soins intensifs et réanimation cardiorespiratoire); niveau 2 (recevoir tous les soins requis par son état, incluant le transfert en centre hospitalier, mais excluant la réanimation cardiorespiratoire); niveau 3 (recevoir les soins requis disponibles au centre d'hébergement, excluant le transfert hospitalier et la réanimation

[32] En 2015, il informe l'équipe qu'il a finalement décidé de mettre fin à ses jours en cessant de s'alimenter à partir du mois de septembre 2016, après le 50^e anniversaire de mariage de ses parents. Cette décision est réaffirmée dans une lettre¹² qu'il écrit à l'équipe traitante en janvier 2016 et dans laquelle il demande qu'on autorise son médecin à lui administrer une médication pour soulager ses douleurs au cours du processus¹³.

[33] En quelques phrases, M. Truchon partage toute la souffrance, le désespoir et le désarroi que sa condition lui procure et sa détermination « *mûrement réfléchie* »¹⁴ d'en finir avec sa vie en refusant toute alimentation ou hydratation. Malgré les bons soins qu'on lui prodigue et ses efforts d'adaptation, il se dit incapable de prolonger sa vie dans ces circonstances. Il annonce à l'équipe sa décision et demande qu'elle soit comprise et respectée : « *je suis conscient que ce n'est pas la meilleure façon de partir avant mes parents car cela défie la logique mais je n'en peux plus. (...) Ma famille et mes amis sont au courant et ils respectent ma décision même s'ils ne sont pas d'accord pour me perdre.* »¹⁵

[34] Il décrit au Tribunal de manière lucide, avec des mots simples et directs, ce qui l'attend, puisqu'il s'est renseigné sur toutes les étapes du jeûne auprès des professionnels du Centre. Il sait que c'est long, que l'on souffre terriblement, que l'on tombe dans un état de confusion mais qu'après, la mort advient.

[35] M. Truchon demeure conscient à cette époque que sa condition le rend probablement inadmissible à obtenir l'aide médicale à mourir puisqu'il n'est pas en fin de vie. Son pronostic de vie s'établit en effet à plusieurs années malgré sa condition. Devant cette perspective, en février 2016, avec l'aide de son père, il remplit néanmoins une demande officielle d'aide médicale à mourir¹⁶. N'étant pas en fin de vie, il essuie un refus de la part du médecin qui la reçoit¹⁷.

[36] En 2017, il décide de contester les dispositions législatives en cause et plus particulièrement l'exigence de devoir être en fin de vie et celle que sa mort naturelle soit raisonnablement prévisible afin d'être admissible à l'aide médicale à mourir. Il spécifie ne

cardiorespiratoire); et niveau 4 (recevoir les soins de confort, c'est-à-dire le soulagement de la douleur et autre inconfort, mais sans traitement curatif, sans transfert hospitalier ni réanimation cardiorespiratoire).

¹² Pièce P-2 : Lettre de M. Truchon adressée à son équipe traitante, 20 janvier 2016. Cette lettre sera lue devant la Chambre des communes lors de la 2^e lecture du projet de loi C-14. Pièce PGC-9 : CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2 mai 2016, « Initiatives ministérielles. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », p. 2698 (M. Lemieux).

¹³ Sa demande a été étudiée par le Comité de soutien à l'éthique clinique du Centre, qui a dû éclairer l'équipe interdisciplinaire traitant M. Truchon sur la distinction entre le refus d'alimentation/hydratation dans le but de mourir et l'aide médicale à mourir. Cela a permis à l'équipe de réfléchir sur la manière d'accompagner M. Truchon pendant son agonie. M. Truchon a ainsi été rassuré quant à l'accompagnement et l'engagement de l'équipe auprès de lui. Pièce P-4C : Rapport de consultation du Comité de soutien à l'éthique clinique du CSSS Jeanne-Mance.

¹⁴ Pièce P-2 : Lettre de M. Truchon adressée à son équipe traitante, 20 janvier 2016.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ Pièce P-3 : Demande d'aide médicale à mourir de M. Truchon, 29 février 2016.

¹⁷ Pièce P-4 : Dossier médical de M. Truchon auprès du Centre intégré de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Est-de-l'île-de-Montréal, p. 17.1, note du 4 avril 2016 signée par la Dre Camus.

pas renoncer à son intention de cesser de s'alimenter et de s'hydrater dans l'hypothèse où le Tribunal ne ferait pas droit à sa demande.

[37] La condition de M. Truchon, évaluée par plusieurs spécialistes, fait l'objet de plusieurs rapports non contestés.

[38] D'abord, Jean-François Giguère, neurochirurgien, fait état de ce qui suit¹⁸ :

1. M. Truchon souffre d'une sténose spinale avec myélomalacie et sublaxation C1-C2, secondaire à sa paralysie cérébrale. Il s'agit d'une maladie dégénérative grave puisqu'elle a amené la perte de son membre supérieur gauche;
2. Cette maladie est incurable et la myélomalacie a continué à progresser. Il n'existe aucun traitement pouvant ramener la réhabilitation de son bras;
3. Il n'y a pas d'indication que sa condition actuelle ait un impact sur son espérance de vie ou entraîne son décès dans un avenir prévisible;
4. Comme il a perdu son seul membre fonctionnel, la condition motrice de M. Truchon ne peut se détériorer davantage, ce qui correspond à un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
5. Il comprend très bien la nature de sa maladie et celle-ci n'a pas d'impact sur ses fonctions mentales supérieures;
6. M. Truchon éprouve certainement des douleurs physiques et psychiques, mais dont le caractère soutenable ou non est difficile à évaluer, bien qu'elles soient inacceptables aux dires de M. Truchon.

[39] Le Dr Jean-Robert Turcotte, psychiatre, témoigne à l'audience¹⁹. Médecin depuis 1975, il pratique d'abord pendant 10 ans en médecine familiale avant d'obtenir une maîtrise en santé publique de l'Université Harvard. Il termine ensuite une spécialité en psychiatrie à l'Université McGill et pratique dans ce domaine depuis 1991, détient un statut universitaire auprès de l'Université de Montréal et procède régulièrement dans sa pratique à l'évaluation de la capacité des patients dont il a la charge. En plus de rencontrer M. Truchon à deux reprises, le Dr Turcotte a étudié l'ensemble de son dossier médical, incluant les notes cliniques de la psychologue Mme Malo. Il présente ce tableau :

1. M. Truchon est apte à consentir de manière libre et éclairée à ses traitements incluant sa demande d'aide médicale à mourir. Il n'a aucun problème cognitif et est tout à fait capable de décider pour lui-même, tant pour ses traitements que pour ses biens;
2. Il n'est affecté d'aucune condition psychiatrique. Il ne répond pas aux critères d'une dépression majeure, d'un trouble de l'adaptation, d'un trouble anxieux, d'un problème psychotique ou cognitif;
3. Il a connu une période dépressive en 2014 qui s'est améliorée. Il demeure aujourd'hui avec des symptômes de tristesse et d'anxiété en anticipant sa vie

¹⁸ Pièce P-5 : Rapport d'expertise du Dr Giguère. Le rapport est admis. Il n'a pas témoigné à l'audience.

¹⁹ Pièce P-6 : Rapport d'expertise du Dr Jean-Robert Turcotte, psychiatre, 13 juin 2017.

future, mais ces symptômes sont tout à fait cohérents avec sa condition médicale actuelle et ne sont pas pathologiques. Il présente aussi des souffrances psychologiques qui lui sont intolérables;

4. Une médication ou un traitement antidépresseur n'est donc pas indiqué dans le cas de M. Truchon et pourrait, au contraire, lui causer des effets secondaires et détériorer sa condition actuelle;
5. M. Truchon n'est pas suicidaire malgré son désir de mourir. Il prend encore plaisir à certaines choses, est capable d'humour, mais est déterminé à ne pas continuer à vivre dans cet état, ni à mourir dans des conditions qui sont dégradantes pour lui.

[40] Le Dr Alain Naud, médecin de famille et médecin en soins palliatifs depuis 31 ans, témoigne à l'audience²⁰. Il est professeur titulaire de clinique à l'Université Laval, clinicien et enseignant en médecine familiale, membre Fellow du Collège des médecins de famille du Canada. Il a évalué beaucoup de patients suicidaires au cours de sa carrière. Depuis l'entrée en vigueur de la loi québécoise en décembre 2015, il a prodigué l'aide médicale à mourir à 65 personnes et donné plusieurs conférences sur le sujet.

[41] Le mandat confié au Dr Naud visait à déterminer si M. Truchon se trouvait admissible à l'aide médicale à mourir tant en vertu des critères de la loi fédérale que de ceux de la loi provinciale. Pour ce faire, il a pris notamment connaissance de tous les dossiers médicaux de M. Truchon, des notes de la psychologue Mme Malo et a rencontré M. Truchon²¹.

[42] Les constats que posent le Dr Naud sont clairs :

1. La condition neurologique de M. Truchon est certainement une maladie dégénérative, indéniablement grave et incurable;
2. Cette condition médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Aucun traitement curatif ne peut lui permettre de récupérer ou même d'améliorer ses capacités;
3. M. Truchon présente plusieurs signes de souffrances physiques : des douleurs physiques constantes affectant tout son corps, des contractures des membres supérieurs, des spasmes musculaires douloureux aux membres inférieurs, une dystonie cervicale, une paralysie complète des quatre membres, un alitement complet, une dysarthrie, une vessie neurogène et une perte totale d'autonomie. À cet égard, il fait valoir que la souffrance physique n'est pas uniquement synonyme de douleur physique. L'alitement et ses nombreuses conséquences, mais aussi les paralysies permanentes et la perte sévère d'autonomie font également partie des souffrances physiques tant chez les malades en fin de vie que chez ceux qui, comme M. Truchon, souffrent d'une condition sévère mais

²⁰ Pièce P-23B : Rapport d'expertise du Dr Alain Naud, médecin de famille et médecin en soins palliatifs, 8 septembre 2017 et curriculum vitae à jour.

²¹ Le Dr Naud a également révisé les rapports des Drs Giguère (pièce P-5) et Turcotte (pièce P-6).

non terminale;

4. Il existe aussi une impressionnante douleur psychique ressentie par M. Truchon. Il est incapable de trouver un sens à sa vie et ne se reconnaît plus. Les quelques moments de plaisir qu'il ressent encore parfois quand il joue aux échecs par exemple, sont loin de compenser ses souffrances. Tout comme le Dr Turcotte, le Dr Naud ne retient aucun élément de dépression ou autre trouble cognitif chez M. Truchon. Sa tristesse est tout à fait cohérente avec la situation qu'il vit;
5. Le pronostic de vie de M. Truchon demeure impossible à établir puisque la condition qui l'afflige n'est pas en soi mortelle. S'il continue à manger, à s'hydrater et à recevoir des soins, il peut vivre encore de nombreuses années;
6. M. Truchon se révèle parfaitement apte à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir. Il comprend sa condition médicale, son caractère irréversible et incurable. Il se montre aussi très bien informé sur l'aide médicale à mourir, sur la procédure, les risques et la possibilité de modifier sa décision en tout temps ainsi que sur l'obligation de demeurer apte jusqu'à son administration. Sa décision de demander l'aide médicale à mourir ne découle pas d'un geste impulsif de sa part, mais du résultat d'une longue réflexion partagée avec sa psychologue, les professionnels du Centre, ses proches et ses parents;
7. M. Truchon n'est pas suicidaire. Il ne souffre d'aucune condition psychiatrique susceptible d'affecter sa capacité à consentir et il ne subit aucune pression extérieure quant à sa demande d'aide médicale à mourir;
8. M. Truchon répond donc à l'ensemble des exigences de la loi fédérale à l'exception de celle de la mort naturelle raisonnablement prévisible ainsi qu'aux critères de la loi provinciale, hormis celui d'être en fin de vie.

[43] Finalement, le Dr Claude Rivard, médecin de famille depuis 1995, consacre la plus grande partie de sa pratique en médecine d'urgence et en soins intensifs. Depuis janvier 2017, il oriente sa pratique en soins palliatifs. Il produit son rapport portant sur la condition médicale des demandeurs, dont celle de M. Truchon²².

[44] Depuis décembre 2015, il a évalué environ 150 patients pour des demandes d'aide médicale à mourir et en a administré plus de 130. Il a formé une vingtaine de médecins dans ce domaine. Le Dr Rivard témoigne à la demande du procureur général du Canada.

[45] Pour évaluer l'admissibilité de M. Truchon à l'aide médicale à mourir, le Dr Rivard a consulté l'ensemble de ses dossiers médicaux et le rapport du Dr Naud et a rencontré M. Truchon. Ses constatations sont les suivantes :

1. M. Truchon est tout à fait apte à consentir à l'aide médicale à mourir. Il comprend parfaitement le but et la finalité de la procédure. Il en comprend les risques et les avantages et en connaît aussi les alternatives comme les soins

²² Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Claude Rivard, médecin de famille, 22 décembre 2017 et curriculum vitae à jour.

palliatifs;

2. Il possède une excellente autocritique et est en mesure de faire un choix parmi les différentes options de traitement offertes et peut en comprendre les conséquences. M. Truchon ne subit aucune pression extérieure quant à sa demande d'aide médicale à mourir;
3. Il souffre d'une maladie grave et incurable qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités. Il est prisonnier de son corps avec un intellect intact. Il souffre d'une rigidité spastique de ses membres et le non-contrôle de ses muscles fait en sorte que ceux-ci se contractent souvent sans but apparent ce qui peut être très douloureux. Il souffre également d'un point de vue psychique à cause notamment de sa grande dépendance;
4. Malgré le soutien et la médication pour tenter de contrôler ses multiples handicaps et ses souffrances, M. Truchon juge sa vie actuelle intolérable et ses douleurs, tant physiques que psychiques, inacceptables;
5. En utilisant une échelle PPS²³ qui vise surtout à établir un pronostic de survie pour les patients atteints de cancer, il évalue celui de M. Truchon à 30% et ce, depuis 5 ans. Celui-ci pourrait donc vivre encore plusieurs années s'il continue à manger et à recevoir les soins actuellement prodigués. Il demeure possible qu'il souffre dans l'avenir d'une complication qui le rendra alors admissible à l'aide médicale à mourir comme par exemple, une pneumonie ou une autre infection;
6. M. Truchon remplit par conséquent toutes les exigences requises tant par la loi fédérale que par la loi provinciale, à l'exception de celles d'être dans une situation où sa mort naturelle est raisonnablement prévisible ou d'être en fin de vie.

[46] Le Tribunal bénéficie aussi du témoignage de Mme Malo, psychologue de M. Truchon depuis 2014, dont les notes cliniques tenues à jour témoignent du cheminement de M. Truchon durant les dernières années. Son témoignage dénote son profond attachement et son respect envers M. Truchon.

[47] Elle relate que la vie de M. Truchon n'a plus de sens pour lui, malgré les nombreux efforts qu'il met pour tenter de s'adapter à sa condition. Après avoir changé son niveau de soins et envisagé le jeûne, il entame le présent combat judiciaire pour obtenir l'aide médicale à mourir, car le jeûne, même s'il n'y renonce pas, constitue un processus long et souffrant et il hésite à faire subir cette épreuve à ses parents²⁴.

²³ Palliative Performance Scale. Le Dr Rivard est d'avis que l'échelle PPS constitue un outil précieux pour déterminer si la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Selon la condition clinique du patient, il tente de construire un scénario de fin de vie, en se référant aux types de trajectoires de fin de vie décrites dans le *Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques du Collège des médecins du Québec*. Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard, par. 36 et 68.

²⁴ Le père de M. Truchon est décédé au cours de l'année 2018.

[48] Mme Malo confirme que M. Truchon n'est pas suicidaire. Son désir de mettre fin à ses jours apparaît réfléchi et se veut un acte de dignité fait dans une perspective où il souffre de manière intolérable. Les symptômes dépressifs et de tristesse qu'il manifeste parfois s'expliquent par sa condition. Il veut pouvoir mettre fin à ses jours au moment qu'il désire et n'entretient aucune ambivalence face à ce projet.

[49] De ces rapports et témoignages, le Tribunal retient essentiellement que la situation médicale actuelle de M. Truchon ne le rend pas admissible à l'aide médicale à mourir. En effet, malgré le fait qu'il réponde à l'ensemble des autres exigences législatives requises, la maladie dégénérative qui l'afflige n'a pas pour effet de précipiter ou de hâter sa mort. Comme il peut par conséquent continuer à vivre ainsi pendant de nombreuses années, sa mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible et il ne se trouve pas en fin de vie.

[50] Le Tribunal a été très touché par le témoignage de M. Truchon, empreint de dignité et de modestie, mais qui traduisait une souffrance indéniable et palpable. Il s'agit d'un homme intelligent, perceptif, courageux, empathique et déterminé. Parfois empreint d'humour, le témoignage émouvant de M. Truchon a marqué tous ceux et celles présents à l'audience.

1.2 Mme Nicole Gladu

[51] Mme Gladu a 73 ans. Née avant l'époque de l'inoculation généralisée du vaccin contre la poliomyélite, elle est une survivante d'une forme paralysante aiguë de cette maladie, contractée à 4 ans et qui la plonge dans un coma dont elle ressort avec des séquelles importantes, notamment une paralysie résiduelle du côté gauche et une scoliose sévère causée par la déformation progressive de sa colonne vertébrale.

[52] Alors qu'on prédit qu'elle ne marchera jamais, elle déjoue les pronostics. Mme Gladu entreprend des années de physiothérapie et subit trois greffes à la colonne vertébrale à l'âge de 10 ans. Bien que la correction de sa scoliose ne soit que partielle, elle décrit néanmoins une enfance heureuse, grâce à ses parents qui l'ont beaucoup stimulée intellectuellement.

[53] Elle poursuit des études classiques et universitaires. Son parcours professionnel impressionne. Elle devient notamment journaliste à Radio-Canada, correspondante parlementaire au Montréal-Matin, attachée de presse à l'Organisation des Nations Unies à New York et directrice des communications à la délégation générale du Québec à New York. Elle complète aussi une maîtrise à l'ÉNAP en 1994. Elle apparaît très fière de l'ensemble de ses réalisations professionnelles et personnelles accomplies en dépit de ses limitations physiques.

[54] Femme très active, énergique et dotée d'une grande culture, Mme Gladu a beaucoup voyagé.

[55] En 1992, à l'âge de 47 ans, le « *fantôme de [son] enfance* »²⁵ revient lorsqu'elle reçoit un diagnostic du syndrome dégénératif musculaire post-poliomyélite, maladie neurologique dégénérative se caractérisant par une fatigue généralisée, un

²⁵ Témoignage de Mme Gladu, 7 janvier 2019, p. 125.

affaiblissement musculaire progressif ou soudain et des douleurs musculaires qui réduisent la mobilité. Cette condition incurable découle d'une surcompensation du corps chez les survivants de la poliomyélite. « *La dégénérescence est imprévisible. Cette maladie est comme un escalier qu'on ne descend pas marche par marche mais qu'on déboule palier par palier. Je suis rendue au sous-sol* ». ²⁶

[56] Elle développe une thrombophlébite et une hernie hiatale en 1997. La réalité se révèle difficile pour Mme Gladu qui fait deux dépressions à la suite du décès de sa mère et en raison de sa propre condition qui se détériore. Lorsqu'un jour elle se dit « *quand j'en aurai assez, je couperai le fil* » ²⁷, elle remonte la pente et décide alors de vivre pleinement avec ses capacités restantes et de profiter de chaque moment possible que la vie lui offre.

[57] Toutefois, petit à petit, la fatigue et les problèmes de faiblesses musculaires et d'équilibre s'accroissent. Elle souffre d'une grave ostéoporose. Son corps ne la soutient plus. De plus, la déformation de sa colonne vertébrale s'accroît et sa scoliose thoraco-lombaire entraîne une maladie pulmonaire restrictive sévère avec désaturation nocturne. Sa capacité pulmonaire se trouve réduite à l'équivalent d'un demi-poumon. Chaque respiration est un combat. La compression de sa cage thoracique combinée à une hernie hiatale lui cause aussi des difficultés lors de l'alimentation.

[58] Elle, qui a toujours joui d'une vie active et fièrement autonome, rejette la perspective de devoir dépendre d'autrui et, surtout, de finir ses jours dans une institution. Elle s'implique dans le débat qui a lieu au Québec dans le cadre de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale sur la question de mourir dans la dignité ²⁸. Elle reçoit comme un choc et avec beaucoup de colère l'adoption de la loi fédérale qui prévoit l'exigence que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible pour obtenir l'aide médicale à mourir.

[59] Elle apparaît aujourd'hui très diminuée. Elle doit utiliser un déambulateur pour se déplacer, même à l'intérieur de son appartement, car elle n'a presque plus de force dans ses membres et a beaucoup de difficulté à maintenir son centre de gravité. Les simples tâches quotidiennes demandent de grands efforts. Elle court un risque élevé de chutes. Elle se fracture d'ailleurs le fémur en 2011.

[60] Mme Gladu vit avec de la douleur constante. Le nerf sciatique, le genou, le dos et les hanches la font souffrir. Elle vit constamment dans un état de grand inconfort et de malaise. Elle ne se sent jamais bien et demeure incapable de rester longtemps dans la même position. Les médicaments ne la soulagent plus.

[61] Mme Gladu pense alors au suicide, mais envisage plutôt de se rendre dans une clinique en Suisse qui procure l'aide au suicide. Elle trouve injuste que cette possibilité ne soit accessible qu'aux personnes qui en possèdent les moyens financiers

²⁶ *Id.*, p. 132.

²⁷ *Id.*, p. 134.

²⁸ Pièce P-9 : Mémoire rédigé par Mme Gladu dans le cadre de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale du Québec sur la question de mourir dans la dignité.

et devient triste à la perspective de devoir « *mourir seule dans une petite chambre beige* »²⁹. À l'heure actuelle, elle n'écarte cependant pas cette possibilité.

[62] Après cette vie bien remplie, dont elle a profité pleinement, elle se dit usée et au bout du rouleau, prisonnière de son corps et de sa maladie. Sa conception de la vie est quelque chose d'actif, rempli d'un élan, d'une énergie. Elle, qui toute sa vie durant, a démontré un formidable appétit de vivre, ne peut se contenter d'exister..., comme « *une plante* »³⁰.

[63] Elle se trouve donc mise devant un choix terrible qu'elle explique clairement : soit continuer à souffrir et à dépérir, soit se soumettre volontairement à des souffrances additionnelles ou à une dégradation de son état pour espérer se qualifier à l'aide médicale à mourir, soit se suicider.

[64] Elle s'interroge en effet sur la logique du principe qu'elle puisse décider de se soumettre à des souffrances additionnelles, en cessant de s'alimenter et de s'hydrater par exemple, pour arriver à être admissible à l'aide médicale à mourir. Dans son cas, elle ne peut choisir d'interrompre ou de cesser un traitement puisqu'elle n'en suit pas.

[65] Alors qu'elle ne connaît pas M. Truchon, elle décide de se joindre à lui pour entreprendre le présent recours judiciaire. Dans ce contexte, Mme Gladu se soumet à une série d'examens médicaux afin de déterminer son admissibilité à obtenir l'aide médicale à mourir en vertu des critères législatifs présentement en vigueur.

[66] Au printemps 2017, Mme Gladu rencontre le Dr Michel Aubé, neurologue afin de déterminer l'étendue de sa maladie et son impact sur sa vie³¹. Le rapport de ce dernier fait état de ce qui suit :

1. Mme Gladu est atteinte du syndrome post-polio qui est une maladie dégénérative incurable qui ne connaît aucun arrêt dans sa progression bien qu'avec le temps une apparence de ralentissement de son évolution puisse exister;
2. Il n'existe aucun traitement spécifique connu à ce syndrome, ne serait-ce que des traitements non-spécifiques de support;
3. Mme Gladu a perdu une portion significative de sa motricité et de sa force dans plusieurs de ses membres de telle sorte qu'en réalité, seul son membre supérieur droit conserve quelque fonction restante;
4. Le syndrome post-polio n'est pas en soi une maladie fatale à moins qu'elle n'implique le système respiratoire. Mme Gladu souffre d'une maladie pulmonaire sévère, secondaire au développement progressif de sa thoracoscoliose. Dans son cas, la fatalité reliée à sa maladie demeure une éventualité bien réelle;

²⁹ Témoignage de Mme Gladu, 7 janvier 2019, p. 156.

³⁰ *Id.*, p. 166.

³¹ Pièce P-11 : Rapport d'expertise du Dr Michel Aubé, neurologue, 8 mai 2017. Ce rapport est admis. Le Dr Aubé ne témoigne pas à l'audience.

5. Il n'existe aucun traitement de la thoracoscoliose, non plus que de l'insuffisance respiratoire progressive associée sauf pour une amélioration nocturne avec un appareil BiPAP;
6. Mme Gladu éprouve des souffrances physiques, conséquence de sa condition musculo-squelettique d'intensité modérée. Ses souffrances psychologiques sont réelles à cause de sa perte d'autonomie;
7. Elle connaît très bien sa condition et son pronostic de décès que l'on peut anticiper d'ici 2 à 3 ans à cause de sa condition pulmonaire. Elle ne semble pas présenter de symptômes dépressifs et s'avère tout à fait lucide vis-à-vis un consentement à l'aide médicale à mourir.

[67] Le Dr Jean-Robert Turcotte, psychiatre, évalue la capacité de Mme Gladu. Il précise ses constatations à la lumière des dossiers médicaux antérieurs et de ses rencontres avec elle³² :

1. Aucune maladie psychiatrique – dépression, trouble anxieux, trouble cognitif ou psychotique - n'altère son jugement ou ses fonctions cognitives qui apparaissent tout à fait normales. Il n'existe chez elle aucun signe de tristesse, d'anxiété, de délire ou de trouble cognitif en lien avec un diagnostic ou une pathologie psychiatrique;
2. Bien qu'elle ait souffert de deux dépressions par le passé, une situationnelle à la fin des années 80 et une seconde en 2001, celles-ci n'ont eu aucune d'incidence sur sa capacité actuelle à consentir à l'aide médicale à mourir. Elle continue à prendre un antidépresseur à titre préventif pour réduire le risque d'un troisième épisode;
3. La tristesse et l'anxiété qu'elle ressent découlent directement de la situation dans laquelle elle se trouve. Elle vit une souffrance psychique importante qu'elle juge intolérable car elle est préoccupée par sa maladie et par la réalisation que son état se détériore progressivement et rapidement. L'idée de se retrouver totalement dépendante, impotente et clouée dans un lit la terrorise;
4. Bien que ses douleurs physiques puissent être relatives, elle se trouve dans un état d'inconfort continu et devant une incapacité de trouver une position acceptable et de mener une vie normale;
5. Elle connaît très bien sa maladie, son caractère incurable et le pronostic sombre qui l'attend. Elle sait que sa maladie n'atteindra jamais ses fonctions cognitives et qu'elle demeurera consciente jusqu'à la fin;
6. Il n'existe aucune intention suicidaire chez Mme Gladu. Sa démarche pour obtenir l'aide médicale à mourir apparaît réfléchie et non impulsive. Elle en a discuté avec ses proches et ne fait l'objet d'aucune pression extérieure à cet

³² Pièce P-10 : Rapport d'expertise du Dr Jean-Robert Turcotte, psychiatre et témoignage à l'audience le 10 janvier 2019.

égard.

[68] Tout comme pour M. Truchon, le Dr Alain Naud évalue la condition de Mme Gladu afin de déterminer si elle est admissible à recevoir l'aide médicale à mourir en vertu des dispositions légales en vigueur, tant au fédéral qu'au provincial. Il énonce les constats suivants³³:

1. Mme Gladu souffre bien d'un syndrome post-poliomyélite, de déformations extrêmes de la colonne vertébrale et du rachis thoracique évaluées à 75 degrés, ce qui la laisse complètement déformée et affecte sa capacité pulmonaire;
2. En effet, elle souffre aussi maintenant d'insuffisance respiratoire sévère et chronique, certainement en deçà des 34% mesurés en 1999. Une hernie hiatale contribue aussi à comprimer ses poumons. Elle souffre d'ostéoporose fracturaire et d'arthrose qui ne peuvent que s'aggraver. La condition de Mme Gladu, liée au syndrome post-polio, constitue certainement une maladie grave et incurable et il n'existe aucun traitement pour la guérir;
3. Il demeure impossible d'établir un pronostic de vie en l'instance. Le syndrome post-polio n'entraîne pas la mort, non plus qu'aucune des autres conditions dont souffre Mme Gladu. Cela dit, son espérance de vie a des chances d'être réduite par rapport à une autre personne du même âge à cause de son état de fragilité;
4. La condition médicale globale de Mme Gladu se caractérise par un déclin progressif et avancé de ses capacités comme par exemple : la faiblesse musculaire, la limitation fonctionnelle de trois de ses quatre membres, la lourde perte d'autonomie, les douleurs chroniques, l'insuffisance respiratoire sévère, la difficulté à avaler, l'inconfort généralisé et constant, le trouble de l'équilibre, la diminution de la masse musculaire et la perte de poids, le déconditionnement physique majeur et l'augmentation de la somnolence durant la journée;
5. Elle éprouve des douleurs physiques qui lui sont insupportables, notamment des douleurs permanentes au dos, à la hanche et au genou, un inconfort généralisé et constant, une insuffisance respiratoire constante avec difficulté à respirer, des déformations importantes de la cage thoracique, une faiblesse musculaire généralisée et une limitation des membres ainsi qu'un trouble sévère de l'équilibre;
6. Elle ne souffre à l'heure actuelle d'aucune dépression. Depuis sa seconde dépression il y a 15 ans, elle prend des antidépresseurs dans un but préventif, ce qui est une excellente pratique. Il demeure évident toutefois qu'elle éprouve des souffrances psychiques indéniables qui découlent de sa condition. Elle, qui entretenait une vie active et autonome, se sent maintenant dépendante. Elle déteste aussi son image corporelle. Ce qui la raccroche encore à la vie, comme par exemple son chat, les visites de ses amies, la vue depuis son appartement ne compense pas ses souffrances. Elle se dit usée et au bout de son chemin;

³³ Pièce P-23A : Rapport d'expertise du Dr Alain Naud, et témoignage à l'audience le 9 janvier 2019.

7. Mme Gladu se révèle tout à fait apte à consentir à l'aide médicale à mourir. Il n'existe chez elle aucun symptôme dépressif ou condition mentale qui puisse affecter sa capacité de consentir. Elle connaît parfaitement la nature de sa condition et son pronostic de vie. Son consentement apparaît libre et éclairé et loin de constituer un geste impulsif. Il s'agit plutôt du fruit d'un long processus de réflexion, exempt de pression extérieure;
8. Elle répond donc à l'ensemble des exigences de la loi fédérale et de la loi provinciale, à l'exception de celles de la mort naturelle raisonnablement prévisible et de la fin de vie.

[69] Finalement, le Dr Claude Rivard, l'expert retenu par le procureur général du Canada, rencontre Mme Gladu et révisé ses évaluations médicales antérieures afin de vérifier son admissibilité à l'aide médicale à mourir³⁴ :

1. Il fait les mêmes constatations que les autres experts en ce qui a trait au diagnostic de Mme Gladu et aux conséquences de celui-ci sur son état. Il affirme que sa force de caractère se trouve inversement proportionnelle à ses problèmes physiques. Elle souffre de pathologies avec des handicaps qui demeurent graves et incurables. Il n'existe en effet aucun traitement connu pour remédier à sa condition médicale.
2. Il confirme aussi qu'elle connaît parfaitement la nature incurable de sa maladie et le fait qu'il n'existe aucune possibilité d'amélioration. Elle fait preuve d'une grande capacité d'adaptation malgré le déclin avancé et irréversible de ses capacités;
3. Elle peut consentir à l'aide médicale à mourir et comprendre le but et la finalité de la procédure, ainsi que les risques et les avantages de l'aide médicale à mourir et connaît aussi les autres options possibles comme par exemple, les soins palliatifs. Elle ne subit aucune pression extérieure dans le cadre de sa demande;
4. Elle souffre indéniablement de façon continue d'un point de vue tant physique que psychique et cette souffrance se trouve exacerbée par la perte progressive de son autonomie fonctionnelle. Elle juge sa vie actuelle intolérable et ses douleurs physiques et psychiques inacceptables;
5. Sur l'échelle PPS, elle établit un score de 40% ce qui signifie qu'elle pourrait vivre encore quelques années si elle continue à manger et à recevoir le support dont elle a besoin. Toutefois, elle ne remplit pas le critère de fin de vie ou de mort naturelle raisonnablement prévisible. Si sa condition se détériore, il est possible qu'elle puisse alors y avoir accès.

[70] Le Tribunal conclut que Mme Gladu remplit elle aussi l'ensemble des exigences législatives tant fédérales que provinciales, sauf celles d'être en fin de vie ou que sa mort naturelle soit raisonnablement prévisible.

³⁴ Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard et témoignage à l'audience le 14 janvier 2019.

[71] Le Tribunal tient à souligner la détermination et le courage de Mme Gladu lors de son témoignage à la Cour. Elle est telle que décrite par tous, une femme intelligente, une battante dotée d'une détermination qui ne peut que susciter l'admiration, l'estime et le respect. Parfois un peu espiègle, elle a fait montre d'une lucidité et d'un courage qui l'honore tout au long de son parcours de vie.

[72] Tant Mme Gladu que M. Truchon se sont sentis trahis et amèrement déçus lorsque le gouvernement fédéral a décidé d'incorporer au régime législatif mis en place à la suite de l'arrêt *Carter*, l'exigence que leur mort naturelle soit raisonnablement prévisible afin d'être admissibles à l'aide médicale à mourir. Ils se considèrent aptes et capables de prendre cette décision, sans que l'État, sous le couvert de vouloir les protéger, ne les en empêche.

[73] Dans la prochaine section, le Tribunal retracera les grandes étapes de l'historique législatif du projet de loi C-14 et du projet de loi 52 afin de bien cerner la réalité et les enjeux débattus tant dans la société canadienne que québécoise et qui ont conduits aux systèmes législatifs présentement en vigueur.

2. HISTORIQUE LÉGISLATIF

2.1 Canada : Historique législatif du projet de loi C-14

[74] L'arrêt *Carter*, rendu le 6 février 2015, bouleverse les paramètres établis au pays en décriminalisant l'aide au suicide à certaines conditions. En déclarant inconstitutionnels l'alinéa 241b) et l'article 14 du *Code criminel*, la Cour suprême laisse au législateur le choix de mettre sur pied un régime législatif conforme aux principes énoncés dans son arrêt et ordonne une suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle pour un an³⁵.

[75] Une période supplémentaire de suspension est accordée au gouvernement pour terminer sa tâche³⁶. Le 17 juin 2016, la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*³⁷ reçoit la sanction royale et les articles 241.1 à 241.4 C.cr. portant sur l'aide médicale à mourir entrent en vigueur.

[76] Pour une meilleure compréhension du processus menant à l'adoption du projet de loi C-14, il convient de subdiviser la période entre le prononcé de l'arrêt *Carter* et la sanction royale du projet de loi en plusieurs temps, marqués d'abord par les travaux de trois comités³⁸ formés en vue de la rédaction du projet de loi³⁹.

³⁵ *Carter*, par. 127 et 128.

³⁶ *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2016] 1 R.C.S. 13.

³⁷ L.C. 2016, c. 3.

³⁸ Le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* (ci-après « Comité externe »), le Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir (ci-après « Groupe consultatif ») et le Comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes (ci-après « Comité mixte »).

³⁹ Les trois comités ont tous été constitués avant la demande de prorogation de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle et les travaux parlementaires entourant l'adoption de la loi fédérale.

- **Comité externe (juillet – décembre 2015)**

[77] Le Comité externe créé en vue de « *tenir des discussions avec les intervenants dans la cause Carter et avec " les autorités médicales concernées "*, et de mener une consultation en ligne ouverte à tous les Canadiens et autres parties intéressées. »⁴⁰, mène aussi des missions d'information dans quatre pays⁴¹ ayant légalisé l'aide médicale à mourir.

[78] L'élection d'un nouveau gouvernement en octobre 2015, reporte et modifie son mandat. Le Comité externe ne doit désormais plus présenter des options législatives en réponse à l'arrêt *Carter*, mais doit seulement résumer ses activités de consultation et ses principales constatations. Le rapport du Comité externe est présenté aux ministres canadiens de la Justice et de la Santé le 15 décembre 2015⁴².

[79] Sans formuler de recommandations, le Comité externe constate que « *le respect de l'autonomie converge avec la protection des personnes vulnérables* » : d'une part, « *[l]a vulnérabilité en soi ne doit pas empêcher d'exprimer et de reconnaître une décision autonome de demander de l'aide médicale pour mourir* »; d'autre part, « *la vulnérabilité peut entraver ou déformer l'expression de l'autonomie lorsque des choix sont forcés ou provoqués* »⁴³.

[80] Selon le Comité externe, la déclaration d'invalidité prononcée par la Cour suprême dans *Carter* « *ne limite pas l'accès [à l'aide médicale à mourir] aux personnes souffrant de maladies en phase terminale, ou de troubles physiques* »⁴⁴. Il estime également que « *la Cour n'a pas indiqué que la personne doit être en fin de vie, qu'elle doit avoir reçu un diagnostic terminal ou qu'elle doit être à un stade avancé de déclin* »⁴⁵. Autrement dit, « *l'affaire Carter ne se limite pas aux paramètres de diagnostic et de pronostic* »⁴⁶.

- **Groupe consultatif (août – novembre 2015)**

⁴⁰ Pièce PGC-1 : COMITÉ EXTERNE SUR LES OPTIONS DE RÉPONSE LÉGISLATIVE À L'ARRÊT CARTER c. CANADA, *Consultations sur l'aide médicale à mourir. Résumé des résultats et des principales constatations. Rapport final*, 15 décembre 2015, p. iv.

⁴¹ Oregon (États-Unis), Pays-Bas, Belgique et Suisse.

⁴² Le Comité externe a reçu plus de 300 mémoires et a rencontré 73 experts et 92 représentants issus de 46 organisations et groupes d'intervenants dans *Carter*, avec lesquels ont eu lieu des discussions principalement sur « *les critères d'admissibilité, la définition des principaux termes, les risques de l'aide médicale à mourir pour les individus et la société en général, les mesures de sauvegarde susceptibles de combattre les risques et enfin, les procédures d'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir* ». La « *perte de respect pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les autres personnes vulnérables* » est un des risques énoncés dans les mémoires résumés par le Comité externe. Le Comité note l'« *idée maintes fois exprimée [...] que lorsque la mort est considérée comme une façon d'éviter d'éventuelles souffrances possibles et leurs conséquences – tant pour les individus que pour leurs proches et leurs amis – les groupes vulnérables courent un plus grand risque de préjudice* ». Pièce PGC-1 : COMITÉ EXTERNE SUR LES OPTIONS DE RÉPONSE LÉGISLATIVE À L'ARRÊT CARTER c. CANADA, *Consultations sur l'aide médicale à mourir. Résumé des résultats et des principales constatations. Rapport final*, 15 décembre 2015, annexes E et F.

⁴³ *Id.*, p. 2.

⁴⁴ *Id.*, p. 46.

⁴⁵ *Id.*, p. 62.

⁴⁶ *Id.*, p. 89.

[81] Parallèlement, un Groupe consultatif provincial-territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir mis sur pied par 11 provinces et territoires⁴⁷, mène des consultations sur des questions liées à l'aide médicale à mourir. Son mandat consiste en l'élaboration de recommandations visant « à aider les provinces et territoires à décider de la teneur des politiques et procédures qu'ils mettront en œuvre dans leur territoire de compétence en réponse à la décision rendue dans l'affaire Carter de la Cour suprême du Canada »⁴⁸.

[82] Le Groupe consultatif reconnaît le pouvoir de chaque gouvernement provincial de répondre à l'arrêt Carter « de la façon qu'il jugera pertinente » à l'intérieur de son champ de compétence. Néanmoins, il invite les provinces et les territoires « à collaborer étroitement avec le gouvernement fédéral et les autorités réglementaires auxquelles sont soumis les professionnels de la santé afin de suivre une approche unifiée pour la planification, la communication et la mise en œuvre »⁴⁹ de l'aide médicale à mourir à travers le Canada.

[83] Le Groupe consultatif estime que l'aide médicale à mourir « s'inscrit dans un ensemble de soins de fin de vie »⁵⁰ et qu'elle « devrait être abordée comme une pratique médicale appropriée dans un continuum de services offerts en fin de vie »⁵¹.

[84] Le Groupe consultatif formule ses recommandations précisément en réponse à l'arrêt Carter. Son rapport final, produit le 30 novembre 2015, contient 43 recommandations devant être mises en œuvre dans le cadre de lois provinciales et territoriales. En lien avec ce litige, le Tribunal retient les recommandations suivantes :

RECOMMANDATION 12 : Les provinces et les territoires devraient demander au gouvernement fédéral d'affirmer clairement dans ses modifications au Code criminel qu'à tout moment après le diagnostic d'une affection irrémédiable, il est possible de satisfaire à une demande d'aide médicale formulée par le patient dans une déclaration en bonne et due forme, lorsque les souffrances deviennent intolérables⁵².

RECOMMANDATION 18 : Une « affection grave et irrémédiable » devrait être définie comme étant une maladie ou un handicap grave ou très grave qui ne peut être atténué par aucun moyen acceptable pour le patient. Une affection médicale particulière considérée comme étant « grave et irrémédiable » ne devrait pas être délimitée par une loi ou un règlement⁵³.

RECOMMANDATION 20 : Les médecins devraient utiliser les processus existants dans le système de soins de santé pour évaluer la capacité de décision et le consentement du patient⁵⁴.

⁴⁷ Le Québec n'a pas participé et la Colombie-Britannique a participé à titre d'observateur.

⁴⁸ Pièce PGC-2 : GROUPE CONSULTATIF PROVINCIAL-TERRITORIAL D'EXPERTS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *Rapport final*, 30 novembre 2015, p. 16.

⁴⁹ *Id.*, p. 19.

⁵⁰ *Id.*, p. 64.

⁵¹ *Id.*, p. 25.

⁵² *Id.*, p. 37.

⁵³ *Id.*, p. 44.

⁵⁴ *Id.*, p. 45.

[85] Selon le Groupe consultatif, les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir devraient correspondre à ceux établis par la Cour suprême dans *Carter*⁵⁵. Il souligne que « *la Cour suprême n'affirme pas que [sa] décision s'applique uniquement aux personnes incapables de mettre fin elles-mêmes à leurs jours, à celles qui sont atteintes de maladies fatales ou à celles qui sont près de la mort. [...]* »⁵⁶.

[86] Il propose une démarche de l'évaluation de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir en fonction des critères suivants : l'admissibilité à des services de santé publics, l'aptitude, l'affection médicale grave et irrémédiable et la souffrance intolérable. De plus, lorsque l'admissibilité du patient ne semble pas claire, le médecin devrait obtenir une évaluation supplémentaire effectuée par des experts en la matière.

[87] Malgré les préoccupations exprimées par certains intervenants à l'égard des populations vulnérables et de la nécessité de les protéger en adoptant des mesures comme une évaluation obligatoire de la santé mentale, le Groupe consultatif croit que « *les mécanismes existants sont suffisants pour que les patients puissent faire un choix éclairé et que les médecins peuvent évaluer efficacement la capacité de décision du patient* »⁵⁷.

- **Comité mixte (décembre 2015 – février 2016)**

[88] En décembre 2015, le Parlement reprend ses travaux après les élections fédérales et met sur pied un Comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes⁵⁸ afin de « *formuler des recommandations sur le cadre d'une réponse fédérale à l'aide médicale à mourir* »⁵⁹ conformément à la *Charte*.

[89] Dans son rapport déposé le 25 février 2016, le Comité mixte formule 21 recommandations portant sur « *les critères d'admissibilité à l'AMM (mesures de protection essentielles), les garanties procédurales et la surveillance* »⁶⁰, dont les suivantes se révèlent pertinentes au présent litige :

RECOMMANDATION 2 : Que l'aide médicale à mourir soit accessible aux personnes atteintes de maladies terminales et non terminales graves et

⁵⁵ *Id.*, p. 42.

⁵⁶ *Id.*, p. 20 et 44. De plus, selon les intervenants consultés par le Groupe consultatif, « *[a]ucune liste d'affections ne pourrait répertorier toute la gamme de maladies et de handicaps susceptibles de répondre aux paramètres établis par la Cour suprême* », le degré de gravité de la maladie étant déterminable au cas par cas.

⁵⁷ *Id.*, p. 45-46. Les préoccupations de ces intervenants visaient surtout les personnes atteintes de troubles psychiatriques qui ne seraient peut-être « *pas aptes à peser les conséquences de leur décision en raison de leur santé mentale* », ainsi que les personnes ayant des handicaps graves qui « *peuvent être particulièrement vulnérables à la coercition ou enclines à opter pour l'aide médicale à mourir à cause du manque de soutien social et du nombre limité des autres options.* »

⁵⁸ Formé de 5 sénateurs et 17 députés, le Comité mixte a tenu 16 réunions, entendu 61 témoins et reçu plus d'une centaine de mémoires. Pièce PGC-3 : CANADA, PARLEMENT, COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *L'aide médicale à mourir: une approche centrée sur le patient*, 25 février 2016, p. 2.

⁵⁹ *Id.*, citant les motions adoptées le 11 décembre 2015 afin que le Comité mixte spécial soit formé.

⁶⁰ *Id.*, p. 3.

irréremédiables leur causant des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition.

RECOMMANDATION 4 : Que l'on reconnaisse les souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui sont intolérables pour la personne au regard de sa condition comme étant des critères ouvrant droit à l'aide médicale à mourir.

RECOMMANDATION 5 : Que l'on évalue, à la lumière des pratiques médicales existantes, la capacité d'une personne demandant une aide médicale à mourir à donner un consentement éclairé, en accordant une attention toute particulière aux circonstances qui pourraient rendre la personne vulnérable en fin de vie⁶¹.

[90] Le Comité mixte note les différences d'interprétation de l'arrêt *Carter* à l'égard de la maladie en phase terminale comme condition d'admissibilité à l'aide médicale à mourir :

Les témoins n'avaient pas tous la même interprétation de l'arrêt *Carter* et ne voyaient pas de la même façon les conséquences possibles de cette décision sur les mesures législatives futures. Selon certains, seules les personnes atteintes d'une maladie terminale devraient être admissibles à l'AMM. D'autres soutenaient que l'arrêt *Carter* n'exigeait rien de tel. [...] ⁶²

[91] Le Comité mixte se déclare toutefois « *d'accord avec le Comité externe et ne pense pas que l'arrêt Carter limite l'accès à l'AMM aux patients en phase terminale* ». Il justifie sa recommandation proposant l'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de maladies graves et irréremédiables, tant terminales que non terminales, par la persistance et le caractère intolérable de la souffrance :

[...] si une telle limite était mise en place, des Canadiens souffrant de problèmes de santé graves et irréremédiables leur causant des souffrances persistantes et intolérables seraient condamnés à continuer de souffrir contre leur gré⁶³.

[92] Quant à l'équilibre entre la protection des personnes vulnérables et le droit à l'autonomie, le Comité mixte recommande que chaque cas soit évalué individuellement prenant en considération « *tout facteur susceptible d'influencer la décision du patient, comme les pressions extérieures, le sentiment d'être un poids pour les autres ou l'absence de soutien* »⁶⁴.

[93] Le vice-président du Comité mixte et trois autres membres produisent un rapport dissident. Selon eux, le régime recommandé par le Comité ne respecte pas les

⁶¹ *Id.*, p. 39.

⁶² *Id.*, p. 13.

⁶³ *Id.*, p. 13 et 16 : Comme le Comité externe, le Comité mixte remarque le fait que l'arrêt *Carter* est silencieux à l'égard de la problématique de l'aide médicale à mourir dans le contexte des troubles psychiatriques. Malgré les possibles difficultés liées à l'application pratique des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux cas où la maladie mentale est à l'origine de la demande, il considère que « *[l]a complexité de tels cas ne justifie pas que l'on fasse de la discrimination à l'endroit de ces personnes en leur refusant l'accès à l'AMM* ».

⁶⁴ *Id.*, p. 19.

paramètres de l'arrêt *Carter*, car il est trop permissif et ne protège pas suffisamment les personnes vulnérables⁶⁵.

2.2 Demande de prorogation de la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle (janvier 2016)

[94] Tel qu'établi dans *Carter*, la déclaration d'invalidité constitutionnelle de l'alinéa 241b) et de l'article 14 du *Code criminel* prenait effet après 12 mois, donc le 6 février 2016⁶⁶.

[95] Dans ce contexte, en janvier 2016, le procureur général du Canada demande à la Cour suprême de proroger de six mois la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité. Cette demande est contestée par les demandeurs dans l'affaire *Carter*, qui, à leur tour, sollicitent, avec certains intervenants, une exemption constitutionnelle individuelle pour les personnes qui souhaitent obtenir l'aide médicale à mourir durant cette période. La procureure générale du Québec demande aussi de soustraire le Québec à la suspension si la Cour accorde la prorogation, afin « *d'éviter une incertitude quant à l'existence d'un conflit entre le régime québécois et la prohibition fédérale maintenue par la prorogation de la suspension* »⁶⁷.

[96] Compte tenu de l'interruption des travaux parlementaires en raison des élections fédérales, la Cour suprême accorde la prorogation, mais uniquement pour une période de quatre mois, ce qui donne au législateur fédéral jusqu'au 6 juin 2016 pour préparer, le cas échéant, une réponse législative à l'arrêt *Carter*.

[97] La Cour suprême reconnaît l'échéancier serré imposé au Parlement, mais estime que cela ne justifie pas « *de prolonger injustement la souffrance de ceux qui satisfont aux critères clairs que la Cour a énoncés dans Carter* »⁶⁸. Les personnes admissibles à l'aide médicale à mourir conformément au paragraphe 127 de l'arrêt *Carter*, se voient donc accorder des exemptions individuelles leur permettant pendant la période supplémentaire de suspension de s'adresser à la cour supérieure de leur province pour obtenir une ordonnance autorisant l'administration de l'aide médicale à mourir⁶⁹.

[98] Une exemption soustrait également le Québec à la prorogation de quatre mois. En autorisant cette exemption, la Cour suprême prend en considération l'absence d'opposition de la part du procureur général du Canada et des procureurs généraux des autres provinces. La Cour souligne aussi que le fait d'accorder l'exemption « *ne doit toutefois pas être interprété comme l'expression d'un quelconque point de vue quant à la validité* »⁷⁰ de la loi québécoise.

⁶⁵ *Id.*, p. 57-59.

⁶⁶ *Carter*, par. 128.

⁶⁷ *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2016] 1 R.C.S. 13, par. 1.

⁶⁸ *Id.*, par. 6 (le Tribunal ajoute l'emphase).

⁶⁹ *Id.*, par. 4.

⁷⁰ *Id.*

[99] Dissidents en partie, quatre juges opinent qu'il n'y a pas lieu d'accorder d'exemptions individuelles⁷¹ ni de soustraire le Québec⁷² pendant la prorogation de quatre mois.

2.3 Canada : Travaux parlementaires entourant le projet de loi C-14 (avril – juin 2016)

- **Chambre des communes**

[100] En avril 2016, le gouvernement dépose le projet de loi C-14 à la Chambre des communes⁷³, après quelques mois de travail soutenu impliquant l'analyse du dossier dans l'affaire *Carter*, des rapports des comités susmentionnés, des consultations menées par les collèges provinciaux des médecins et d'autres associations médicales, ainsi que la teneur des autres régimes législatifs réglementant l'aide médicale à mourir, incluant notamment l'approche favorisée par le législateur québécois, qui servira d'ailleurs de source d'inspiration pour le Parlement⁷⁴.

[101] Lors de la 2^e lecture du projet de loi, la ministre de la Justice décrit la démarche du gouvernement :

D'entrée de jeu, la décision unanime de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter* nous fait comprendre qu'il n'est plus question de déterminer si l'aide médicale à mourir doit être offerte, mais plutôt de définir la façon dont elle le sera. [...]

Dans ce contexte et compte tenu du peu de temps dont nous disposons pour réagir à l'arrêt *Carter*, le gouvernement a opté pour une approche qui respecte à la fois la Charte et les besoins et valeurs des Canadiens.

Premièrement, cette approche permettra aux médecins et aux infirmiers praticiens de fournir une aide médicale à mourir aux personnes à qui une maladie grave cause des souffrances intolérables et dont la mort est raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de leur situation médicale afin qu'elles puissent mourir paisiblement sans devoir endurer de longues et pénibles souffrances.

Deuxièmement, elle soumettra à une étude les autres situations où une demande d'aide médicale à mourir pourrait être faite, mais qui n'ont pas été soulevées

⁷¹ Les mêmes considérations prises en compte dans *Carter* pour ne pas créer une procédure d'exemption pendant la période initiale de la suspension d'invalidité demeurent convaincantes pour les juges dissidents McLachlin, Cromwell, Moldaver et Brown.

⁷² Ils estiment que l'exemption demandée par la procureure générale du Québec est inutile puisque la loi québécoise est entrée en vigueur pendant la suspension initiale de la déclaration d'invalidité sans qu'une exemption n'ait été sollicitée à ce moment-là. Ainsi, accorder l'exemption au même moment que la prorogation n'ajouterait et n'enlèverait rien à la clarté du droit existant au Québec lors de l'entrée en vigueur de la loi québécoise. *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2016] 1 R.C.S. 13, par. 10.

⁷³ Pièce PGC-8 : CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 14 avril 2016, « Affaires courantes. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », p. 2205 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁷⁴ Pièce PGC-14 : CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 31 mai 2016, « Questions orales. *L'aide médicale à mourir* », p. 3831 (premier ministre Trudeau).

devant les tribunaux dans l'affaire Carter et qui dépassaient la portée de la décision rendue.

Cette approche fondée sur des données probantes nous permettra de respecter l'autonomie des Canadiens et les droits qui leur sont conférés par la Charte tout en assurant aux personnes vulnérables de solides mesures de protection. C'est l'approche qui convient pour le pays⁷⁵.

[102] Faisant référence au paragraphe 127 *in fine* de l'arrêt *Carter*, la ministre de la Justice se dit persuadée que Gloria Taylor et Kay Carter, demanderesse dans cette affaire, seraient admissibles à l'aide médicale à mourir en vertu du projet de loi proposé et déclare que « *cette approche à l'égard de l'admissibilité* » est conforme aux paramètres établis par la Cour suprême :

Les critères d'admissibilité proposés dans le projet de loi respectent non seulement les principes juridiques de l'arrêt Carter, mais aussi la situation des poursuivants dans cette affaire, notamment Gloria Taylor, atteinte d'une maladie mortelle, la sclérose latérale amyotrophique, et Kay Carter, qui dépérissait elle aussi de manière irréversible et dont les jours étaient comptés⁷⁶.

[103] La conformité du projet de loi à l'arrêt *Carter* se trouve également abordée sous le prisme du rôle du Parlement de légiférer dans l'intérêt de la population sans se limiter à copier les mots de la Cour suprême dans son nouveau projet de loi⁷⁷.

[104] La ministre de la Justice établit un lien entre les risques reliés à l'aide médicale à mourir surtout pour les personnes vulnérables et le contrôle de ces risques dans le cas des malades mourants :

Nous avons écouté ceux qui disent que permettre l'aide à mourir pour mettre fin aux souffrances d'une personne dont la vie n'est pas menacée, plutôt que la permettre uniquement pour atténuer les souffrances d'un mourant, exposera à de plus grands risques des personnes déjà vulnérables. Nous sommes conscients que l'aide médicale à mourir change fondamentalement, à bien des égards, notre culture médicale et notre société. Il est approprié, dans ce contexte, de nous concentrer sur l'autonomisation personnelle des personnes mourantes, puisque les risques pour les personnes vulnérables sont gérables dans ces cas⁷⁸.

[105] Ainsi, limiter l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort est raisonnablement prévisible est considéré par le gouvernement une réponse « *logique* » à la crainte voulant que l'aide médicale à mourir soit envisagée « *comme une solution appropriée pour des personnes vivant avec un handicap* », ou encore que sa disponibilité incitera les personnes vulnérables à choisir par inadvertance une mort prématurée⁷⁹.

⁷⁵ Pièce PGC-9: CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 22 avril 2016, « Initiatives ministérielles. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », p. 2579 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁷⁶ *Id.*, p. 2581.

⁷⁷ *Id.*

⁷⁸ *Id.*, p. 2580.

⁷⁹ *Id.*, p. 2581.

[106] Essentiellement, la ministre de la Justice affirme que le projet de loi C-14 « respecte l'autonomie des gens, protège les personnes vulnérables et confirme la valeur intrinsèque de chaque vie humaine »⁸⁰. Dans la même veine, la ministre de la Santé estime que ce projet de loi démontre « la détermination [du] gouvernement à appuyer l'autonomie des patients qui approchent la fin de leur vie, tout en protégeant les personnes les plus vulnérables de notre société »⁸¹.

[107] Les discours en réponse à celui de la ministre de la Justice font état de la lecture pour le moins contrastée du projet de loi par les députés. Certains le considèrent non conforme à *Carter* parce qu'il « risque de provoquer des dérapages »⁸², n'allant pas de pair avec les efforts pour éliminer la dépression et le suicide⁸³, ce qui ferait en sorte que les personnes vulnérables ne seraient pas suffisamment protégées.

[108] À l'opposé, plusieurs voix dénoncent la limite imposée par le projet de loi en permettant cette aide uniquement aux patients dont la mort naturelle est qualifiée de raisonnablement prévisible⁸⁴. Cela forcerait des personnes gravement malades qui ne se trouvent pas en fin de vie à endurer des souffrances intolérables, ce qui constituerait une violation de leur droit à la sécurité et à l'intégrité de la personne⁸⁵. De plus, la promesse d'éventuels changements législatifs et d'amélioration du projet de loi⁸⁶ ne saurait apaiser les souffrances de ces personnes.

[109] En mai 2016, la Chambre renvoie le projet de loi C-14 au Comité permanent de la justice et des droits de la personne⁸⁷, qui examinera plus de 100 amendements. Plusieurs propositions visent le retrait⁸⁸ ou la clarification de manière plus restrictive⁸⁹ de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

[110] Dès lors, le Comité permanent dépose son rapport proposant 16 amendements⁹⁰. La Chambre des communes retient pour débat plusieurs motions d'amendement, dont

⁸⁰ *Id.*

⁸¹ *Id.*, p. 2602 (ministre de la Santé Philpott).

⁸² *Id.*, 2 mai 2016, p. 2681-2682 (M. O'Toole); Voir aussi *Id.*, 3 mai 2016, p. 2741-2742, (Mme Wagantall) et p. 2815 (M. McColeman).

⁸³ *Id.*, 2 mai 2016, p. 2692 (M. Kmiec).

⁸⁴ *Id.*, 3 mai 2016, p. 2759 (M. Lightbound), p. 2795 (M. Thériault), 2829 (M. Blaikie).

⁸⁵ *Id.*, 3 mai 2016, p. 2758 (M. Lightbound).

⁸⁶ *Id.*, 22 avril 2016, p. 2607-2608 (M. Rankin).

⁸⁷ Devant ce comité, la ministre de la Justice réitère la conformité du projet de loi à l'arrêt *Carter*, le choix délibéré du libellé « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible », les raisons impérieuses justifiant cette exigence, l'absence d'autres options viables et la flexibilité conférée aux médecins par l'absence de délai associé à ce critère. La ministre de la Santé ajoute que le gouvernement prend en considération les possibilités de ne pas mentionner l'approche de la mort ou de prévoir une période de 6 à 12 mois avant la mort. Pièce PGC-11 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2 mai 2016, p. 2, 8 (ministre de la Justice Wilson-Raybould) et p. 10 (ministre de la Santé Philpott).

⁸⁸ *Id.*, 2 mai 2016, p. 27 (Me Battista) et p. 29 (M. Sekopet); *Id.*, 9 mai 2016, p. 24-27, 30-31.

⁸⁹ *Id.*, 9 mai 2016, p. 14-15 et 29.

⁹⁰ Pièce PGC-12 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Deuxième rapport*, 1^{re} sess., 42^e légis., 11 mai 2016.

celle visant la suppression de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, qui, après débat, sera de nouveau rejetée⁹¹.

[111] La question de la constitutionnalité de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible se trouve de nouveau abordée par plusieurs députés à l'étape de la 3^e lecture du projet de loi. Enfin, la Chambre adopte le projet de loi C-14 et le renvoie au Sénat le 31 mai 2016.

- **Sénat**

[112] En avril 2016, le Sénat adopte une motion autorisant une étude préalable de la teneur du projet de loi C-14 par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles⁹².

[113] Dans son rapport déposé le 17 mai 2016, le Comité sénatorial formule dix recommandations dont l'ajout des termes « maladie en phase terminale » au premier critère de la définition « problèmes de santé graves et irrémédiables »⁹³. Quelques membres minoritaires du Comité sénatorial recommandent de supprimer le paragraphe 241.2(2) du C.cr. qui définit le terme « problèmes de santé graves et irrémédiables » et d'utiliser la formule de *Carter*⁹⁴.

[114] Le 31 mai 2016, le Sénat reçoit officiellement le projet de loi C-14 qui est lu pour la première fois⁹⁵. Le lendemain, il reçoit en comité plénier les ministres de la Justice et de la Santé pour une présentation du projet de loi C-14. À cette occasion, la ministre de la Justice réaffirme le fait que la loi fédérale « doit respecter les principes juridiques énoncés dans l'arrêt *Carter*, mais elle n'a pas à reprendre exactement les mots des juges pour être constitutionnelle »⁹⁶. En effet, puisqu'elle repose sur « des objectifs différents et des faits nouveaux », la loi fédérale proposerait « un nouvel équilibre grâce à un régime réglementaire complexe » qui mériterait la déférence des tribunaux⁹⁷.

⁹¹ Pièce PGC-13 : *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 30 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) », p. 3741-3754.

⁹² Pièce PGC-15 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 20 avril 2016, « Code criminel. Projet de loi modificatif – Autorisation au Comité des affaires juridiques et constitutionnelles d'étudier la teneur du projet de loi », p. 536-538. À partir du 4 mai 2016, le Comité sénatorial entend 66 témoins et reçoit plusieurs mémoires.

⁹³ L'alinéa 241.2(2)a) du C.cr. devait se lire ainsi : « a) elle est atteinte d'une maladie en phase terminale, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables et il est établi qu'elle est en fin de vie ». Pièce PGC-18: CANADA, SÉNAT, COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES JURIDIQUES ET CONSTITUTIONNELLES, *Troisième rapport*, 1^{re} sess., 42^e légis., 17 mai 2016.

⁹⁴ *Id.*

⁹⁵ Pièce PGC-19 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 31 mai 2016, « Code criminel. Projet de loi modificatif – Première lecture », p. 741.

⁹⁶ Pièce PGC-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 1^{er} juin 2016, « Code criminel. Projet de loi modificatif – Étude sur la teneur du projet de loi en Comité plénier », p. 744 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁹⁷ *Id.*

[115] Après la 2^e lecture et le renvoi officiel du projet de loi au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles⁹⁸, ce dernier le transmet au Sénat sans amendements, puisqu'il estime plus judicieux de présenter les amendements à l'étape de la 3^e lecture du projet de loi⁹⁹.

[116] Le débat en 3^e lecture commence le 8 juin 2016 lorsque plusieurs amendements proposés font débat. Un sénateur propose un amendement qui supprime la définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables » prévoyant l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible¹⁰⁰, adopté le même jour¹⁰¹.

[117] Le 15 juin 2016, le Sénat adopte donc en 3^e lecture le projet de loi C-14, sans que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible y soit prévue¹⁰².

- **Adoption de la loi fédérale**

[118] Le 16 juin 2016, la Chambre des communes rejette l'amendement du Sénat supprimant la définition de « problèmes de santé graves et irrémédiables » contenant l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible. La Chambre des communes est d'avis que cet amendement va « à l'encontre des objectifs du projet de loi C-14 qui visent à reconnaître l'important enjeu de santé publique que représente le suicide, à empêcher que la mort soit considérée comme une solution à toutes les formes de souffrances, et à contrer les perceptions négatives quant à la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées ». Elle considère que le projet de loi C-14 « établit le juste équilibre pour l'ensemble des Canadiens entre la protection des personnes vulnérables et le choix de ceux et celles dont les circonstances médicales leur causent des souffrances persistantes et intolérables à l'approche de la mort »¹⁰³.

[119] Comme le Sénat « n'insiste pas sur ses amendements »¹⁰⁴, la Chambre des communes adopte le projet de loi C-14 qui reçoit la sanction royale et entre en vigueur le 17 juin 2016. Conséquemment, plusieurs dispositions du *Code criminel* se trouvent modifiées¹⁰⁵ en y ajoutant les articles 241.1 à 241.4 portant sur l'aide médicale à mourir. Les paragraphes 241.2(1) et (2) prévoient plus particulièrement :

Critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir

⁹⁸ Pièce PGC-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 3 juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Deuxième lecture* », p. 854-880.

⁹⁹ Pièce PGC-21 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 7 juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Présentation du quatrième rapport du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles* », p. 886.

¹⁰⁰ Pièce PGC-22 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 8 juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Troisième lecture* », p. 938 (M. Joyal).

¹⁰¹ *Id.*, p. 964.

¹⁰² *Id.*, 15 juin 2016, p. 1167.

¹⁰³ Pièce PGC-24 : CANADA, *Journaux de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 16 juin 2016, « *Messages de la Chambre des communes au Sénat* », p. 651.

¹⁰⁴ Pièce PGC-25 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 17 juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Message des Communes – Adoption de la motion d'adoption des amendements des Communes et de renonciation à certains amendements du Sénat* », p. 1242.

¹⁰⁵ Voir l'article 241 C.cr. prévoyant l'infraction d'aide au suicide.

241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a)** elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b)** elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c)** elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d)** elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- e)** elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

Problèmes de santé graves et irrémédiables

(2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

- a)** elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
- b)** sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- c)** sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- d)** sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

2.4 Québec : Historique législatif du projet de loi 52 (*Loi concernant les soins de fin de vie*)

[120] Contrairement au processus législatif fédéral, le débat sur l'aide médicale à mourir au Québec a duré 6 ans, de 2009 à 2015, son ampleur et son utilité ont été soulignées maintes fois lors de l'adoption de la loi fédérale¹⁰⁶. La loi québécoise n'est pas la réplique du législateur provincial à une décision judiciaire, mais plutôt une réponse sociale à l'initiative de la communauté médicale québécoise qui souhaitait un changement de paradigme vers une approche holistique de la question des soins appropriés en fin de vie. Le dépôt du projet de loi 52, qui est devenu la *Loi concernant les soins de fin de vie*, a donc été précédé par la production de plusieurs rapports et documents de réflexion sur cette question.

¹⁰⁶ Pièce PGC-3 : CANADA, PARLEMENT, COMITÉ MIXTE SPÉCIAL SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *L'aide médicale à mourir: une approche centrée sur le patient*, 25 février 2016, p. 7.

Période précédant le dépôt du projet de loi 52 (octobre 2009 – juin 2013)

[121] Cette période est marquée par trois documents importants produits par : 1) le Collège des médecins du Québec; 2) la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité; et 3) le Comité de juristes experts.

- **Collège des médecins du Québec (octobre 2009)**

[122] S'inspirant des réflexions de son groupe de travail en éthique clinique¹⁰⁷, le Collège des médecins du Québec publie en octobre 2009 un document de réflexion¹⁰⁸ dans lequel il propose une réorientation du débat sur l'euthanasie¹⁰⁹ sous l'angle des « soins appropriés en fin de vie », vu l'existence de plusieurs interventions médicales possibles. Dans cette perspective, le défi des médecins d'identifier les options de soins les plus appropriés tant au début de la vie qu'au cours de celle-ci demeure tout aussi pertinent en fin de vie. Les soins de fin de vie devraient donc être abordés comme tous les autres soins, en misant sur « *un processus décisionnel mené minutieusement et impliquant tous les acteurs* »¹¹⁰, afin d'éviter les soins acharnés ou futiles.

[123] Ce processus dynamique et complexe implique deux composantes : 1) la communication entre acteurs moraux autonomes et responsables; 2) la reconnaissance et le respect du rôle des acteurs, à savoir reconnaître tant la possibilité d'un refus de traitement de la part du patient que celle d'un refus de prestation de soins de la part du médecin, ce dernier ne jouant pas le rôle d'un simple exécutant¹¹¹.

[124] Citant l'article 58 du *Code de déontologie des médecins*¹¹², le Collège note « *une sensibilité nouvelle* » au sein de la population et de la profession médicale, visant à reconnaître la nécessité d'une discussion franche et ouverte sur les soins de fins de vie, allant de l'arrêt de traitement jusqu'à l'euthanasie, qui « *pourrait être considérée comme l'étape ultime, nécessaire pour assurer, jusqu'à la fin, des soins de qualité* »¹¹³.

- **Commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité (décembre 2009 – mars 2012)**

¹⁰⁷ Pièce PGQ-2 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie. Rapport du groupe de travail en éthique clinique*, 17 octobre 2008.

¹⁰⁸ Pièce PGQ-1 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion*, 16 octobre 2009.

¹⁰⁹ Il s'agit du terme utilisé par le Collège des médecins dans son document.

¹¹⁰ Pièce PGQ-1 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion*, 16 octobre 2009, p. 1-2, 7. Le Collège souligne « l'importance du processus décisionnel pour l'encadrement des soins », les soins appropriés, « c'est-à-dire à la fois proportionnés et individualisés », constituant « le terme d'un processus décisionnel bien mené ».

¹¹¹ Pièce PGQ-2 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie. Rapport du groupe de travail en éthique clinique*, 17 octobre 2008, p. 7.

¹¹² RLRQ, c. M-9, r. 17, art. 58 : Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.

¹¹³ Pièce PGQ-1 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion*, 16 octobre 2009, p. 2.

[125] En décembre 2009, l'Assemblée nationale adopte unanimement une motion créant la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité¹¹⁴, dont le mandat visait à formuler des recommandations aux questionnements suivants : « *quelle est la réponse de notre société aux souffrances des personnes en fin de vie? comment réagir aux demandes d'aide à mourir? comment assurer à tous une mort dans la dignité?* »¹¹⁵.

[126] Comme le Collège, la Commission spéciale constate « *certaines tendances de notre société* »¹¹⁶ et souligne l'évolution des valeurs sociales, de la médecine et du droit, éléments qui encouragent et stimulent la réflexion sur les soins de fin de vie¹¹⁷.

[127] En mars 2012, la Commission spéciale dépose un rapport unanime qui porte sur la panoplie des soins en fin de vie, même si l'euthanasie¹¹⁸ y occupe une place importante. Elle formule 24 recommandations sur les soins palliatifs, la sédation palliative, les directives médicales anticipées et l'aide médicale à mourir. Précisément sur ce dernier sujet, la Commission recommande :

que les lois pertinentes soient modifiées afin de reconnaître l'aide médicale à mourir comme un soin approprié en fin de vie si la demande formulée par la personne respecte les critères suivants, selon l'évaluation du médecin :

- La personne est résidente du Québec selon les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie;
- La personne est majeure et apte à consentir aux soins au regard de la loi;
- La personne exprime elle-même, à la suite d'une prise de décision libre et éclairée, une demande d'aide médicale à mourir;
- La personne est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- La situation médicale de la personne se caractérise par une déchéance avancée de ses capacités, sans aucune perspective d'amélioration;
- La personne éprouve des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables¹¹⁹.

¹¹⁴ Pièce PGQ-3 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Procès-verbal de l'Assemblée*, 1^{re} sess., 39^e légis., 4 décembre 2009, « Affaires courantes », p. 950-953.

¹¹⁵ Pièce PGQ-4 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION SPÉCIALE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, mars 2012, p. 11 et 97. Au cours de ses travaux de plus de deux ans, la Commission spéciale entend 32 experts, plus de 250 particuliers et représentants d'organisations, reçoit 273 mémoires et effectue 21 rencontres pendant sa mission à l'étranger en France, aux Pays-Bas et en Belgique.

¹¹⁶ *Id.*, p. 123.

¹¹⁷ *Id.*, p. 52.

¹¹⁸ La Commission spéciale distingue l'euthanasie du suicide assisté ou de l'aide au suicide. L'euthanasie est définie comme étant l'« *acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande pour mettre fin à ses souffrances* », tandis que le suicide assisté est défini comme le « *fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens de se suicider ou de l'information sur la façon de procéder, ou les deux* ». *Id.*, p. 17-18.

¹¹⁹ *Id.*, p. 84 et 101.

[128] Les critères relatifs à la condition médicale de la personne, à savoir la maladie grave et incurable et la déchéance avancée des capacités, sans aucune perspective d'amélioration, traduisent l'objectif clair de la Commission spéciale de proposer l'aide médicale à mourir « *aux personnes dont la situation est irréversible et qui sont en fin de vie* »¹²⁰. La Commission spéciale admet le défi posé par le critère de la fin de vie¹²¹.

[129] Le critère de la fin de vie semble déterminant pour la Commission spéciale pour exclure les demandes d'aide médicale à mourir de certaines catégories de personnes, comme celles lourdement handicapées à la suite d'un accident. Puisque ces personnes ne sont pas en fin de vie et ne souffrent pas d'une maladie, « *l'aide médicale ne saurait être conçue dans ce cas comme une étape ultime dans un continuum de soins* »¹²².

[130] Conforme à l'évolution des valeurs sociales, du droit et de la pratique médicale¹²³, l'aide médicale à mourir devient une « *nouvelle option* »¹²⁴, une « *option de plus* »¹²⁵ qui s'inscrit comme les autres soins palliatifs dans le continuum de soins appropriés de fin de vie¹²⁶. Cette option supplémentaire de soins de fin de vie s'avère nécessaire, car même si les soins palliatifs « *sont la réponse par excellence aux souffrances de la majorité des personnes en fin de vie* »¹²⁷, ils ont des limites et ne peuvent pas soulager toutes les souffrances de ces personnes, par exemple celles atteintes de maladies dégénératives¹²⁸.

[131] La Commission spéciale aborde aussi certaines des questions soulevées en l'espèce, comme celle du consentement éclairé à l'aide médicale à mourir, de la prévention du suicide, des risques de dérives ainsi que celle de la banalisation de cette procédure.

[132] Enfin, en première instance dans l'affaire *Carter*, la juge Lynn Smith prend en considération les recommandations de la Commission spéciale¹²⁹. La permission de produire en preuve ces recommandations s'explique par leur portée sur la question du

¹²⁰ *Id.*, p. 84.

¹²¹ *Id.*, p. 84 : « *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.* »

¹²² *Id.*, p. 93-94.

¹²³ *Id.*, p. 98.

¹²⁴ *Id.*, p. 97.

¹²⁵ *Id.*, p. 47.

¹²⁶ *Id.*, p. 50.

¹²⁷ *Id.*, p. 53-54. Voir aussi la pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 40^e légis., 22 octobre 2013, « Adoption du principe du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », p. 5035 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

¹²⁸ Pièce PGQ-4 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION SPÉCIALE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, mars 2012, p. 60, 80 et 97.

¹²⁹ *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (ci-après « *Carter BCSC* »).

consensus existant dans la société à l'égard de l'aide à mourir¹³⁰. Dans son analyse des risques reliés à la décriminalisation de l'aide médicale à mourir, la juge Smith cite les critères proposés par la Commission spéciale, résume les autres recommandations¹³¹ et conclut que « *les risques de l'aide médicale à mourir peuvent être reconnus et réduits considérablement dans un régime soigneusement conçu qui impose des limites strictes scrupuleusement surveillées et appliquées* »¹³².

- **Comité de juristes experts (juin 2012 – janvier 2013)**

[133] Pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission spéciale, un Comité de juristes experts composé de trois membres¹³³ est constitué en juin 2012. Remis en janvier 2013, son rapport fait une analyse des décisions du patient en fin de vie sous l'angle du droit criminel, du droit civil et des Chartes¹³⁴, propose un nouvel encadrement juridique des pratiques de soins de fin de vie¹³⁵ et examine le rôle de la procureure générale du Québec dans l'application d'une éventuelle loi encadrant les soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir¹³⁶.

[134] Le Comité note que malgré la prohibition absolue de l'aide au suicide prévue au *Code criminel*, l'euthanasie ou l'aide au suicide se pratiquait clandestinement dans une certaine mesure et qu'aucune poursuite n'avait été intentée au Québec dans le contexte de soins de fin de vie¹³⁷.

[135] Il recommande que l'ensemble des soins de fin de vie se trouve encadré et géré par le système de santé et que les droits des patients en fin de vie soient reconnus par la loi. Ces droits comprendraient le droit à l'information, le droit à la confidentialité, le droit de choisir son lieu de fin de vie, et surtout le droit à l'autonomie décisionnelle. Dans le contexte de soins de fin de vie, le droit du patient à l'autonomie décisionnelle signifie le droit « *de choisir le moment et la manière de mourir, lorsque la mort devient une éventualité*

¹³⁰ *Carter BCSC*, par. 131-136.

¹³¹ *Id.*, par. 867-871.

¹³² *Id.*, par. 883 cité par la Cour suprême dans *Carter*, par. 27.

¹³³ Me Jean-Pierre Ménard, maintenant un des avocats des demandeurs, Me Jean-Claude Hébert et Me Michelle Giroux.

¹³⁴ Le Comité fait référence aux affaires *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519 et *Carter BCSC* pour appuyer l'argument voulant que les décisions de fin de vie sont incluses dans le concept de liberté de la personne. Voir la pièce PGQ-7 : COMITÉ DE JURISTES EXPERTS SUR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION SPÉCIALE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport. Résumé*, 2013, p. 6.

¹³⁵ L'approche du Comité apparaît semblable à celle de la Commission, à savoir analyser « *l'ensemble des soins de fin de vie dans une vision intégrée* ». Pièce PGQ-8 : QUÉBEC, SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, *Mourir dans la dignité – La ministre Hivon rend public le rapport du comité Ménard sur la mise en œuvre juridique des recommandations de la commission spéciale*, communiqué de presse, 15 janvier 2013.

¹³⁶ *Id.*, p. 1.

¹³⁷ *Id.*, p. 3 et 9.

probable de son traitement »¹³⁸. L'autonomie décisionnelle sous-tend également les droits suivants, que devrait énoncer la loi : le droit de refuser des soins, le droit d'interrompre des soins, le droit de s'abstenir de soins, le droit à des soins palliatifs, y compris la sédation palliative terminale, ainsi que le droit à l'aide médicale à mourir¹³⁹.

[136] À l'instar de la Commission spéciale, le Comité définit l'aide médicale à mourir comme « *un nouveau type de soins* » s'inscrivant dans « *l'évolution actuelle des droits de la personne en fin de vie* » et faisant partie du « *continuum des soins de fin de vie* »¹⁴⁰.

Travaux parlementaires entourant le projet de loi 52 (juin 2013 – juin 2014)

[137] Quelques mois plus tard, en juin 2013, le projet de loi 52 est déposé à l'Assemblée nationale. À la première étape de sa présentation, le critère de la fin de vie n'est pas explicitement énoncé comme condition d'admissibilité à l'aide médicale à mourir. En effet, selon l'article 26 du projet de loi, pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne doit être majeure, apte à consentir aux soins, assurée¹⁴¹, atteinte d'une maladie grave et incurable, sa situation médicale doit se caractériser par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et elle doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables¹⁴².

[138] Au début de l'automne 2013, des audiences publiques se tiennent sous l'égide de la Commission de la santé et des services sociaux, lors desquelles plusieurs organismes, juristes, médecins et professeurs se font entendre au sujet du projet de loi. À titre d'illustration, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec présente un mémoire dans lequel elle « *insiste pour que [l'AMM] ne soit disponible que dans un contexte de mort imminente* »¹⁴³. Elle recommande donc d'ajouter le critère de la fin de vie à l'article 26 du projet de loi.

[139] En réponse à cette demande appuyée par d'autres groupes et organisations, l'article 26 du projet de loi est modifié pour y inclure expressément la notion de « *fin de vie* »¹⁴⁴.

¹³⁸ *Id.*, p. 11.

¹³⁹ *Id.*, p. 12.

¹⁴⁰ *Id.*, p. 13 : « *Ce nouveau type de soins serait réservé à la personne majeure, apte à consentir à des soins, résidente du Québec au sens de la Loi sur l'assurance-maladie, qui est dans une condition médicale qui implique qu'elle est atteinte d'une maladie grave et incurable, que sa situation médicale se caractérise par une déchéance avancée de ses capacités, sans aucune perspective d'amélioration, et qui éprouve des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.* »

¹⁴¹ Au sens de la *Loi sur l'assurance médicale*, RLRQ, c. A-29.

¹⁴² Pièce PGQ-10 : *Loi concernant les soins de fin de vie*, projet de loi n° 52 (présentation), 1^{re} sess. 40^e légis. (Qc.).

¹⁴³ Pièce PGQ-14 : FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *Mémoire de la FMOQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Concernant le projet de loi n° 52 Loi concernant les soins de fin de vie*, 17 septembre 2013, p. 6.

¹⁴⁴ Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 28 novembre 2013, « Étude

[140] Lors de l'adoption du principe du projet de loi, le 22 octobre 2013, la ministre Hivon souligne « *l'importante démarche démocratique et citoyenne (sic)* » menant à la présentation d'un projet de loi qui « *vise à donner toute sa place à cette étape de la vie qu'est la fin de vie en reconnaissant aux personnes tout le soin, tout l'accompagnement qu'elles ont besoin pour répondre à leur situation spécifique en fin de vie »* :

C'est un projet de loi qui s'appuie sur des valeurs fondamentales, des valeurs de solidarité, de compassion, de respect de la personne et aussi de protection, bien sûr, des personnes vulnérables, qui sont très importantes dans notre société. Ce qu'on propose dans ce projet de loi, c'est vraiment une vision intégrée de l'accompagnement des personnes en fin de vie, des soins qui doivent pouvoir être offerts aux personnes en fin de vie, afin de répondre, comme je le disais, à toutes les situations qui peuvent se présenter dans cette ultime étape de la vie¹⁴⁵.

[141] Associée constamment à l'idée de continuum de soins appropriés en fin de vie¹⁴⁶, l'aide médicale à mourir est présentée comme étant « *le soin ultime sur le continuum de soins »*¹⁴⁷. L'accompagnement du patient en tout temps et la présence du médecin constituent aussi des éléments cruciaux pour pouvoir considérer l'aide médicale à mourir comme un soin. Ces éléments permettent aussi de distinguer l'aide médicale à mourir du suicide assisté, tel que permis dans certains États américains aux personnes ayant un pronostic de mortalité dans les 6 mois ou moins¹⁴⁸. D'ailleurs, la ministre estime que le modèle québécois conjugue l'approche américaine, la nécessité de la fin de vie sans la présence nécessaire de la souffrance, avec celle des pays du Benelux, la nécessité de la présence des souffrances constantes et inapaisables sans nécessairement être en fin de vie, ce qui offre « *l'encadrement le plus strict »* et « *le plus balisé »* de toutes les législations permettant l'aide médicale à mourir¹⁴⁹.

détaillée du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie (5)* », C.S.S.S-65 page 52 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon) : « [...] À la lumière de plusieurs commentaires qui nous ont été faits de gens qui se questionnaient quant au fait de savoir si toute personne pourrait demander l'aide médicale à mourir si elle satisfaisait à l'ensemble des critères prévus à l'article 26, donc la réponse, bien sûr, c'est que la personne doit être en fin de vie. Ça va de soi parce que c'est le projet de loi, le titre du projet de loi. C'est présent dans le premier article. Donc, il était de notre compréhension que ce n'était pas nécessaire de rappeler qu'on parle d'une personne en fin de vie dans chacun des articles. Mais, puisque ce commentaire-là nous a été fait à plusieurs reprises, et que ça n'enlève rien, et qu'évidemment ça ne touche qu'une personne en fin de vie, on apporte cet amendement. »

¹⁴⁵ Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 40^e légis., 22 octobre 2013, « Adoption du principe du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », p. 5032 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

¹⁴⁶ Voir à titre d'illustration la pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 21 et 26 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie (1) et (3)* » (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon); *Journal des débats*, 1^{re} sess., 41^e légis., 2 juin 2014, « Adoption du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* » (ministre de la Santé et des Services sociaux Barrette et Mme Hivon).

¹⁴⁷ Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 40^e légis., 22 octobre 2013, « Adoption du principe du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », p. 5036 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

¹⁴⁸ *Id.*

¹⁴⁹ *Id.*, p. 5037 et 5039.

[142] La crainte de la « *pente glissante* » et le fait que l'aide médicale à mourir pourrait être administrée sans une demande expresse sont également soulevés lors des consultations et des travaux ayant précédé l'adoption de la loi québécoise¹⁵⁰.

[143] La protection des personnes vulnérables demeure aussi une préoccupation. En l'absence d'un encadrement législatif, ces personnes ne se trouveraient pas adéquatement protégées. L'encadrement « *excessivement strict* » de l'aide médicale à mourir, en jumelant les critères de la fin de vie et de la souffrance, permettrait d'atteindre cet objectif¹⁵¹.

[144] La nécessité de définir ou de clarifier la notion de « fin de vie »¹⁵² se soulève lors de l'étude détaillée du projet de loi 52¹⁵³. Même si, ultimement, l'Assemblée nationale choisit de ne pas définir le concept de fin de vie¹⁵⁴, plusieurs définitions s'ajoutent à l'article 3, dont celles de « soins palliatifs » et d'« aide médicale à mourir », afin de clarifier la notion que l'aide médicale à mourir reste un soin qui n'est pas inclus dans les soins palliatifs¹⁵⁵.

¹⁵⁰ *Id.*, p. 5039.

¹⁵¹ *Id.*, p. 5036; Voir aussi la pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 41^e légis., 2 juin 2014, « Adoption du projet de loi n° 52 – Loi concernant les soins de fin de vie » (Mme Hivon).

¹⁵² La députée Stéphanie Vallée a proposé plusieurs définitions tout au long de l'étude du projet de loi jusqu'au dernier jour des travaux de la commission. Voir la pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 16 janvier 2014, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – Loi concernant les soins de fin de vie (13) », CSSS-73 page 13 (Mme Vallée).

¹⁵³ La ministre Hivon a expliqué le fait que les termes « inéluctable », « imminent » ou « terminale » n'ont pas été retenus puisque « *selon le type de maladie, [ils] ne font pas référence à la même chose* ». Sans « mot magique » ou « période magique » pour qualifier la « fin de vie », la ministre préfère la comparaison avec les personnes lourdement handicapés ou souffrant d'une dépression : « *La personne est en fin de vie, c'est assez clair, les gens, ils comprennent que ce n'est pas quelqu'un qui a une dépression dans sa vie. Les gens, ils comprennent que ce n'est pas une personne lourdement handicapée ou paraplégique, parce qu'on est dans un contexte de soins, de continuum, de fin de vie avec des critères, à 26, très, très précis* ». Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 21 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – Loi concernant les soins de fin de vie (1) », CSSS-61 pages 11 et 13; Voir aussi la pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 29 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – Loi concernant les soins de fin de vie (6) », CSSS-66 page 8 : « *"fin de vie" dit ce qu'elle a à dire et donne la flexibilité tout en refermant la porte aux cas de personnes qui sont handicapées, aux cas de personnes qui ne sont pas en fin de vie* ».

¹⁵⁴ La ministre Hivon soulignait que l'imprécision n'a pas été invoquée en lien avec les soins palliatifs et qu'une définition très précise « *n'est ni possible ni souhaitable* ». Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 28 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – Loi concernant les soins de fin de vie (5) », CSSS-65 page 28.

¹⁵⁵ Pièce PGQ-10 : Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 21 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – Loi concernant les soins de fin de vie (1) », CSSS-61 page 22 et suiv.

[145] Le débat sur l'adoption du projet de loi 52 commence le 20 février 2014, mais en raison des élections, l'adoption ne survient qu'au cours de la législature suivante. L'excellence du travail effectué, l'absence de partisanerie politique, l'humanité du projet de loi et le privilège d'avoir participé à ce débat historique pour le Québec se voient encore une fois soulignés. L'Assemblée Nationale adopte le projet de loi 52 le 5 juin 2014.

[146] Sanctionnée le 10 juin 2014, la loi québécoise entre en vigueur un an et demi plus tard, le 10 décembre 2015. Son entrée en vigueur se situe donc chronologiquement entre l'arrêt *Carter* et l'adoption de la loi fédérale.

[147] Les changements intervenus dans le paysage juridique en matière d'aide médicale à mourir au Canada, par l'arrêt *Carter* et par l'adoption de la loi fédérale, suscitent des interrogations à l'égard de l'application de la loi québécoise dans ce nouveau contexte¹⁵⁶, mais celles-ci demeurent sans réponse de la part du législateur québécois. En effet, la loi québécoise ne subit aucune modification depuis la décriminalisation de l'aide médicale à mourir au Canada¹⁵⁷.

[148] La question d'un possible conflit de compétence semble éliminer d'emblée par le palier fédéral. Lors de la 2^e lecture du projet de loi C-14, la ministre fédérale de la Justice interpellée sur la constitutionnalité de la loi québécoise dans le contexte où elle est plus restrictive en raison du critère de fin de vie, considère qu'il n'existe pas de conflit sur le plan législatif entre les deux lois, vu leur adoption à l'intérieur de leurs champs de compétence distincts¹⁵⁸.

[149] Toutefois, la cohabitation des deux lois ne cesse d'alimenter le débat. Dans son dernier rapport, la Commission sur les soins de fin de vie souligne les différences entre la loi québécoise et la loi fédérale, notamment en ce qui concerne les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir (« fin de vie » versus « mort naturelle raisonnablement prévisible », « maladie grave et incurable » versus « affection, maladie ou handicap grave et incurable »), la possibilité de l'auto-administration de l'aide médicale

¹⁵⁶ À titre d'exemple, l'Association canadienne de protection médicale, organisme qui représente les médecins canadiens en assurance responsabilité professionnelle, considérait la loi québécoise plus restrictive que la loi fédérale et conseillait les médecins du Québec de « se conformer tant aux dispositions du Code criminel qu'à celles de la loi de leur province, en s'assurant de respecter les conditions les plus exigeantes » (Pièce P-23, Annexe 2, Communications de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), *L'aide médicale à mourir et la législation : Où en sommes-nous un an plus tard?*, juin 2017). Le Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec à l'époque, était d'avis « qu'il serait "beaucoup moins compliqué", pour les médecins du Québec, "de ne pas avoir de loi fédérale que d'en avoir une" » (Pièce P-23, Annexe 3, Articles sur le Collège des médecins du Québec (CMQ), Radio-Canada, « Le Collège des médecins critique l'approche d'Ottawa sur l'aide médicale à mourir », 12 mai 2016).

¹⁵⁷ Le 24 juin 2017, un an après l'entrée en vigueur de la loi fédérale, le ministre québécois de Santé et des Services sociaux annonçait « l'amorce d'une réflexion sur un élargissement possible » de la loi provinciale. Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 55.

¹⁵⁸ Pièce PGC-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 1^{er} juin 2016, « Code criminel. Projet de loi modificatif – Étude sur la teneur du projet de loi en Comité plénier », p. 749 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

à mourir et la possibilité pour un infirmier praticien d'administrer l'aide médicale à mourir, par opposition à la loi québécoise. Ces différences ne sont que source de « *situations très difficiles et complexes pour les médecins, les personnes en fin de vie et la population* », l'harmonisation des deux lois étant primordiale pour la Commission¹⁵⁹.

[150] Quoi qu'il en soit, depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale, les formalités administratives québécoises ont été ajustées¹⁶⁰ pour les rendre conformes aux exigences du *Code criminel*.

[151] À l'heure actuelle, l'article 26 de la loi québécoise, dont le troisième paragraphe du premier alinéa est contesté, est toujours rédigé ainsi :

26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir:

1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;

3° elle est en fin de vie;

4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;

5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci.

¹⁵⁹ Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 52 et 82. Les différences entre la loi québécoise et le projet de loi C-14 font également l'objet de discussions mentionnées par la ministre fédérale de la Santé devant le Comité permanent. Pièce PGC-11 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2 mai 2016, p. 12 (ministre de la Santé Philpott) : « *Nous avons discuté avec le Québec des différences entre sa loi et notre projet de loi. Cette conversation n'a rien eu de négatif; nous reconnaissons tout simplement qu'ils allaient examiner la question pour décider s'ils allaient modifier leur loi pour corriger ces écarts* ».

¹⁶⁰ À titre d'exemple, le formulaire utilisé pour demander formellement l'aide médicale à mourir contient la case « témoins indépendants » avec une référence au paragraphe 241.2(5) du *Code criminel*, même si la loi québécoise ne prévoit pas cette formalité. Selon l'art. 26 al. 3 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, la personne qui demande l'aide médicale à mourir signe le formulaire afférent en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne.

[152] Ainsi, devant le Tribunal, la contestation porte sur les dispositions de deux régimes législatifs : l'un fédéral, l'alinéa 241.2(2)d) *Code criminel* et l'autre provincial, le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* qui exigent, chacun dans leurs termes propres, que l'admissibilité d'une personne à recevoir l'aide médicale à mourir soit tributaire du fait qu'elle soit à l'approche de la mort. Ces dispositions sont attaquées parce qu'elles violeraient les articles 7 et 15 de la *Charte*.

[153] Depuis la légalisation de l'aide médicale à mourir, les exigences contestées font l'objet de maintes interprétations par des juristes et des professeurs universitaires¹⁶¹, des collègues de médecins¹⁶² ou des organisations actives dans le domaine¹⁶³, et, à une

¹⁶¹ Les auteurs Downie et Scallion concluent leur exhaustif exercice d'interprétation législative ainsi : « "Natural death has become reasonably foreseeable" **does not mean** that eligibility is limited to fatal conditions, being terminally ill, predicted survival of six or twelve months, or being "at the end of life" or "nearing the end of life." There is no temporal proximity limit on eligibility for access to MAiD in Canada. Temporal proximity can be sufficient for concluding natural death is reasonably foreseeable but it is not necessary. It is not necessary to predict the length of time the patient has remaining. "Natural death has become reasonably foreseeable" **means** that, in the professional opinion of the medical or nurse practitioner, taking into account all of the patient's medical circumstances, how or when the patient's natural death will occur is reasonably predictable ». Jocelyn DOWNIE et Kate SCALLION, « Foreseeably Unclear: The Meaning of the "Reasonably Foreseeable" Criterion for Access to Medical Assistance in Dying in Canada », (2018) 41 *Dalhousie Law Journal* 23, 56. Voir aussi Thomas M.J. BATEMAN et Matthew LeBLANC, « Dialogue on Death : Parliament and the Courts on Medically-Assisted Dying », (2018) 85 S.C.L.R. (2d) 387, 405 : « *Bill C-14's limiting clause narrows the period in which a legal MAiD regime would operate; it would require, so to speak, the shadow of death to be cast over the decision to terminate one's life* ».

¹⁶² Le Collège des médecins du Québec précise que le critère de fin de vie n'est pas incompatible avec celui de la mort naturelle raisonnablement prévisible puisque le législateur québécois n'a pas donné non plus de précision quant à un pronostic défini, afin justement de permettre de considérer la variabilité de quatre types de trajectoires de fin de vie : 1) la trajectoire de la mort subite accidentelle; 2) la trajectoire des personnes atteintes d'un cancer incurable (l'évolution de la maladie peut durer plusieurs années, mais la phase terminale est habituellement relativement prévisible et s'étale sur quelques mois); 3) la trajectoire des personnes souffrant de maladies circulatoires et respiratoires chroniques fatales (déclin graduel, sur 2 à 5 ans, ponctué par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue); 4) la trajectoire des personnes âgées et fragiles ou des personnes atteintes de démence (déclin graduel et prolongé, assez variable, jusqu'à 6 à 8 ans). Pièce PGQ-11 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et al., *L'aide médicale à mourir. Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques*, CMQ, Montréal, novembre 2017, p. 18 et Annexe I. Voir aussi la pièce P-24.2 : COLLEGE OF PHYSICIANS & SURGEONS OF NOVA SCOTIA, *Professional Standard Regarding Medical Assistance in Dying*, 14 décembre 2018, p. 5, note 9 : « *natural death will be reasonably foreseeable if a medical or nurse practitioner is of the opinion that a patient's natural death will be sufficiently soon or that the patient's cause of natural death has become predictable* ».

¹⁶³ La CAMAP (The Canadian Association of MAiD Assessors and Providers), une organisation regroupant de médecins impliqués dans l'évaluation et l'administration de l'aide médicale à mourir au Canada, a publié un guide afin d'aider les évaluateurs et praticiens à interpréter du point de vue clinique la mort naturelle raisonnablement prévisible (Pièce P-24.3 : CAMAP, *Guide de pratique clinique. Interprétation clinique de l'expression « mort naturelle raisonnablement prévisible »*, traduit par Lise Laberge et Pierre Viens).

occasion, même par la jurisprudence¹⁶⁴. Certains se montrent très critiques¹⁶⁵ alors que d'autres s'en accommodent facilement¹⁶⁶. Quoi qu'il en soit, ces exigences font à l'heure actuelle partie intégrante des régimes législatifs en vigueur et, par conséquent, du quotidien des médecins qui pratiquent l'aide médicale à mourir au Canada. Il devient donc essentiel de comprendre de quelle façon l'aide médicale à mourir se pratique dans les faits au pays afin d'analyser l'impact et les conséquences de ces exigences sur les droits fondamentaux des demandeurs.

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA

1. La pratique de l'aide médicale à mourir

[154] Il n'est évidemment pas question ici, comme ce fut le cas par le passé¹⁶⁷, d'analyser de façon théorique ou abstraite les questions et les différents aspects relatifs à l'aide médicale à mourir, ou plus largement à l'euthanasie ou à l'aide au suicide¹⁶⁸.

[155] En effet, comme l'aide médicale à mourir avant 2015 faisait l'objet d'une prohibition absolue au Canada, certains parallèles avec des régimes étrangers dans lesquels une forme d'euthanasie était permise, ou encore, la mise de l'avant d'une conception purement théorique du processus servaient d'assise factuelle au débat, laissant évidemment place à de nombreuses interprétations, idées préconçues ou conjectures.

[156] Or, depuis sa légalisation, l'aide médicale à mourir est désormais une réalité incontournable de notre société qui fait l'objet d'un processus et d'une pratique établis depuis maintenant plus de trois ans. Beaucoup mettent l'accent sur sa finalité, puisqu'il s'agit évidemment d'un acte irréversible et lourd de conséquences. Il s'agit toutefois d'un processus complet qui débute bien avant l'acte final et le passage à la mort et qui s'inscrit avant tout dans une dialectique entre le médecin, l'équipe traitante, le patient et souvent, ses proches.

¹⁶⁴ *A.B. v. Canada (Attorney General)*, 2017 ONSC 3759, par. 79 : « *what is a reasonably foreseeable death is a person-specific medical question to be made without necessarily making, but not necessarily precluding, a prognosis of the remaining lifespan* ».

¹⁶⁵ Voir plus loin l'opinion du Dr Naud.

¹⁶⁶ Voir plus loin l'opinion du Dr Rivard. Voir aussi la pièce P-24.3 : CAMAP, *Guide de pratique clinique. Interprétation clinique de l'expression « mort naturelle raisonnablement prévisible »*, traduit par Lise Laberge et Pierre Viens. Malgré les difficultés sémantiques, la CAMAP considère que « *la majorité des cliniciens, surtout médecins de famille, de soins palliatifs et d'autres ayant l'habitude de travailler avec des patients en phase terminale ou âgés, saisissent fort bien [et peuvent répondre sans hésitations] quand une mort est devenue raisonnablement prévisible. Si la question est formulée comme toute autre question clinique, son sens se précise* ».

¹⁶⁷ Voir les dossiers *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519 et *Carter*.

¹⁶⁸ Tout comme dans le jugement *Carter BCSC* et dans le Rapport de la Commission spéciale mourir dans la dignité, il faut comprendre par le terme « euthanasie » l'acte de provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande dans le but de mettre fin à ses souffrances, tandis que l'expression « aide au suicide » signifie l'acte de mettre volontairement fin à sa propre vie avec l'aide d'une personne qui en fournit les moyens ou les connaissances sur la façon de procéder, ou les deux.

[157] La compréhension de ce processus apparaît primordiale au Tribunal pour bien saisir toutes les facettes de cette procédure d'exception et permet de confronter le droit à la réalité médicale et sociale.

[158] De tous les experts entendus, seuls quatre d'entre eux détiennent réellement une connaissance concrète de la pratique de l'aide médicale à mourir au Canada et au Québec, comme médecins impliqués dans le processus. Les autres en possèdent une connaissance théorique, intellectuelle ou administrative, mais n'ont jamais participé, à quelque titre que ce soit, à son déroulement concret et à son administration.

[159] Ces quatre médecins sont les suivants. Pour les demandeurs d'abord :

- Le Dr Alain Naud, spécialiste en médecine familiale et médecin en soins palliatifs. Professeur titulaire de clinique à l'Université Laval¹⁶⁹

[160] Le Dr Naud s'implique dans le processus d'aide médicale à mourir depuis sa légalisation. Au moment de déposer son rapport, il avait fourni cette aide à environ 65 personnes et formé plusieurs médecins et professionnels dans le domaine. Il a évalué, avec d'autres spécialistes, l'admissibilité des demandes de M. Truchon et de Mme Gladu dans la présente cause. Il décrit de manière détaillée les démarches et le processus d'aide médicale à mourir, du dépôt de la demande officielle par le patient jusqu'à son administration et le suivi administratif qui s'ensuit.

[161] Le Dr Naud est très critique à l'égard de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible. Selon lui, les médecins québécois savent ce que veut dire « la fin de vie », mais ils n'ont aucune idée de la signification de la « mort naturelle raisonnablement prévisible ». Il se déclare « *confortable* »¹⁷⁰ avec l'application du critère de la fin de vie qui a plus de sens clinique et médical, même s'il n'est pas défini en termes de pronostic¹⁷¹, mais il n'est « *pas confortable* » avec celui de la mort naturelle raisonnablement prévisible¹⁷². Il est d'avis que cette exigence est impossible à interpréter, n'a aucune signification médicale ou clinique, peut être utilisée pour refuser une demande légitime ou accepter une demande non fondée, et ne concorde pas avec le critère de fin de vie de la loi québécoise¹⁷³. De plus, il considère aberrant et « *d'une totale incohérence* » le fait qu'un pronostic ne soit pas nécessaire pour conclure que la mort naturelle est raisonnablement prévisible¹⁷⁴. Il ne limite pas l'admissibilité à l'aide médicale à mourir à un pronostic de 6 mois, plusieurs de ses patients auxquels il a administré cette aide ayant un pronostic de 12 mois. Le pronostic le plus long qu'il a établi était de 18 mois¹⁷⁵.

¹⁶⁹ Pièce P-23 : Rapport d'expertise du Dr Alain Naud, médecin en médecine familiale, soins palliatifs et en aide médicale à mourir, 13 juillet 2018.

¹⁷⁰ Témoignage du Dr Naud, 9 janvier 2019, p. 219.

¹⁷¹ Pièce P-23 : Rapport d'expertise du Dr Naud, par. 127.

¹⁷² Témoignage du Dr Naud, 9 janvier 2019, p. 208, 218-220, 230.

¹⁷³ Pièce P-23 : Rapport d'expertise du Dr Naud, par. 61, 76-77, 81, 108, 112, 126.

¹⁷⁴ *Id.*, par. 77 et témoignage du Dr Alain Naud, 9 janvier 2019, p. 214-215, 218.

¹⁷⁵ Pièce P-23 : Rapport d'expertise du Dr Naud, par. 67 et 108.

[162] À l'aide d'exemples concrets et avec un grand humanisme, il a su expliquer au Tribunal, les émotions qui accompagnent inévitablement ces différentes étapes et le profond respect qu'il éprouve envers ses patients.

- Le Dr James Downar, médecin aux soins intensifs et palliatifs. Professeur au département de médecine de l'Université de Toronto¹⁷⁶

[163] Le Dr Downar, qui possède aussi une maîtrise en bioéthique, est très familier avec le processus d'aide médicale à mourir puisqu'il a administré environ une cinquantaine de demandes en Ontario depuis l'adoption de la loi fédérale. Tout comme le Dr Naud, il décrit en détails ce processus de la première demande à son administration.

- La Dre Justine Dembo, psychiatre au Sunnybrook Health Sciences Center et enseignante à l'Université de Toronto. Chercheure et auteure dans le domaine de l'aide médicale à mourir depuis 2009¹⁷⁷

[164] La Dre Dembo possède une expérience pratique dans le domaine, agissant à titre de second médecin évaluateur de la capacité à consentir dans plusieurs dossiers d'aide médicale à mourir depuis l'adoption de la loi fédérale¹⁷⁸.

[165] Du côté du procureur général du Canada ensuite,

- Le Dr Claude Rivard, médecin de médecine familiale avec une expertise en soins d'urgence, soins intensifs palliatifs et aide médicale à mourir¹⁷⁹

[166] Le Dr Rivard est le seul témoin des défendeurs pouvant éclairer le Tribunal sur la réalité concrète du déroulement du processus d'aide médicale à mourir, puisqu'il pratique activement dans ce domaine ainsi qu'en soins palliatifs. À l'audience, il estime avoir réalisé 150 évaluations et procédé à 123 aides médicales à mourir depuis décembre 2015 au Québec.

[167] Son témoignage rejoint celui du Dr Naud en ce qui a trait aux grandes étapes du processus suivi et quant au travail requis des médecins qui prodiguent l'aide médicale à mourir. Leurs divergences portent surtout sur l'interprétation et l'application, dans les faits, de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

[168] En effet, les exigences de la mort naturelle raisonnablement prévisible et de la fin de vie sont synonymes pour le Dr Rivard¹⁸⁰. Il associe la mort naturelle raisonnablement prévisible au fait pour le patient d'entrer dans une phase préterminale (décès dans 3 à 6

¹⁷⁶ Pièce P-25 : Rapport d'expertise du Dr James Downar. Il est à noter qu'au moment de son témoignage à l'audience, le Dr Downar travaillait comme chef des soins palliatifs à l'Université d'Ottawa et membre des soins critiques à Ottawa.

¹⁷⁷ Pièce P-24 : Rapport d'expertise de la Dre Justine Dembo, psychiatre, 9 juin 2018.

¹⁷⁸ La Dre Dembo relate qu'elle a besoin d'environ deux heures et parfois plus pour l'évaluation de la capacité du patient.

¹⁷⁹ Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Claude Rivard, médecin de famille, 22 décembre 2017 et curriculum vitae à jour.

¹⁸⁰ Témoignage du Dr Rivard, 14 janvier 2019, p. 43 et 46. Il utilise même l'expression « blanc bonnet, bonnet blanc » pour les décrire.

mois) ou terminale (décès dans le mois qui suit) de la maladie¹⁸¹. Puisqu'il estime difficile pour un clinicien d'évaluer au-delà de 6 mois une fin de vie qui approche, il est d'avis « *qu'un patient qui a un taux de survie supérieur à 6 mois n'est pas en fin de vie et son décès n'est pas raisonnablement prévisible* »¹⁸². Sa pratique semble toutefois avoir évolué et il ne limite plus l'administration de l'aide médicale à mourir aux patients en phase terminale¹⁸³. Ainsi, même s'il se déclare à l'aise d'administrer l'aide médicale à mourir dans des cas de pronostic de 6 mois ou moins, il reconnaît qu'un déclin accéléré de la maladie peut rendre admissibles à l'aide médicale à mourir des patients dont l'espérance de vie peut aller jusqu'à 18 mois¹⁸⁴.

[169] Dr Rivard a lui aussi évalué M. Truchon et Mme Gladu dans le cadre du présent dossier. Il fait preuve de beaucoup de franchise dans son témoignage et explique avec clarté les raisons pour lesquelles il s'oppose à ce que l'exigence législative contestée soit écartée du processus d'aide médicale à mourir.

[170] Le Tribunal reviendra sur plusieurs pans des témoignages de ces experts dans le cadre de l'analyse de la preuve portant sur l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible en lien avec les objectifs législatifs en cause. Cela dit, en ce qui a trait à la façon dont l'aide médicale à mourir est reçue, évaluée et administrée le cas échéant, ces experts se révèlent unanimes : il s'agit d'un processus très rigoureux et réfléchi, qui requiert la collaboration de plusieurs professionnels de la santé à différentes étapes, un processus qui demande du temps, de l'écoute, une bonne évaluation de la situation et, surtout, une approche axée sur la personne, le tout conformément aux dispositions législatives fédérales¹⁸⁵ et provinciales¹⁸⁶.

[171] En ce sens, bien qu'il puisse bien sûr exister certaines particularités, la description faite par ces médecins apparaît cohérente, et somme toute très semblable. Voici comment la pratique s'articule.

1.1 Provenance des demandes d'aide médicale à mourir

[172] Les demandes que traitent les médecins qui pratiquent l'aide médicale à mourir ne tombent pas du ciel. La très grande majorité provient de personnes déjà hospitalisées dans l'établissement où ceux-ci exercent. Les autres émanent de patients traités en centre de soins, en cliniques ou à domicile mais qui ont un suivi médical établi avec eux ou avec un médecin traitant lié à l'établissement.

[173] Pour illustrer ce propos, environ 70% des demandes que le Dr Naud reçoit, émanent de patients déjà en soins palliatifs au CHUL de Québec et environ 30% de patients d'ailleurs dans l'établissement, comme par exemple, des départements de cardiologie, d'oncologie ou de neurologie et qui refusent les soins palliatifs.

¹⁸¹ Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard, par. 21.

¹⁸² *Id.*, par. 42.

¹⁸³ Témoignage du Dr Rivard, 14 janvier 2019, p. 76.

¹⁸⁴ *Id.*, p. 78.

¹⁸⁵ Art. 241.2(3) et suiv. C.cr.

¹⁸⁶ Art. 29 et suiv. de la loi québécoise.

[174] Ces patients, bien connus des professionnels de l'établissement et plus particulièrement des médecins, infirmières, pharmaciens, psychologues, ergothérapeutes et travailleurs sociaux, possèdent souvent un imposant passé médical et leur dossier fait état de leur cheminement dans la maladie qui les afflige. En ce sens, et comme en témoigne le Dr Rivard, une demande d'aide médicale à mourir formulée par un patient inconnu de l'établissement, et qui serait faite à l'urgence par exemple, n'aurait aucune chance d'être considérée.

[175] Il revient par la suite au médecin qui reçoit la demande d'aide médicale à mourir de vérifier si le patient répond aux exigences de la loi. Pour ce faire, il doit, bien sûr, utiliser son jugement clinique qui l'oblige à évaluer la situation globale du patient plutôt que de se fier au diagnostic officiel reçu. Cette évaluation demeure exigeante. De plus, en cas de réponse positive, un second médecin évaluera à son tour l'admissibilité du patient, de manière indépendante, au moyen d'un avis écrit afin de confirmer le tout, le cas échéant¹⁸⁷.

1.2 Les étapes de l'évaluation

[176] Avant toute chose, le médecin vérifie la demande écrite d'aide médicale à mourir datée et signée par la personne malade devant témoins¹⁸⁸. Il procède ensuite à l'analyse complète du dossier médical du patient, ce qui peut prendre plusieurs heures¹⁸⁹. Le dossier fournit en effet beaucoup d'informations sur le diagnostic de base, l'évolution de la maladie, les conditions médicales associées, les traitements passés et présents, les résultats de tests et d'imagerie, l'opinion d'autres collègues, ainsi que des données relatives à l'environnement humain du patient, à son état psychologique et émotif¹⁹⁰. Parfois, les traitements en cours et les dosages prescrits permettent d'évaluer la souffrance vécue par le patient¹⁹¹.

[177] Dans la presque totalité des cas, il appert que l'aide médicale à mourir a déjà été abordée et discutée entre le patient et plusieurs intervenants comme le médecin traitant, le médecin de soins palliatifs, des spécialistes, des infirmières, des travailleurs sociaux ou des intervenants en soins spirituels¹⁹².

[178] Le médecin rencontre ensuite le patient seul ou en présence de ses proches. Il s'agit essentiellement de vérifier la condition du malade, la progression de la maladie,

¹⁸⁷ Art. 241.2(3)e) et f) C.cr.; Art. 29 al. 2 de la loi québécoise. Un formulaire à cette fin a également été établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

¹⁸⁸ Art. 241.2(3) (b) et c) C.cr.; Art. 26 al. 2 et 3 de la loi québécoise.

¹⁸⁹ Le Dr Naud témoigne qu'il prend en moyenne entre 2,5 et 5 heures. Témoignage du Dr Naud, 13 février 2019, p. 7. Il a pris plus de 10 heures à analyser le dossier de Mme Gladu. Voir aussi le témoignage du Dr Downar sur tous les éléments dont il tient compte dans l'évaluation de la capacité d'un patient. Témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 88-92.

¹⁹⁰ Pièces P-23 : Rapport d'expertise du Dr Naud, par. 17 et suiv. et PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard, par. 16 et suiv.

¹⁹¹ Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard, par. 20.

¹⁹² Pièce P-23 : Rapport d'expertise du Dr Naud, par. 17.

son niveau de souffrance, les raisons et motivations qui l'amène à faire une demande d'aide médicale à mourir et d'évaluer du même coup, l'aptitude du patient à consentir.

[179] Cette étape s'avère importante, voire cruciale, puisqu'au-delà du contenu du dossier médical, le contact humain, l'écoute des motivations et l'expression du degré de souffrances vécues permettent au médecin de mieux comprendre la situation du patient, de saisir ses valeurs, ses convictions et aussi ses peurs.

[180] Les experts font état que dans la presque totalité des rencontres, les patients parlent spontanément des multiples souffrances psychiques et physiques qu'ils ne peuvent plus endurer, de leur perte d'autonomie et de dignité, expriment la peur qu'ils éprouvent à l'idée d'agoniser, de mourir étouffés ou dans des souffrances non contrôlées. Ils soulignent qu'ils ont beaucoup lutté mais sont rendus au bout de leur route, que le temps qu'il reste n'a plus aucun sens pour eux, qu'ils n'en peuvent plus de souffrir. L'aplomb, la lucidité et la détermination manifestés par ces patients ont été rapportés avec beaucoup d'empathie et de discernement tant par le Dr Rivard que par le Dr Naud.

[181] Dans le cadre de leur évaluation, les médecins ont l'obligation de s'assurer que la personne fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pression extérieure et qu'elle consent de manière éclairée à la recevoir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs¹⁹³. Ils s'entretiennent même régulièrement avec les membres de la famille ou de l'entourage proche du patient afin de vérifier ces aspects.

[182] Tous les médecins impliqués se disent pleinement en mesure d'évaluer l'aptitude des patients qui formulent une demande d'aide médicale à mourir. Celle-ci s'établit de façon continue tout au long du processus. Le patient est avisé qu'il doit rester apte jusqu'à la fin et qu'il peut retirer sa demande ou changer d'avis en tout temps.

[183] Par la suite, il arrive que le médecin discute plus à fond avec le médecin traitant ou l'équipe médicale pour vérifier ou confirmer certains éléments. Il lui reste ensuite à tenter de déterminer si la mort naturelle du patient apparaît raisonnablement prévisible ou d'évaluer sa trajectoire de fin de vie en fonction de sa condition clinique.

1.3 L'administration de l'aide médicale à mourir

[184] Une fois toutes ces étapes franchies, et que le patient devient admissible suite à l'avis du second médecin, arrive l'ultime étape de l'administration de l'aide médicale à mourir. Il s'agit sans l'ombre d'un doute d'un moment qui comporte une charge émotive énorme pour toutes les personnes impliquées : le patient, sa famille, son entourage, le médecin qui l'administre et l'équipe traitante.

[185] Les experts, en partageant leur expérience avec le Tribunal, ont su transmettre à quel point cette étape est empreinte de sérénité, de paix et parfois même, d'humour. Ils la décrivent systématiquement comme une délivrance pour la personne malade et un

¹⁹³ Art. 241.2(1)d) C.cr.

moment de grande émotion pour les proches qui, eux aussi, vivent depuis des mois, voire des années parfois, la maladie, le déclin et la souffrance de leur proche.

[186] En général, c'est le patient qui fixe la date de la procédure. Il détermine le moment et qui sera présent. Le Dr Naud arrive au moins une heure avant l'heure convenue afin de rassurer le patient qu'il est bien là, de vérifier si le patient a changé d'avis et de rencontrer la famille pour leur expliquer le déroulement de la procédure. Il témoigne que la plus grosse crainte des patients à cette étape réside dans le fait que le médecin ne se présente pas ou qu'il arrive quelque chose qui aurait comme conséquence de reporter la procédure.

[187] Le médecin laisse alors le patient avec sa famille et ses proches et revient quelques minutes avant le moment convenu. Le consentement du patient est ensuite encore une fois vérifié et en général, ce dernier dit spontanément qu'il est prêt.

[188] La procédure d'injection se déroule en trois phases : la première vise à endormir le patient et dure environ 8 minutes. La seconde vise à le plonger dans un état de coma profond comme lors d'une chirurgie et la troisième paralyse la musculature et provoque l'arrêt respiratoire. « *Le patient [...] n'a aucune souffrance, aucune détresse, aucune sensation de ça* »¹⁹⁴. « *[C]'est plus facile pour la famille au niveau du deuil aussi parce qu'il y a pas eu d'agonie* »¹⁹⁵.

[189] Une fois l'arrêt cardiaque constaté, le médecin ausculte le patient et prononce le décès. Il sort généralement de la pièce pour permettre aux proches de vivre entre eux ce moment et revient une vingtaine de minutes plus tard. Les médecins entendus témoignent du fait qu'il s'agit d'un grand moment d'émotion, un moment d'une grande humanité.

1.4 Les formalités administratives à la fin du processus d'AMM

[190] L'administration de médicaments ou de substances entraînant le décès du patient ne signifie pas la fin du travail pour le médecin. Une partie administrative d'environ 2 à 3 heures de travail s'ensuit. Ce dernier volet sur lequel seul le Dr Naud a témoigné, implique la documentation du processus à partir de la demande formelle d'aide médicale à mourir jusqu'au décès, conformément à la réglementation provinciale et fédérale.

[191] Dans les 10 jours qui suivent, le médecin doit remplir, verser au dossier de la personne¹⁹⁶ et transmettre à plusieurs instances¹⁹⁷ le Formulaire de déclaration de

¹⁹⁴ Témoignage du Dr Naud, 13 février 2019, p. 112.

¹⁹⁵ Témoignage du Dr Rivard, 14 janvier 2019, p. 106.

¹⁹⁶ Art. 32 de la loi québécoise.

¹⁹⁷ À la Commission sur les soins de fin de vie, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou au Collège des médecins du Québec si le médecin ne détient pas de privilèges dans l'établissement concerné.

l'administration d'une aide médicale à mourir conçu par le ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁹⁸. Depuis peu, il doit aussi remplir un formulaire fédéral.

[192] Le formulaire provincial comporte trois parties détaillant le processus.

[193] Dans la première partie, le médecin doit :

- a) inscrire des renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir (la date de naissance, le sexe, la validité de la carte d'assurance);
- b) attester l'utilisation du formulaire de demande d'aide médicale à mourir (la date, la signature, la présence d'un professionnel de la santé);
- c) détailler l'état de santé du patient : le diagnostic principal et les comorbidités significatives, l'estimation du pronostic vital, la nature et la description des incapacités, la nature et la description des souffrances physiques ou psychiques ainsi que leur caractère constant et insupportable, les raisons pour lesquelles les souffrances ne pouvaient être apaisées dans des conditions que la personne jugeait tolérables;
- d) détailler le processus décisionnel : les raisons permettant de conclure à l'aptitude de la personne selon les critères cliniques reconnus, en tenant compte de sa condition, la vérification du caractère éclairé de la demande en s'assurant que la personne a bien été informée de plusieurs éléments dont son diagnostic, son pronostic, les autres options de fin de vie, les vérifications effectuées pour s'assurer du caractère libre de la demande, la vérification de la persistance des souffrances et de la volonté réitérée de la personne, l'entretien avec l'équipe de soins en contact régulier avec la personne, le souhait de la personne que le médecin s'entretienne avec ses proches, les démarches effectuées pour donner à la personne l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter, l'avis du second médecin consulté confirmant l'admissibilité à l'aide médicale à mourir;
- e) fournir des renseignements relatifs au décès : la date de l'administration de l'aide médicale à mourir, la date, l'heure et le lieu du décès¹⁹⁹.

[194] La seconde partie du formulaire porte sur les renseignements relatifs au médecin qui administre l'aide médicale à mourir : sa spécialité et sa relation thérapeutique avec la personne, le protocole médicamenteux suivi et la relation avec le pharmacien.

¹⁹⁸ *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin*, RLRQ, c. S-32.0001, r. 1, art. 5.

¹⁹⁹ *Id.*, art. 3.

[195] Enfin, la troisième partie du formulaire contient les renseignements permettant d'identifier le médecin administrant et le second médecin, ainsi que des renseignements permettant à ces derniers d'identifier la personne ayant reçu l'aide médicale à mourir²⁰⁰.

[196] Le médecin doit transmettre une copie de toutes les parties du formulaire au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens s'il exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement²⁰¹ ou au Collège des médecins du Québec s'il exerce dans un cabinet privé de professionnel²⁰². Il doit également transmettre une copie des parties 1 et 3 du formulaire à la Commission sur les soins de fin de vie²⁰³.

[197] Dans chaque cas d'aide médicale à mourir la Commission vérifie à partir des informations reçues, si le médecin a rempli ses obligations prévues à l'article 29 de la loi²⁰⁴.

[198] Depuis l'entrée en vigueur du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*²⁰⁵ le 1^{er} novembre 2018, le médecin québécois qui administre l'aide médicale à mourir doit également suivre la réglementation fédérale en matière de collecte de renseignements et de surveillance. Ainsi, dans les 30 jours suivant le décès, il doit soumettre au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux des informations relatives au patient, au médecin et à la demande d'aide médicale à mourir.

[199] Dans le but d'alléger la charge administrative des médecins et d'éviter de remplir deux formulaires distincts, un formulaire électronique unique de déclaration des informations relatives à l'aide médicale à mourir requises tant par la législation québécoise que par la réglementation fédérale a été conçu et adopté en collaboration avec la Commission sur les soins de fin de vie²⁰⁶.

²⁰⁰ *Id.*, art. 2(2) et 4.

²⁰¹ Art. 34 de la loi québécoise.

²⁰² Art. 36 de la loi québécoise.

²⁰³ Art. 46 de la loi québécoise; *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin*, RLRQ, c. S-32.0001, r. 1, art. 1.

²⁰⁴ *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin*, RLRQ, c. S-32.0001, r. 1, art. 9. La Commission estime que 96% des aides médicales à mourir pour lesquelles une décision a été rendue ont été administrées conformément aux exigences de la loi québécoise. Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 44-45.

²⁰⁵ DORS/2018-166 (Gaz. Can. II), adopté en vertu de l'art. 241.31 C.cr.

²⁰⁶ Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 54.

1.5 Les données recueillies depuis la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir

- **Au Québec**

[200] Le Collège des médecins du Québec doit, chaque année, préparer un rapport sur l'aide médicale à mourir administrée par les médecins qui exercent dans un cabinet privé de professionnel. Ce rapport annuel²⁰⁷ doit être transmis à la Commission sur les soins de fin de vie et doit indiquer le nombre d'aides médicales à mourir administrées par ces médecins à domicile ou dans une maison de soins palliatifs²⁰⁸.

[201] La Commission sur les soins de fin de vie doit soumettre au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport annuel de ses activités et un rapport quinquennal sur l'ensemble de la situation des soins de fin de vie au Québec²⁰⁹. Le ministre dépose ensuite ces rapports devant l'Assemblée nationale²¹⁰.

[202] La Commission a produit trois rapports annuels de ses activités pour les périodes 10 décembre 2015 – 30 juin 2016²¹¹, 1^{er} juillet 2016 – 30 juin 2017²¹² et 1^{er} juillet 2017 – 31 mars 2018²¹³.

[203] En avril dernier, après la mise en délibéré de la présente affaire, la Commission a déposé à l'Assemblée nationale son premier rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec depuis l'entrée en vigueur de la loi québécoise jusqu'au 31 mars 2018²¹⁴. La production de ce rapport a fait l'objet d'une objection par les procureurs généraux. L'objection est rejetée. La production en preuve est permise, tel que détaillé à la section « Objections » du présent jugement.

[204] Selon les données colligées²¹⁵ par la Commission, depuis sa légalisation au Québec, l'aide médicale à mourir a été administrée à 1632 personnes²¹⁶. Ce nombre est détaillé par trimestre, ce qui permet à la Commission de constater que « le nombre de

²⁰⁷ Jusqu'au 10 décembre 2017, le rapport devait être transmis tous les six mois selon l'art. 73 al. 2 de la loi québécoise.

²⁰⁸ Art. 37 de la loi québécoise.

²⁰⁹ Art. 42 al.1(4) et al. 3 de la loi québécoise.

²¹⁰ Art. 43 de la loi québécoise.

²¹¹ Pièce P-27 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport annuel d'activités : 10 décembre 2015 – 30 juin 2016*, Québec, Gouvernement du Québec, 2016.

²¹² Pièce P-28 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport annuel d'activités : 1^{er} juillet 2016 – 30 juin 2017*, Québec, Gouvernement du Québec, 2017.

²¹³ Pièce P-37 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport annuel d'activités : 1^{er} juillet 2017 – 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2018.

²¹⁴ L'obligation de la Commission de transmettre ce rapport est prévue à l'article 75 de la loi provinciale.

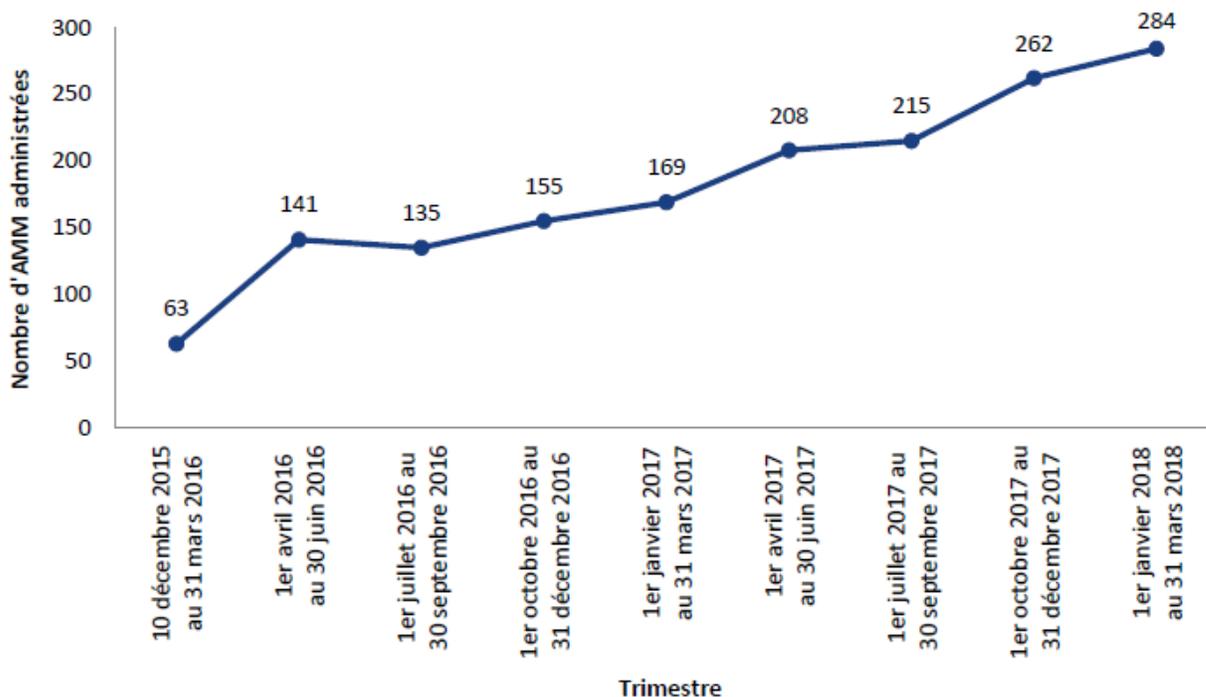
²¹⁵ La Commission compile les données à partir des formulaires de déclaration transmis directement à la Commission et des renseignements transmis par les établissements et le Collège des médecins du Québec.

²¹⁶ Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 31.

personnes qui ont reçu l'AMM est en croissance depuis l'entrée en vigueur de la Loi. En 2017, le nombre d'AMM administrées a augmenté de 73% par rapport à 2016 »²¹⁷ :

Figure 6.1

Nombre d'AMM administrées selon le trimestre



[205] Selon la Commission, cette forte croissance du nombre des cas d'aide médicale à mourir est signe d'acceptabilité sociale²¹⁸.

[206] Rapportés au nombre total de décès survenus au Québec entre janvier 2016²¹⁹ et mars 2018, les décès par l'aide médicale à mourir représentent 1,09%, « passant de 0,77% en 2016 à 1,29% en 2017 »²²⁰ :

²¹⁷ *Id.*

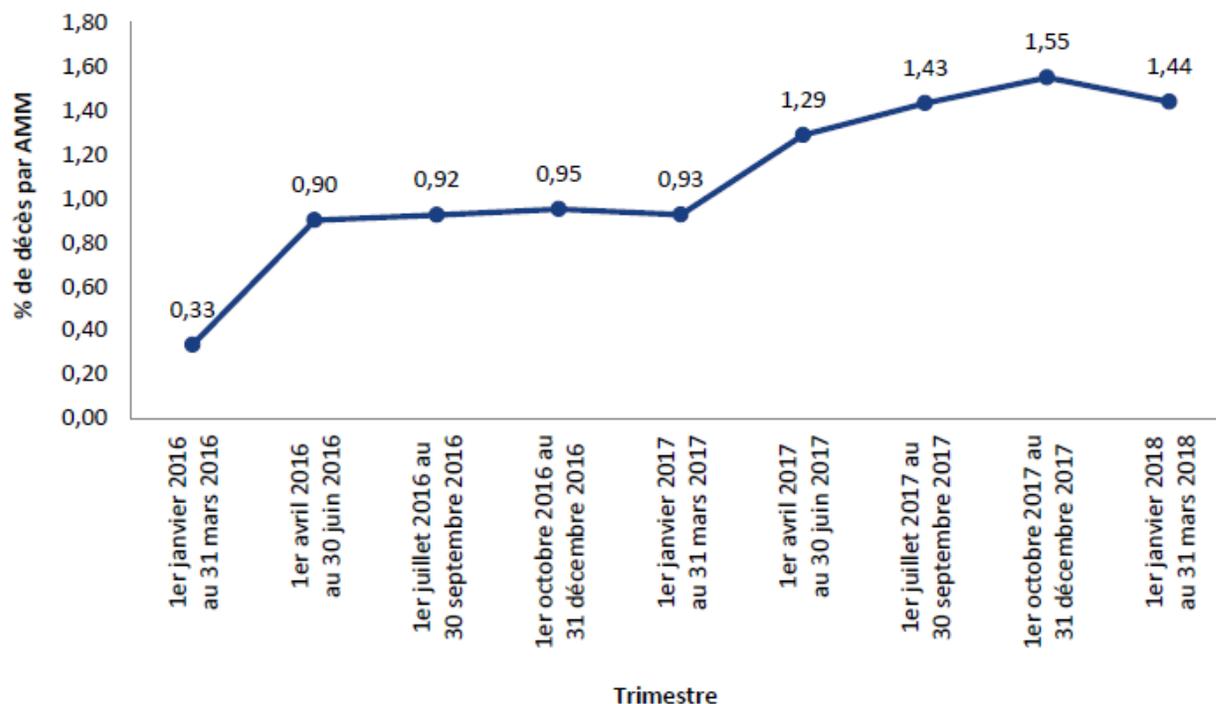
²¹⁸ *Id.*, p. 53.

²¹⁹ La Commission note l'absence de données pour la période du 10 au 31 décembre 2015.

²²⁰ Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 33.

Figure 6.3

Proportion de décès par AMM selon le trimestre



[207] La Commission compare ces chiffres avec la situation au Canada et en Belgique²²¹. Elle constate que pour la période susmentionnée, la proportion des décès par aide médicale à mourir au Québec est « *légèrement supérieure à celle rapportée dans l'ensemble du Canada [...] et légèrement inférieure à celle observée en Belgique* »²²².

[208] Plus précisément, au Canada, depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale en juin 2016, les décès par aide médicale à mourir se situent entre 0,6% - 0,9% pour la période juin 2016 - juin 2017 et à 1,07% entre juillet et décembre 2017²²³. En Belgique, seize ans après la légalisation de l'euthanasie, la proportion de décès survenus de cette manière était de 1,9% en 2016 et de 2,1% en 2017²²⁴.

[209] Citant une étude publiée en 2016, la Commission précise que « *[d]e façon générale, la proportion de décès par euthanasie ou par suicide médicalement assisté varie entre 0,3% et 4,6% dans les pays où ces actes sont permis* »²²⁵.

²²¹ La législation belge en matière d'euthanasie ayant « *le plus d'affinités avec celle du Québec* ». *Id.*, p. 8.

²²² *Id.*, p. 33.

²²³ *Id.*, p. 33, citant la pièce P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018.

²²⁴ *Id.*, p. 33, citant le *Huitième rapport aux Chambres législatives, années 2016-2017* de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie de la Belgique.

²²⁵ *Id.*, p. 33 et note 38.

[210] Le rapport de la Commission fournit également des données descriptives concernant les personnes qui ont reçu l'aide médicale à mourir au Québec, et ce, toujours dans une approche comparative avec le Canada et la Belgique. Les caractéristiques suivantes servent de critères pour la compilation des données indiquées aux formulaires de déclaration :

- a) le sexe et l'âge : les hommes représentent 53% et les femmes 46%. La grande majorité des personnes ayant reçu l'aide médicale à mourir étaient âgées de 60 à 89 ans. Ces données sont similaires à celles rapportées au Canada et en Belgique²²⁶;
- b) le diagnostic principal : 78% des personnes étaient atteintes d'un cancer (comparativement à 63% au Canada et à 65% en Belgique), 10% d'une maladie neurodégénérative (similaire au Canada), 6% d'une maladie pulmonaire, 4% d'une maladie cardiaque ou vasculaire, les autres 3% incluant des maladies rénales, hépatiques, digestives, auto-immunes et inflammatoires²²⁷. La Commission explique le pourcentage légèrement supérieur au Québec en ce qui concerne le cancer comme diagnostic principal par le fait que « *seules les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable sont admissibles à l'AMM au Québec alors que l'AMM est aussi permise pour les personnes souffrant d'affections ou de handicaps graves et incurables au Canada et en Belgique* »²²⁸;
- c) le pronostic vital : 41% des personnes avaient un pronostic vital estimé de 3 mois ou moins, 24% de 1 mois ou moins, 14% de 2 semaines ou moins, 11% de 6 mois ou moins, 7% avaient des pronostics en termes qualitatifs allant de quelques jours à quelques mois, 3% de 1 an ou moins, 1% de plus d'un an, mais selon l'ensemble des renseignements, la Commission était d'avis que ces personnes étaient en fin de vie²²⁹. Cela permet à la Commission d'affirmer que « *la très grande majorité (90%) des personnes qui ont reçu l'AMM avaient un pronostic vital estimé à 6 mois ou moins et la grande majorité (79%) à 3 mois ou moins* »²³⁰;
- d) les incapacités découlant de la maladie grave et incurable sont décrites de manière très variable d'un formulaire à l'autre, sur un spectre allant de l'incapacité à faire des activités domestiques à la dépendance totale pour les activités de la vie quotidienne et à l'alitement complet. La Commission constate que les « *incapacités les plus fréquemment rapportées sont liées à la*

²²⁶ *Id.*, p. 34-35.

²²⁷ *Id.*, p. 35-36.

²²⁸ *Id.*, p. 36.

²²⁹ Uniquement dans le premier rapport annuel des activités de la Commission, les membres étaient d'avis que l'exigence de la fin de vie n'a pas été respectée dans deux cas. Pièce P-27 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport annuel d'activités : 10 décembre 2015 – 30 juin 2016*, Québec, Gouvernement du Québec, 2016, p. 19.

²³⁰ Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 36.

mobilité (par exemple paralysie), aux transferts et aux déplacements (par exemple incapacité de sortir de chez soi, incapacité à marcher plus de quelques pas ou quelques mètres sans assistance, incapacité à réaliser seule ses transferts, alitement la majeure partie du temps), à l'élimination (par exemple incontinence urinaire ou fécale), à l'hydratation et à l'alimentation (par exemple différents niveaux de dysphagie allant jusqu'à la nécessité d'être nourrie par gavage) ainsi qu'aux difficultés respiratoires (par exemple dyspnée, dépendance à l'oxygène) »²³¹;

- e) les souffrances varient d'une personne à l'autre et la manière de les rapporter varie également d'un médecin à l'autre. La Commission précise qu'il « est possible qu'une personne ait pu présenter des souffrances qui n'ont pas été consignées dans le formulaire »²³². Toutefois, la présence à la fois des souffrances physiques et psychiques est rapportée dans 89% des cas, alors que seules des souffrances physiques sont indiquées dans 6% des formulaires et uniquement des souffrances psychiques dans 5% des formulaires transmis à la Commission. La Commission compare ces données avec la situation en Belgique, où « 57% des personnes qui ont reçu l'euthanasie en 2015-2016 présentaient des souffrances à la fois physiques et psychiques, 38% seulement des souffrances physiques et 5% seulement des souffrances psychiques »²³³. Les souffrances physiques les plus fréquemment mentionnées dans les formulaires sont : la douleur, la dyspnée ou détresse respiratoire, les nausées ou les vomissements, l'inconfort et la douleur associés à des symptômes, à des complications ou à des interventions visant à les soulager. Les principales souffrances psychiques rapportées « rejoignent les souffrances psychologiques, sociales et existentielles » comme la perte du sens de la vie, l'impossibilité de réaliser des activités significatives, la perte de la dignité, la perte d'autonomie, la perte de contrôle, la dépendance par rapport aux autres, la perception d'être un fardeau pour ses proches, la perte de qualité de vie, l'appréhension relativement « à la façon dont la mort surviendra (par exemple peur de perdre davantage d'autonomie, peur d'être relocalisée en CHSLD, peur de perdre ses facultés cognitives, peur de mourir étouffée, crainte ou refus de vivre l'agonie) »²³⁴.

[211] Depuis le mois de juin 2017, la Commission sur les soins de fin de vie doit également analyser les motifs de rejet des demandes d'aide médicale à mourir, et ce, rétroactivement depuis le 10 décembre 2015²³⁵. Or, ces données se trouvent uniquement dans les dossiers des patients qui ont demandé l'aide médicale à mourir. La Commission a donc sollicité la collaboration des établissements détenant ces renseignements. Toutefois, il est impossible pour la Commission d'obtenir des informations relatives aux

²³¹ *Id.*, p. 37.

²³² *Id.*

²³³ *Id.*, p. 37 et note 44.

²³⁴ *Id.*, p. 38.

²³⁵ Pièce P-37 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport annuel d'activités : 1^{er} juillet 2017 – 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2018, p. 13.

demandes verbales d'aide médicale à mourir, ou encore aux demandes adressées à un médecin exerçant dans un cabinet privé de professionnel.

[212] Dans ce contexte, la Commission souligne que les données doivent s'interpréter avec prudence vu la compilation rétrospective et la proportion allant jusqu'à 16% de données manquantes. L'implantation du formulaire électronique unique facilitera à l'avenir la collecte de ce type de données²³⁶.

[213] Selon les renseignements reçus des établissements, entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2018, 830 demandes d'aide médicale à mourir ont été formulées officiellement par écrit et refusées. Cela représente 34% du nombre total des 2462 demandes d'aide médicale à mourir au Québec pour la période visée²³⁷.

[214] Les principaux motifs de refus s'établissent ainsi : les conditions d'admissibilité n'étaient pas réunies au moment de la demande (23%), la personne était admissible au moment de la demande, mais elle a cessé de l'être en cours de processus (20%), la personne a changé d'avis (20%), la personne est décédée avant la fin du processus d'évaluation (20%) ou avant l'administration de l'aide médicale à mourir (8%)²³⁸.

Tableau 7.2

Nombre et proportion de demandes d'AMM non administrées selon le motif

Motif de la non-administration de l'AMM	n	%
La personne ne répondait pas aux conditions d'admissibilité au moment de la demande d'AMM	191	23
La personne est décédée avant la fin du processus d'évaluation	168	20
La personne a retiré sa demande ou a changé d'avis	167	20
La personne répondait aux conditions d'admissibilité au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation	164	20
La personne est décédée avant l'administration de l'AMM	67	8
Autre*	48	6
Non disponible	4	<1
Pas de réponse	21	3
Total	830	100

* Les autres motifs sont une détérioration rapide de l'état de la personne ou une détresse respiratoire ayant conduit à une modification de l'option thérapeutique (n = 8); la personne n'était pas apte à consentir aux soins, mais les renseignements transmis ne permettent pas de savoir si c'était au moment de la demande ou en cours de processus (n = 8); la personne a été transférée d'établissement ou a quitté la région et les renseignements transmis ne permettent pas de savoir ce qu'il est advenu de la demande puisque celle-ci n'a pas été rapportée par un autre établissement et n'a pas été administrée (n = 8); une autre option thérapeutique a été choisie, sans précision additionnelle (n = 5); le médecin n'était pas disponible pour administrer l'AMM (n = 2); inconnu de l'établissement ou autre non précisé (n = 17).

²³⁶ Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 55.

²³⁷ *Id.*, p. 56.

²³⁸ *Id.*, p. 61.

[215] Selon les données présentées au tableau 7.2 du rapport, la Commission estime qu'un peu moins de 400 personnes potentiellement admissibles à l'aide médicale à mourir l'ont demandée, mais ne l'ont pas reçue²³⁹.

[216] Pour les personnes non admissibles à l'aide médicale à mourir au moment de la demande, le critère de la fin de vie constitue le principal obstacle. En effet, la personne n'était pas considérée en fin de vie dans 51% des cas. Les pourcentages pour les autres conditions d'admissibilités non remplies sont : 30% pour l'inaptitude à consentir aux soins, 25% pour l'absence de souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables, 19% pour l'absence d'une maladie grave et incurable et 18% pour l'absence d'un déclin avancé et irréversible des capacités²⁴⁰.

- **Au fédéral**

[217] L'article 13 du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*²⁴¹ prévoit l'obligation du ministre fédéral de la Santé de publier au moins une fois par année un rapport fondé sur les données recueillies dans l'ensemble du pays. Ce rapport doit contenir des renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir, notamment le nombre de demandes, les caractéristiques des patients, les raisons du refus, y compris les critères d'admissibilité non remplis etc., ce qui permettra la confection d'un tableau plus complet de la pratique de l'aide médicale à mourir au Canada. Cette disposition présentement non en vigueur le deviendra à partir du 1^{er} novembre 2019²⁴².

[218] L'implantation à l'automne 2018 de ce système de surveillance pancanadien est précédée par la publication de trois rapports intérimaires préparés par Santé Canada à partir des données transmises par les gouvernements provinciaux. Les rapports intérimaires colligent les données relatives à l'aide médicale à mourir au Canada par trois périodes de 6 mois : du 17 juin au 31 décembre 2016 (1^{er} rapport intérimaire²⁴³), du 1^{er} janvier au 30 juin 2017 (2^e rapport intérimaire²⁴⁴) et du 1^{er} juillet au 31 décembre 2017 (3^e rapport intérimaire²⁴⁵).

[219] Selon ces données, les décès attribuables à l'aide médicale à mourir au Canada se détaillent ainsi :

- a) 17 juin - 31 décembre 2016 : 803 cas, représentant moins de 0,6% de tous les décès au Canada²⁴⁶;

²³⁹ *Id.*

²⁴⁰ *Id.*, p. 62.

²⁴¹ DORS/2018-166 (Gaz. Can. II).

²⁴² *Id.*, art. 17(2).

²⁴³ Pièce P-29 : SANTÉ CANADA, *Premier rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, avril 2017.

²⁴⁴ Pièce P-30 : SANTÉ CANADA, *Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, octobre 2017.

²⁴⁵ Pièce P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018.

²⁴⁶ Pièce P-29 : SANTÉ CANADA, *Premier rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, avril 2017.

- b) 1^{er} janvier - 30 juin 2017 : 1179 cas, ce qui représente une augmentation de 46% par rapport à la période précédente et 0,9% du total des décès survenus au Canada²⁴⁷;
- c) 1^{er} juillet - 31 décembre 2017 : 1525 cas, ce qui représente une hausse de 29,3% par rapport à la période précédente et 1,07% de tous les décès au Canada²⁴⁸.

[220] Lorsqu'on prend en considération les cas d'aide médicale à mourir administrés au Québec immédiatement après l'entrée en vigueur de la loi québécoise, le nombre total des cas d'aide médicale à mourir au Canada entre le 10 décembre 2015 et le 31 décembre 2017 s'élève à 3 714²⁴⁹.

[221] Malgré la tendance croissante du nombre de cas au Canada, le pourcentage « *reste semblable à celui des autres régimes internationaux d'aide à mourir où de 0,3% à 4% du total des décès sont attribuables à l'aide à mourir* »²⁵⁰. À titre de comparaison, des données provenant des Pays-Bas (3,75% en 2015), la Belgique (1,83% en 2015) et l'Oregon (0,37% en 2016) se trouvent dans le 1^{er} rapport intérimaire²⁵¹.

[222] Tel que mentionné précédemment, les caractéristiques relatives à l'âge, au sexe, au diagnostic des personnes recevant l'aide médicale à mourir au Canada apparaissent similaires à celles rapportées au Québec.

[223] L'âge des Canadiens s'étant prévalu de cette aide se situe entre 56 et 90 ans, la moyenne d'âge s'établissant à environ 73 ans²⁵². La répartition par le sexe des patients s'équivaut, à savoir 49% hommes et 51% femmes²⁵³.

[224] Comme au Québec (78%) et à l'étranger (76,9% en Oregon, 69% en Belgique et 68% aux Pays-Bas), le cancer représente la condition médicale la plus fréquemment mentionnée, totalisant 65% de tous les cas d'aide médicale à mourir au Canada²⁵⁴.

²⁴⁷ Pièce P-30 : SANTÉ CANADA, *Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, octobre 2017, p. 5 et 8.

²⁴⁸ Pièce P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018, p. 5, 8 et 9.

²⁴⁹ *Id.*, p. 5 et 8.

²⁵⁰ *Id.*, p. 9.

²⁵¹ Pièce P-29 : SANTÉ CANADA, *Premier rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, avril 2017.

²⁵² Pièces P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018, p. 9; P-30 : SANTÉ CANADA, *Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, octobre 2017, p. 8; P-29 : SANTÉ CANADA, *Premier rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, avril 2017.

²⁵³ Pièces P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018, p. 9; P-30 : SANTÉ CANADA, *Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, octobre 2017, p. 6; P-29 : SANTÉ CANADA, *Premier rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, avril 2017.

²⁵⁴ Pièce P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018, p. 10.

[225] Enfin, Santé Canada a recueilli des renseignements provenant de l'Alberta, du Manitoba, de la Saskatchewan et du Québec concernant les demandes d'aide médicale à mourir refusées. La même recommandation d'une interprétation prudente des données est formulée. Les données obtenues « *indiquent que, sur les 1066 demandes d'aide médicale à mourir déclarées par ces provinces, environ 8% ont été refusées* », les raisons les plus fréquemment citées étant la perte de capacité et le fait de ne pas remplir l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible²⁵⁵.

[226] On constate donc une augmentation générale des demandes, l'identification des raisons liées aux refus en lien avec la pertinence des exigences contestées et la lourdeur du processus à suivre pour y avoir droit.

[227] En sus de ces données qui nous éclairent sur la pratique de l'aide médicale à mourir au pays, plusieurs témoins nationaux et étrangers ont été entendus afin de mettre en contexte ces données dans une perspective plus large, en lien avec la présente contestation constitutionnelle. Le Tribunal analysera la teneur de leurs témoignages qui représentent une partie substantielle de la preuve administrée.

[228] Le Tribunal fait le choix de présenter l'ensemble de la preuve soumise par les parties dès à présent, afin de permettre une meilleure compréhension des faits et des opinions qui lui ont été soumis dans le but de faciliter la lecture de ce jugement. Bien que traditionnellement la preuve soit traitée dans le cadre de l'analyse des questions en litige et en fonction d'une certaine séquence, le volume de la preuve et la convergence des sujets abordés obligent le Tribunal à s'éloigner de ce modèle classique. Ce qui n'empêche pas le Tribunal de décider au fur et à mesure de la valeur probante des éléments de preuve présentés de part et d'autre.

[229] Cette preuve porte sur divers éléments du dossier. D'abord et avant tout sur les préoccupations soulevées par le procureur général du Canada relativement à la nécessité de protéger les personnes vulnérables et suicidaires, ainsi que d'assurer la cohérence dans son message de lutte au suicide. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible permet en effet, selon lui, l'atteinte de ces objectifs.

2. Les personnes vulnérables que les exigences visent à protéger

[230] Le procureur général du Canada fait entendre plusieurs témoins sur les incidences qu'engendreraient le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible chez les personnes vulnérables que le gouvernement veut protéger. Il produit aussi une importante preuve documentaire qui fait état des mêmes préoccupations et dont le Tribunal a pris connaissance²⁵⁶.

²⁵⁵ *Id.*

²⁵⁶ Voir notamment les pièces suivantes : PGC-4 : Mémoires soumis au Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir; PGC-5 : CANADA, PARLEMENT, COMITÉ MIXTE SPÉCIALE SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 18, 25-28 janvier, 1-4 février 2016, fascicules n° 1-3, 5-12; PGC-10 : Mémoires soumis au Comité permanent de la justice et des droits de

la personne; PGC-11 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2-5, 9-11 mai 2016, fascicules n° 10-18; PGC-16 : Mémoires soumis au Comité sénatorial des affaires juridiques et constitutionnelles; PGC-17 : CANADA, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1^{re} sess., 42^e légis., 4-5, 10-12 et 17 mai 2016 et 6-7 juin 2016, fascicules n° 8-10; PGC-55 : THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING et PEOPLE FIRST OF CANADA, *Protecting Choice & Safeguarding Inclusion. A Proposal to Regulate Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia in Canada*, septembre 2015; PGC-56: THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING, *Protect Vulnerable Persons in Bill C-14 Medical Assistance in Dying. A call to members of Parliament and Senators*, avril 2016; PGC-58 : Communiqué de presse de divers organismes, *A Call to Parliamentarians from the National Disability Rights Community "To Pass Bill C-14 to Ensure Constitutional Rights of Vulnerable Persons"*, 31 mai 2016; PGC-59 : *Vulnerable Persons Standard/Norme sur la protection des personnes vulnérables*, 2016; PGC-60 : *Frequently asked questions about the Vulnerable Persons Standard*, 18 mars 2016; PGC-61 : Enregistrement vidéo, *National Disability Rights Community Forum for Robust Safeguards in Bill C-14*, 16 juin 2016; Pièces PGC-75 : Déclaration sous serment de Krista Wilcox, 24 décembre 2018 et les pièces à l'appui (PGC-50A : Stuart MORRIS, Gail FAWCETT, Laurent BRISEBOIS et Jeffrey HUGHES, *L'Enquête canadienne sur l'incapacité. Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus*, 2017, Ottawa, Statistique Canada, 28 novembre 2018; PGC-50B : STATISTIQUE CANADA, *Nouvelles données sur les incapacités au Canada*, 2017; PGC-50C : Elisabeth CLOUTIER, Chantal GRONDIN et Amélie LÉVESQUE, *L'Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 : Guide des concepts et méthodes*, Ottawa, Statistique Canada, 28 novembre 2018; PGC-50D : Adele FURRIE, *L'Enquête canadienne sur l'incapacité. L'évolution des données sur l'incapacité au Canada : rester en phase avec un Canada plus inclusif*, Ottawa, Statistique Canada, 28 novembre 2018; PGC-47 : *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 13 décembre 2006, (2008) 2515 R.T.N.U. 3 (entré en vigueur au Canada le 10 avril 2010); Pièce PGC-48 : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 35 de la Convention. Rapports initiaux des États parties attendus en 2012. Canada*, 11 février 2014, CRPD/C/CAN/1; PGC-48A : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 35 de la Convention. Liste de points concernant le rapport initial du Canada. Additif. Réponses du Canada à la liste de points*, 3 mars 2017, CRPD/C/CAN/Q/1/Add.1; PGC-49 : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, *Observations finales concernant le rapport initial du Canada*, 8 mai 2017, CRPD/C/CAN/CO/1); PGC-76 : Déclaration sous serment d'Isabel Giardino, 7 janvier 2019 et les pièces à l'appui (PGC-33 : *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, c. 30; PGC-32 : WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Preventing suicide. A global imperative*, Geneva, 2014; PGC-35 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Aperçu des initiatives fédérales en matière de prévention du suicide*, Ottawa, février 2016; PGC-36 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Rapport d'étape de 2016 sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, Ottawa, décembre 2016; PGC-37 : SANTÉ CANADA, *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Rapport sommaire*, Ottawa, 2015; PGC-38 : INUIT TAPIRIIT KANATAMI, *National Inuit Suicide Prevention Strategy*, Ottawa, 2016; PGC-31 : COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, 2012; PGC-36A : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Rapport d'étape de 2018 sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, Ottawa, 2018); PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, 20 décembre 2018 et les pièces à l'appui (PGC-34 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Cadre fédéral de prévention du suicide*, Ottawa, 2016; PGC-39 : Robin SKINNER et al., « At-a-glance. A contextual analysis of the Suicide Surveillance Indicators », (2017) 37 *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 257; PGC-40 : PGC-40 : Robin SKINNER et al., « Suicide in Canada : is Poisoning Misclassification an Issue? », (2016) 61 *The Canadian Journal of Psychiatry* 405; PGC-41 : Robin SKINNER et al., « Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15) », (2016) 36 *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 243); PGC-78 : Pièces au

[231] Outre les cinq experts²⁵⁷ qui se sont spécifiquement penchés sur l'évaluation de l'admissibilité des demandeurs à l'aide médicale à mourir en lien avec les exigences législatives en vigueur, l'opinion de quatorze experts (quatre experts du côté de la demande et dix du côté du procureur général du Canada)²⁵⁸ a aussi été présentée sur différentes autres questions relatives à l'aide médicale à mourir, afin essentiellement de débattre de la présence de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible comme exigence nécessaire et justifiée pour protéger les personnes vulnérables de notre société.

[232] La preuve se révèle très large et spécialisée. Elle aborde en effet plusieurs sujets étrangers aux demandeurs, justifiée en partie par le fait que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible dépasse leur situation propre et intéresse la société dans son ensemble. Par exemple, l'ensemble des questions relatives au suicide, de manière générale, ou chez divers groupes comme les militaires, les vétérans ou les autochtones ou encore le phénomène de la contagion suicidaire, ainsi que la question de la maladie psychiatrique comme seule condition médicale sous-jacente à une demande d'aide médicale à mourir ne concernent ni M. Truchon, ni Mme Gladu qui ne sont pas suicidaires et ne souffrent d'aucune condition psychiatrique.

[233] Cette preuve se veut aussi une pierre d'assise au procureur général afin de se décharger de l'important fardeau de justification de la mesure adoptée qui lui incombe

soutien du témoignage de Michael Bach (PGC-55, PGC-4, PGC-5, PGC-59, PGC-60, PGC-56, PGC-10, PGC-11, PGC-16, PGC-17, PGC-57, PGC-58, PGC-61); PGC-79 : *Advisors to the Vulnerable Persons Standard*, septembre 2017; Les pièces au soutien du témoignage de la Dre Heber (PGC-42 : ANCIENS COMBATTANTS CANADA, *A Well-Being Construct for Veterans' Policy, Programming and Research*, Research Directorate Technical Report, Charlottetown, 2016; PGC-43 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Stratégie conjointe de prévention du suicide des Forces armées canadiennes et d'Anciens combattants Canada*, Ottawa, 2017; PGC-44 : James M. THOMPSON et al., « Mental Health of Canadian Armed Forces Veterans : review of population studies » (2016) 2 *Journal of Military, Veteran and Family Health* 70; PGC-45 : James M. THOMPSON et al., « Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Force veterans », (2014) 105 *Can J Public Health* 109; PGC-46 : ANCIENS COMBATTANTS CANADA, *Étude sur la mortalité par suicide chez les vétérans 2017 : 1976 à 2012*, Charlottetown, novembre 2017; PGC-62 : ANCIENS COMBATTANTS CANADA, *Suicide Prevention at Veterans Affairs Canada: Framework*, Charlottetown, 2010); PGC-80 : Déclaration sous serment de Jean-Claude Therrien Pinette, 4 février 2019 et les pièces à l'appui (PGC-63 : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations. Faits saillants 2015*, Wendake, CSSPNQL, 2018).

²⁵⁷ Les Drs Naud et Turcotte ont produit deux rapports sur chacun des demandeurs : pièces P-23A : Rapport d'expertise du Dr Naud en ce qui concerne Mme Gladu, P-23B : Rapport d'expertise du Dr Naud en ce qui concerne M. Truchon, P-6 : Rapport d'expertise du Dr Turcotte en lien avec la condition médicale de M. Truchon et P-10 : Rapport d'expertise du Dr Turcotte en lien avec la condition médicale de Mme Gladu. Pièces P-5 : Rapport d'expertise du Dr Giguère et P-11 : Rapport d'expertise du Dr Aubé pour la demande. Pièce PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard pour le procureur général du Canada.

²⁵⁸ Il s'agit des Drs Naud, Downar, Dembo et van der Heide pour les demandeurs et des Drs Rivard, Sareen, Sinyor, Conwell, des professeurs Boer, Lemmens et Shakespeare, et des Drs Kim, Gaind et Quill pour le procureur général du Canada.

comme dans toute contestation constitutionnelle qui découle d'une violation à un droit fondamental.

[234] La preuve de la procureure générale du Québec, exclusivement documentaire, comprend principalement des rapports de diverses instances et les travaux parlementaires précédant l'adoption de la loi québécoise.

[235] De leur côté, les demandeurs déposent deux expertises, celles des Drs James Downar et Justine Dembo, qui, outre que de faire valoir leur expérience pratique, ont comme principal objectif de répondre aux divers arguments et aux enjeux ciblés par les experts du procureur général. En ce sens, la preuve peut paraître quelque peu déséquilibrée, à la fois de par le nombre d'experts retenus par chaque partie que par les sujets abordés.

[236] L'analyse qu'en fait le Tribunal se divisera en deux parties principales : la preuve relative aux objectifs législatifs visés par l'exigence contestée en lien avec la protection des personnes vulnérables et celle portant sur les régimes étrangers.

[237] Dans la première partie, le Tribunal analysera la preuve selon la séquence suivante :

1. **Les personnes vulnérables en lien avec leur handicap physique ou leur déficience intellectuelle.** Outre les experts en demande, le Tribunal étudiera les témoignages des Dr Rivard, du professeur Shakespeare, de M. Michael Bach et de Mme Krista Wilcox;
2. **Les personnes vulnérables au suicide et le phénomène de la contagion suicidaire.** Outre les experts en demande, le Tribunal discutera des opinions émises par les Drs Sareen, Conwell, Sinyor et Quill ainsi que les témoignages de Mme Heber et de M. Therrien Pinette sur ces mêmes questions;
3. **Les personnes vulnérables dont la maladie psychiatrique est la seule condition médicale sous-jacente à une demande d'aide médicale à mourir.** Outre les experts en demande, le Tribunal se penchera sur les opinions des Drs Kim et Gain pour le procureur général.

[238] Dans la seconde partie, le Tribunal examinera le contenu de la preuve présentée par le procureur général en lien avec les régimes étrangers par le biais des experts les professeurs Boer, Lemmens et Dr Kim. Il terminera ensuite avec le témoignage de la Dre van der Heide pour la demande.

[239] Avant toute chose cependant, le Tribunal traitera de la notion maintes fois reprises durant l'audience de « personne vulnérable », telle que décrite par les différents témoins ainsi que de la capacité des médecins et de l'équipe traitante de bien évaluer l'aptitude des patients, vulnérables ou non, qui demandent l'aide médicale à mourir. Ces deux concepts transcendent en effet l'ensemble de la preuve soumise à l'audience.

2.1 La notion de personne vulnérable

[240] La notion de personne vulnérable invoquée par les défenseurs comme pierre d'assise de leurs positions n'est pas définie par la loi. Pourtant, cette « personne » est au cœur du débat qui sévit présentement, puisque la disposition attaquée vise essentiellement, selon le procureur général, à assurer sa protection en prohibant l'aide médicale à mourir à tous ceux et celles qui ne sont pas proches de la mort.

[241] Le Tribunal retient que le procureur général considère qu'une personne âgée, malade ou handicapée est vulnérable²⁵⁹, ainsi que toute personne qui pourrait être incitée à mettre fin à ses jours dans un moment de faiblesse, qui est suicidaire ou qui ne peut exercer un choix libre et éclairé concernant les décisions à prendre quant à sa santé²⁶⁰. En fait, il s'appuie sur deux notions de vulnérabilité : la première individuelle et la seconde collective.

[242] Quant à cette dernière, la preuve cible en effet également certains « groupes de personnes vulnérables ». Il s'agit de personnes vivant avec un handicap physique ou intellectuel, celles qui sont atteintes d'une maladie ou une condition psychiatrique, et les groupes qui comporte une plus grande propension au suicide comme les militaires, les vétérans et les membres des communautés autochtones.

[243] La question de la vulnérabilité a été abordée par plusieurs experts du procureur général de manière plus ou moins précise. Chacun possède sa propre conception en fonction du contexte dans lequel il intervient²⁶¹. Le procureur général aborde cette notion en trois catégories distinctes : les personnes vulnérables en lien avec leur handicap physique ou leur déficience intellectuelle, les personnes vulnérables au suicide et, finalement, celles qui souffrent d'une condition psychiatrique.

[244] Il soutient donc essentiellement que le retrait de l'exigence de mort naturelle raisonnablement prévisible compromettrait l'objectif du Parlement d'affirmer la valeur égale et inhérente des vies des personnes vulnérables ainsi que la lutte de prévention du suicide et mettrait à risque les individus vulnérables²⁶².

²⁵⁹ Voir notamment le préambule de la loi fédérale.

²⁶⁰ Voir notamment le Plan d'argumentation du procureur général du Canada, p. 30-37. Voir aussi le Plan d'argumentation des intervenants Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la dignité, par. 47.

²⁶¹ Par exemple, témoignage du Dr Gaid, 4 février 2019, p. 114: « (...) *it's the vulnerable person whose insight or judgement is distorted who is potentially wrongly predicting things will not get better.* ». Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 138-139: « *I think the issue of vulnerability is not about who's disadvantaged, it's who's the vulnerable population.* » Témoignage du Dr Kim, 28-29 janvier 2019, p. 34-35. Il affirme que les femmes peuvent être considérées comme un groupe vulnérable, et aussi : « *vulnerability is a very broad concept. (...) it means different things in different contexts.* » Témoignage du Dr Boer, 15 janvier 2019, p. 105: « *I think vulnerability in an ethical sense pertains to anyone, whether you live in a one room apartment or in a mansion with wood black and... wood black floor and a grand piano, it pertains to anyone who has lost the capacity to make the best out of something, which is... that's just terrible.* »

²⁶² Plan d'argumentation du procureur général du Canada, p. 24, 27 et 30.

[245] Les experts des demandeurs abordent la question des personnes vulnérables de manière plus générale et soutiennent que ce concept demeure très difficile, voire impossible à cerner, puisque la vulnérabilité peut se définir de plusieurs façons en fonction de différents facteurs physiques, psychologiques, socio-économiques ou autres²⁶³.

[246] Ils maintiennent qu'une personne peut très bien se trouver en position de vulnérabilité mais demeurer apte à prendre des décisions personnelles en fonction de son meilleur intérêt. Il faut par conséquent prôner une approche individualisée de la vulnérabilité, qui tient compte des caractéristiques propres à la personne plutôt que de coller une étiquette de « personne vulnérable » à quelqu'un en fonction de son appartenance à un groupe²⁶⁴.

[247] Selon les demandeurs, dans le contexte de l'aide médicale à mourir, une personne vulnérable s'apparente à quelqu'un qui n'a pas la capacité de faire connaître ses besoins et ses volontés, qui ne peut décider pour elle-même ou encore qui est susceptible de subir des pressions extérieures²⁶⁵.

[248] En ce sens, les exigences contestées, en l'occurrence celle de la mort naturelle raisonnablement prévisible et celle de la fin de vie, ne protègent pas davantage les personnes vulnérables par opposition aux personnes non admissibles à l'aide médicale à mourir en raison des autres mesures de sauvegarde mises en place dans la loi, alors qu'elles empêchent certaines personnes comme Mme Gladu et M. Truchon de choisir

²⁶³ Pièces P-24: Rapport de la Dre Dembo, par. 10-12 et 18-24: « *In the context of MAID, no single definition of the term "vulnerable persons" has been established. The Canadian Vulnerable Persons Standard, developed by multiple concerned parties – mainly disability rights advocates - in response to the Carter decision in 2016, lists the following factors as major influences on vulnerability: lack of access to appropriate care; poverty; unemployment; ongoing abuse or violence; and "psychosocial factors and mental health issues causing distorted insight and judgment." Each of these factors absolutely affects vulnerability. That said, these same variables exist in terminal illness, just as they do in non-terminal illness* »; P-25 : Rapport d'expertise du Dr Downar, par. 35 : « *In published epidemiological studies, vulnerability is sometimes inferred on the basis of measurable socioeconomic factors such as income, education, race, age, health insurance and institutionalization* »; P-23 : Rapport du Dr Naud, par. 53 : « *La vulnérabilité des malades tient à leur condition biopsychosociale et non pas à leur aptitude à consentir* ».

²⁶⁴ Voir notamment la pièce P-24: Rapport de la Dre Dembo, par 12: « *Labelling entire groups as "vulnerable" does not account for individual differences within those groups. It also perpetuates medical paternalism, in that the medical profession to makes decisions for entire groups of people, rather than letting each capable patient exercise his autonomy from within his/her unique circumstances.* » Voir aussi le témoignage de la Dre Dembo, 11 février 2019, p. 37-41.

²⁶⁵ Par exemple, témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 189; P-25: Rapport d'expertise du Dr Downar, par. 35: « *Vulnerability can be defined in many ways, but it generally refers to someone who is not able to advocate for their own needs, someone who lacks decisional capacity, or someone who is susceptible to making decisions on the basis of external pressure* »; P-24 : Rapport de la Dre Dembo, par. 10. Ainsi que son témoignage le 11 février 2019, p. 36 et suivantes: « *I think it is a very challenging term to define in this context, but from what I understand, the concept of vulnerable individual is someone who, through a set of circumstances, might be more susceptible to coercion or to distorted thinking of difficulties with autonomous decision-making.* »

cette avenue pour mettre un terme à leurs souffrances, ce qui en conduira certains vers le suicide ou des souffrances encore plus grandes²⁶⁶.

[249] Bien que cela puisse paraître relever du truisme, le Tribunal retient essentiellement que chaque être humain, peu importe ses caractéristiques propres, a le potentiel d'être ou de devenir vulnérable à un moment donné ou un autre dans sa vie.

[250] De manière purement abstraite, on conçoit très bien qu'une personne qui demande l'aide médicale à mourir, comme M. Truchon ou Mme Gladu, puisse répondre à une certaine notion de vulnérabilité puisqu'elle est gravement malade, ne possède aucun espoir de guérison ou d'amélioration et souffre de manière intolérable. Toutefois, même si certaines de ces personnes apparaissent très vulnérables en raison de leur condition de santé, elles peuvent néanmoins se révéler tout à fait aptes à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir. La faiblesse de la position des procureurs généraux se situe à ce niveau.

[251] À cet effet, dans *Carter*, la Cour suprême affirme au paragraphe 86 :

Le Canada a admis au procès que la loi s'applique à des personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie : [TRADUCTION] « Il est admis que les personnes qui veulent se suicider ne sont pas toutes vulnérables, et qu'il peut se trouver des gens atteints d'une déficience qui ont le désir réfléchi, rationnel et constant de mettre fin à leur propre vie » (motifs de première instance, par. 1136). La juge de première instance a reconnu que M^{me} Taylor correspondait à cette description — une personne capable, bien renseignée et libre de toute coercition ou contrainte (par. 16). Il s'ensuit que la restriction de leurs droits n'a, dans certains cas du moins, aucun lien avec l'objectif de protéger les personnes vulnérables. La prohibition générale fait entrer dans son champ d'application une conduite qui n'a aucun rapport avec l'objectif de la loi.

[252] Le Tribunal ne peut adhérer à la notion de vulnérabilité collective proposée par le procureur général, puisqu'elle vise une protection diffuse qui relève d'une application trop générale d'un principe de précaution. La vulnérabilité ne doit pas être comprise ni évaluée en fonction de l'appartenance d'une personne à un groupe défini, mais au cas par cas, du moins dans le cadre de l'analyse de l'article 7 de la *Charte*. Autrement dit, ce n'est pas son identification à un groupe qualifié de vulnérable comme les personnes handicapées, les autochtones ou les vétérans qui doit sous-tendre le besoin de protection d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir, mais bien sa capacité individuelle de comprendre et de consentir de manière libre et éclairée à une telle procédure en fonction de ses caractéristiques propres.

[253] Ainsi, le Tribunal retient que pour un médecin qui pratique l'aide médicale à mourir, une personne vulnérable se définit comme étant celle qui est inapte à consentir, ou qui dépend des autres pour prendre des décisions relatives aux soins qui la concernent ou encore qui peut être victime de pression ou d'abus, conditions déjà inscrites dans la loi.

²⁶⁶ Pièce P-23 : Rapport du Dr Naud, par. 83-85. Voir aussi la pièce P-25 : Rapport d'expertise du Dr Downar, par. 49.

2.2 L'évaluation de l'aptitude par les médecins et l'équipe traitante

[254] Il ressort clairement du régime législatif en place que l'aptitude d'un patient à consentir à l'aide médicale à mourir est une condition *sine qua non* à son administration²⁶⁷. La personne qui en formule la demande doit être en mesure d'y consentir de manière libre et éclairée, en sus de satisfaire aux autres conditions afin de l'obtenir.

[255] Les médecins ont le devoir de vérifier si la demande est bien libre, volontaire, exempte de toute pression induue ou coercition et de s'assurer que personne ne puisse obtenir à son insu ou sans y avoir véritablement consenti²⁶⁸.

[256] Le Tribunal retient que les experts qui pratiquent l'aide médicale à mourir se disent pleinement en mesure d'évaluer l'aptitude des patients qui font une telle demande, sans avoir recours à l'opinion d'un collègue psychiatre. Ils témoignent que l'évaluation de la capacité mentale d'un patient constitue un acte médical courant dans leur pratique.

[257] Quant au Dr Naud, il rapporte de manière claire la façon dont on évalue l'aptitude du patient en pareilles circonstances.

[258] Il précise d'abord que l'obtention d'un consentement libre et éclairé est une exigence de toute procédure médicale ou chirurgicale et à plus forte raison, lorsque l'acte médical s'avère irréversible, comme en l'instance. La rencontre avec le patient permet au médecin d'évaluer par la discussion et des questions précises, l'aptitude du patient à recevoir l'aide médicale à mourir, ses motivations profondes et sa connaissance de la démarche entreprise et des alternatives possibles, le cas échéant.

[259] L'évaluation de l'aptitude du patient relève de la pratique médicale courante au pays. Elle se fait en fonction de critères généralement reconnus et sur lesquels les

²⁶⁷ Art. 241.2(1)b), d) et e) C.cr. prévoit que seule la personne capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé, qui a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire (notamment sans pressions extérieures) et qui consent de manière éclairée (après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances) est admissible à recevoir cette aide. Les articles 26 al. 1 par. 2 et 29 al. 1 par. 1a) et b) de la loi québécoise prévoient que la personne qui demande l'aide médicale à mourir doit être apte à consentir aux soins et que le médecin doit s'assurer du caractère libre et éclairé de sa demande, de l'absence de pressions extérieures ainsi que le patient comprend son pronostic, les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences.

²⁶⁸ À l'égard de la question de savoir si les personnes malades en fin de vie sont en mesure de demander de manière éclairée une aide à mourir, la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité considérait qu'« [i]l revient au personnel médical de savoir déceler les signes de détresse », comme la dépression qui accompagne parfois la maladie, l'isolement, le manque de soutien familial, etc. La Commission avait averti de ne pas confondre la dépression, en elle-même une maladie, avec l'état de tristesse et de découragement éprouvé par les patients « *aux prises avec un pronostic de mort imminente* ». De plus, elle mentionnait qu'il faut être cohérent lorsqu'on parle de la capacité de consentir aux soins : « [s]i la personne en fin de vie peut consentir de manière éclairée à des soins ou encore les refuser, même si cela peut entraîner sa mort, la logique nous impose qu'elle soit également à même de demander une aide à mourir ». Pièce PGQ-4 : COMMISSION SPÉCIALE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, Québec, mars 2012, p. 59.

médecins au Canada sont bien formés²⁶⁹. Selon le Dr Naud, aucun autre acte médical, même irréversible²⁷⁰, ne fait l'objet d'une évaluation de l'aptitude de manière aussi constante, rigoureuse et assidue que l'aide médicale à mourir.

[260] Il témoigne du fait qu'il s'agit là d'un processus continu qui débute à la première rencontre avec le médecin et se termine après l'administration de l'aide médicale à mourir et qui engage toute l'équipe traitante qui connaît le patient et l'accompagne dans son cheminement²⁷¹. En sus, une deuxième évaluation de l'aptitude doit être réalisée par un second médecin indépendant.

[261] Il se dit tout à fait en mesure et à l'aise d'évaluer l'aptitude des patients en pareilles circonstances sans le besoin de recourir à l'expertise d'un psychiatre, bien qu'il n'hésiterait pas à la demander au besoin.

[262] Le Dr Downar est très familier avec le processus d'aide médicale à mourir puisqu'il en a réalisé environ une cinquantaine en Ontario depuis l'adoption de la loi fédérale. Tout comme le Dr Naud, il décrit en détail ce processus, de la première demande jusqu'à son administration.

[263] Toutes les évaluations qu'il réalise s'effectuent en fonction des normes strictes de pratiques reconnues en Ontario²⁷². L'évaluation de l'aptitude d'une personne qui

²⁶⁹ Pièce P-23 : Rapport d'expertise du Dr Naud, par. 55 et suiv. Il mentionne « *les 4 habiletés cognitives et les 5 critères de la Nouvelle-Écosse qui sont bien détaillés dans le guide d'exercice sur l'AMM* » du Collège des médecins du Québec : 1) la personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle elle demande l'AMM?; 2) la personne comprend-elle la nature et le but de l'AMM?; 3) la personne comprend-elle les avantages et les risques de l'AMM (et des soins alternatifs, y compris ne pas procéder à l'AMM)?; 4) la personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas procéder à l'AMM?; 5) la capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie? (PGQ-11 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et al., *L'aide médicale à mourir. Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques*, CMQ, Montréal, novembre 2017, p. 22). Il s'agit d'une application des cinq critères pertinents à l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins, énoncés dans la législation de la Nouvelle-Écosse (art. 52 de *Hospital Acts*, R.S.N.S. 1989, c. 208) et recommandés aussi par l'Association des psychiatres du Canada. Ces critères sont repris par la jurisprudence québécoise (*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.)) en 1991. En 1994, la Cour d'appel confirme cette approche dans l'arrêt *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.), ainsi que dans ses arrêts subséquents (*X.Y. c. Hôpital général du Lakeshore*, 2017 QCCA 1465, par. 5; *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria)*, 2015 QCCA 1139; *C.L. c. Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, 2014 QCCA 1371, par. 11; *Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) — Hôpital Notre-Dame c. G.C.*, 2010 QCCA 293, par. 9; *M.B. c. Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur*, [2004] R.J.Q. 792, par. 39). Sur la question de l'évaluation de l'aptitude, voir aussi Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2017, par. 219 et suiv.

²⁷⁰ Comme une amputation ou le retrait d'un traitement vital par exemple.

²⁷¹ Il parle des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, nutritionnistes, etc.

²⁷² Il mentionne les critères d'Appelbaum qui sont similaires à ceux énoncés dans la législation ontarienne. Sans la nommer explicitement, il fait référence à la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O. 1996, c. 2, annexe A qui prévoit à l'article 4(1) qu'une personne est capable à l'égard d'un traitement si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles

demande l'aide médicale à mourir est faite de manière continue par le personnel médical qui gravite autour du malade et après révision complète du dossier médical²⁷³. L'évaluation s'avère rigoureuse et demeure la même, que le patient soit en fin de vie ou non.

[264] Le fait que la loi exige deux évaluations médicales distinctes de l'aptitude constitue un standard qui dépasse largement tous ceux requis dans d'autres types de décisions, même irréversibles. Chaque patient est différent et doit être évalué en fonction de ses caractéristiques propres, peu importe la nature de la maladie, ou son état d'avancement²⁷⁴.

[265] Bien qu'il reconnaisse que parfois l'évaluation de la capacité d'un patient puisse se révéler complexe, il se considère compétent et bien formé pour réaliser cette tâche.

[266] La Dre Dembo a évalué plusieurs demandes d'aide médicale à mourir à titre de second médecin évaluateur depuis l'adoption de la loi fédérale²⁷⁵.

[267] Son rapport décrit avec précision les étapes à suivre pour évaluer la capacité d'une personne, incluant les patients qui souffrent d'une condition psychiatrique. Dans sa pratique, elle applique les enseignements de l'Association des psychiatres du Canada²⁷⁶, la politique en matière d'aide médicale à mourir du Collège des médecins de l'Ontario²⁷⁷, ainsi que les critères développés par Appelbaum en 2007, qui correspondent à la littérature scientifique reconnue et à la bonne pratique médicale²⁷⁸. Elle a aussi donné des formations sur l'évaluation de la capacité des patients dans le cadre de demandes d'aide médicale à mourir. Elle spécifie que chaque personne, même avec une condition psychiatrique, est présumée apte, et que la capacité doit s'évaluer non pas de manière

d'une décision ou de l'absence de décision. Le Dr Downar a enseigné le cours sur l'évaluation de la capacité donné par l'Association médicale canadienne. Témoignage du 7 février 2019, p. 86 et 88.

²⁷³ Témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 89.

²⁷⁴ Pièce P-25 : Rapport d'expertise du Dr Downar, par. 36.

²⁷⁵ La Dre Dembo relate qu'elle a besoin d'environ deux heures et parfois plus pour l'évaluation de la capacité du patient.

²⁷⁶ Pièce P-24: Rapport d'expertise de la Dre Dembo, par 44: « [...] *the main components of which the patient must be informed [are]: 1) The nature and purpose of the proposed treatment, the specific treatment modality and how it works and the reasons it is being proposed. 2) Likely benefits and risks of the proposed treatment; 3) The alternative treatments that exists. 4) Likely impact of the treatment on the patient's life; 5) Understanding of economic considerations related to the treatment. 6) The consequences of refusing the treatment* ».

²⁷⁷ Pièce P-24: Rapport d'expertise de la Dre Dembo, par. 47: « [...] *the basic requirements for capacity are the ability to: 1. Understand the information relevant to making the decision, which includes: history, prognostic, treatment options, risks and benefits, risks and benefits of no treatment, understand that the consequence of MAID is death and irreversible. 2. Appreciate the reasonably foreseeable consequence of a decision or lack of a decision [which] means to appreciate how such a decision would apply to the self* ».

²⁷⁸ Pièce P-24: Rapport d'expertise de la Dre Dembo, par. 48 et le tableau 1 : « [...] *I use, for the purposes of my capacity assessments, the guideline suggested by Applebaum (sic) in his 2007 paper on the topic, in the New England Journal of Medicine, [which] was adapted from one developed earlier by Grisso & Applebaum (sic) in 1998* ».

globale, mais en fonction de l'acte médical recherché, et peut aussi fluctuer dans le temps.

[268] Lors de son évaluation, elle procède à un examen psychiatrique si le patient a des symptômes psychiatriques ou s'il existe des indications à cet effet. Dans les autres cas, en l'absence d'indice de la présence d'une condition psychiatrique chez le patient, elle évalue sa capacité mais s'assure quand même de vérifier l'existence d'une maladie psychiatrique non décelée ou de distorsions cognitives par exemple²⁷⁹.

[269] Les patients sont bien informés qu'ils doivent rester aptes jusqu'à la fin, que leur aptitude sera réévaluée au cours du processus et ce, jusqu'au dernier moment, et qu'ils peuvent changer d'avis et retirer leur demande en tout temps.

[270] Le témoignage du Dr Rivard rejoint celui du Dr Naud en ce qui a trait au processus suivi pour obtenir l'aide médicale à mourir, incluant l'évaluation de l'aptitude. Il étudie le dossier médical complet du patient avant de le rencontrer. Il discute avec le patient notamment pour déterminer si celui-ci est dans une trajectoire de fin de vie ou non. En sus de procéder à un examen physique, il écoute les patients parler du fondement de leur démarche et répond à leurs questions et à leurs inquiétudes, le cas échéant²⁸⁰. Celles-ci le renseignent sur la capacité du patient²⁸¹.

[271] Sans détour, le Dr Rivard affirme qu'il se sent à l'aise d'évaluer l'aptitude de ses patients sans avoir besoin d'un autre expert²⁸². Il a eu recours à une consultation avec un psychiatre dans seulement deux ou trois cas. Il a refusé plusieurs demandes provenant de patients qu'il jugeait inaptes²⁸³.

[272] Il spécifie que de déterminer l'aptitude d'un patient qui demande l'aide médicale à mourir est une responsabilité médicale. Il décrit clairement la démarche qu'il suit et qui comprend notamment les enseignements donnés par le Collège des médecins du Québec²⁸⁴. Son approche demeure identique pour tous les patients, peu importe leur maladie ou condition.

[273] Le Tribunal conclut que les médecins canadiens sont tout à fait en mesure d'évaluer l'aptitude des patients qui demandent l'aide médicale à mourir et qu'aucun acte médical à l'heure actuelle n'est aussi strictement encadré à cet égard, puisque deux

²⁷⁹ Elle utilise les termes « cognitive distortions ».

²⁸⁰ Pièce PGC-66 : Rapport du Dr Rivard, par. 30 et 33.

²⁸¹ *Id.*, par 33 : « Tous les patients ont des questions qui nous renseignent sur leurs inquiétudes mais en même temps sur leur aptitude à demander une AMM. La capacité de s'interroger sur le comment, les préparatifs personnels, l'évaluation du 2^e médecin, la date désirée de l'AMM sont autant d'éléments qui nous renseignent sur la capacité du patient à recevoir l'AMM. »

²⁸² Témoignage du Dr Rivard, 14 janvier 2019, p. 99, 167 et 168. Il ajoute aussi que dans tous les cas dans lesquels il a été impliqué il n'y a jamais eu de désaccord entre lui et le second médecin quant à l'aptitude du patient.

²⁸³ *Id.*, p.98-99.

²⁸⁴ Pièce PGQ-11 : COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et al., *L'aide médicale à mourir. Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques*, CMQ, Montréal, novembre 2017, p. 22. Il mentionne aussi suivre les « critères de la Nouvelle-Écosse » (voir la note 269). PGC-66 : Rapport d'expertise du Dr Rivard, par. 34.

évaluations formelles sont nécessaires et que l'équipe traitante veille à s'assurer que le patient reste apte tout au long du processus, et ce, jusqu'à la toute fin. Étant en mesure d'évaluer la capacité décisionnelle d'un individu, les médecins peuvent donc déterminer s'ils ont affaire à une personne vulnérable ou non²⁸⁵.

2.3 Les personnes vulnérables en lien avec leur handicap physique ou leur déficience intellectuelle

2.3.1 Le professeur Tom Shakespeare PhD²⁸⁶

[274] Le professeur Tom Shakespeare enseigne et mène des recherches sur le handicap²⁸⁷ au Norwich Medical School de l'Université East Anglia au Royaume-Uni. Impliqué dans divers projets relatifs aux personnes handicapées, il publie plusieurs ouvrages²⁸⁸ sur le sujet. De l'accord des parties, le Tribunal le qualifie d'expert en recherche sur le handicap avec une spécialisation relative aux aspects théoriques, sociologiques et bioéthiques du handicap.

[275] Le professeur Shakespeare est aussi un farouche défenseur des droits des personnes vivant avec un handicap et de l'importance de promouvoir leur autonomie ainsi que de leur inclusion dans toutes les sphères de la société²⁸⁹. Il témoigne à l'invitation du procureur général du Canada.

[276] Il fait valoir que le respect et l'exercice de l'autonomie demeurent fondamentaux pour les personnes vivant avec un handicap afin que celles-ci puissent exprimer des choix essentiels quant à leur dignité, affirmer leurs droits et faire entendre leur voix.

[277] Il explique que le concept d'autonomie pour les personnes handicapées ne signifie pas de faire les mêmes choses que les autres de manière indépendante, mais plutôt de pouvoir exercer un contrôle sur leur vie. Bien que l'on puisse être physiquement dépendant il s'agit d'être néanmoins socialement indépendant, notamment quant à la manière d'exercer ses choix.

[278] Selon lui, les personnes handicapées vivent un double handicap : celui qui physiquement les afflige et un autre dit social, c'est-à-dire induit par la société, son organisation et le regard qu'elle porte sur les personnes handicapées. Il devient donc primordial à son avis d'avoir un modèle sociétal qui affirme la valeur inhérente de leur vie,

²⁸⁵ Voir à cet effet le raisonnement de la Cour suprême dans l'arrêt *Carter*, par. 116.

²⁸⁶ Pièce PGC-68 : Rapport d'expertise du professeur Tom Shakespeare et curriculum vitae à jour.

²⁸⁷ En anglais : « disability research in particular theoretical, sociological and bioethical aspects of disability ».

²⁸⁸ Notamment Tom SHAKESPEARE, *Disability Rights and Wrongs*, 2^e éd., London, Routledge, 2014 où il traite des aspects théoriques, sociologiques et éthiques du handicap, y compris la question de l'aide à mourir. Pièce PGC-68 : Rapport d'expertise du professeur Shakespeare, p. 40-107.

²⁸⁹ Professeur Shakespeare souffre d'ailleurs lui-même d'une condition congénitale, à savoir l'achondroplasie (une forme de nanisme). En raison de complications causées par cette maladie, il est atteint depuis 10 ans d'une paralysie qui l'oblige à se déplacer en fauteuil roulant. Témoignage du professeur Shakespeare, 1^{er} février 2019, p. 14.

leur égalité, leur contribution à la société et qui s'assure de ne pas renforcer les perceptions négatives à leur endroit.

[279] Paradoxalement, alors que la société tient pour acquis que les personnes handicapées sont malheureuses et vivent une vie de misère, le professeur Shakespeare soutient qu'il s'agit d'une perception et que la réalité se révèle toute autre. Les personnes handicapées, surtout celles nées avec un handicap, sont souvent des personnes heureuses et qui considèrent avoir une bonne qualité de vie²⁹⁰.

[280] En ce qui concerne les personnes qui deviennent handicapées au cours de leur vie, il reconnaît que dans les premiers temps elles vivent une période très difficile au cours de laquelle elles perçoivent leur situation comme étant sans qualité de vie et sans espoir. Toutefois, après un certain temps, elles deviennent, pour la plupart, capables de s'adapter et de vivre pleinement : « [...] *I am describing the state of the research. This is the disability paradox. The majority of people come to terms with disability over time, and end up with a possibility of leading a good life. There are issues that make life more difficult, pain and so forth, but people deal with those and find other meanings of life, and lead [...] a flourishing existence.* »²⁹¹ Il évalue que le désespoir chez ces personnes diminue après 3 mois, bien qu'il reste élevé durant la première année²⁹².

[281] Le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible entraînerait selon lui des conséquences néfastes pour les personnes vivant avec un handicap.

[282] La première conduirait inévitablement à une augmentation du nombre de personnes susceptibles de demander cette aide. En effet, le professeur Shakespeare estime qu'une majorité de personnes handicapées répondent aux autres critères d'admissibilité de la loi fédérale simplement de par leur condition physique : elles sont handicapées et ont donc une condition qui est incurable, elles connaissent certainement un déclin irréversible de leurs capacités, en sont à un stade avancé et souffrent d'une manière qui parfois ne peut être soulagée.

[283] Permettre l'aide médicale à mourir à l'extérieur de la sphère temporelle de la fin de vie enverrait donc le message social que le handicap est en soi un motif de demander l'aide médicale à mourir et donc, que la vie d'une personne handicapée possède moins de valeur, renforçant ainsi davantage les stigmates à leur endroit.

[284] Plus particulièrement, et dans un tel contexte, il affirme que les personnes vivant avec un handicap risquent non seulement d'être sujettes aux pressions sociales, mais aussi de percevoir le message implicite qu'elles seraient mieux mortes, que leur meilleure option est de mettre un terme à leur vie et que la vie avec un handicap ne vaut pas la

²⁹⁰ Pièce PGC-68 : Rapport d'expertise du professeur Shakespeare, p. 108 : Gary L. ALBRECHT et Patrick J. DEVLIEGER, « The disability paradox : high quality of life against all odds », (1999) 48 *Social Science & Medicine* 977, où 54% des personnes vivant avec un handicap sévère rapportent avoir une excellente ou une bonne qualité de vie.

²⁹¹ Témoignage du professeur Shakespeare, 1^{er} février 2019, p. 38. Il fait référence au « *J Curve* » pour expliquer le phénomène d'une personne handicapée qui vit un grand désespoir et qui remonte la pente en réussissant à s'adapter à la situation après un certain temps.

²⁹² Pièce PGC-68 : Rapport d'expertise du professeur Shakespeare, par. 34 et son témoignage à l'audience le 1^{er} février 2019, p. 84.

peine d'être vécue. Le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible augmenterait ainsi les risques pour les personnes handicapées en rendant leur mort possible du seul fait de leur condition, alors qu'elles pourraient vivre une vie remplie et peut-être heureuse pour des années encore.

[285] En revanche, prohiber l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, créerait une égalité d'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour tous, puisque cette option n'est alors plus disponible pour les personnes vivant avec un handicap, au seul motif de leur handicap. L'exigence devrait donc, selon le professeur Shakespeare, demeurer en place pour le bien-être et la reconnaissance de la valeur inhérente de la vie et de la qualité de vie des personnes handicapées.

[286] Le Tribunal retient en partie le témoignage et la preuve apportée par le professeur Shakespeare. Celui-ci a présenté son opinion de manière éloquente et déterminée tout en apportant des nuances importantes lorsque nécessaire. Par exemple, il confirme que son opinion ne représente pas nécessairement celui de la majorité des personnes handicapées qui, de manière générale, se révèle plutôt encline, au nom du principe d'égalité, à promouvoir le respect de l'autonomie décisionnelle, même lorsque la décision mène à la mort. À cet effet, les demandeurs en constituent d'ailleurs un parfait exemple :

Opinions on these issues are divided. While there may be a majority support for assisted dying, there is a vocal minority opposed, which means there is no settled consensus in society²⁹³.

[287] Finalement, il reconnaît aussi ne pas connaître les données empiriques relatives aux personnes handicapées qui se prévalent de l'aide médicale à mourir au Canada ou à l'étranger, par exemple les études produites par la Dre van der Heide voulant qu'aux Pays-Bas et en Oregon, rien ne démontre que les personnes handicapées ou qui souffrent d'une maladie chronique sont plus à risque de demander et de recevoir l'aide médicale à mourir que le reste de la population²⁹⁴.

2.3.2 M. Michael Bach

[288] M. Bach témoigne à titre de témoin idoine à la demande du procureur général du Canada. Son témoignage éloquent et empreint d'empathie rejoint celui du professeur Shakespeare.

[289] M. Bach agit comme directeur général des Instituts de recherche et de développement sur l'intégration et la société, dont le mandat vise à favoriser l'inclusion des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et leur famille dans la société canadienne, par la recherche, le développement de politiques et la formation.

[290] Auparavant, il a occupé durant 15 ans, les plus hautes fonctions de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire (ACIC)²⁹⁵, intervenante au dossier, et dont

²⁹³ Pièce PGC-68 : Rapport d'expertise du professeur Shakespeare, par. 28.

²⁹⁴ Pièce P-26 : Rapport d'expertise de la Dre van der Heide, par. 35 et 36.

²⁹⁵ Il a en effet occupé les fonctions de vice-président exécutif et de président de l'ACIC.

la mission consiste à défendre les droits des personnes handicapées intellectuellement, à soutenir leurs familles et à former les principaux acteurs de la communauté, comme les professeurs et les employeurs, à bien répondre à leurs besoins.

[291] Impliquée dans le processus législatif menant au projet de loi C-14 après la décision de la Cour suprême dans *Carter*, l'ACIC se préoccupait de la réponse législative du gouvernement, notamment par le fait que des personnes handicapées puissent être mises à risque par le système à venir. L'ACIC fait donc des représentations devant les différents comités législatifs afin de s'assurer que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible soit incluse dans les dispositions fédérales adoptées par le Parlement²⁹⁶.

[292] Deux préoccupations ressortent particulièrement de ses travaux²⁹⁷. La première est que les personnes handicapées, compte tenu de leurs conditions de vie²⁹⁸, soient plus à risque d'utiliser l'aide médicale à mourir comme un moyen légal. La seconde, plus grave encore, postule que le système pourrait être conçu d'une telle façon qu'il faciliterait leur mort en assimilant le handicap à une raison de demander l'aide médicale à mourir.

[293] Selon M. Bach, d'un côté, il apparaît important de reconnaître au nom du principe fondamental d'égalité, que les personnes qui vivent avec un handicap intellectuel veulent, comme tout autre Canadien, avoir accès à l'aide médicale à mourir et que leur handicap ne doit pas en lui-même être un obstacle à l'accès à un service public offert aux autres citoyens²⁹⁹. Cependant, de l'autre côté, le droit inhérent à la vie des personnes handicapées requiert d'être soutenu et défendu par la mise en place de mesures de sauvegarde et leur stricte interprétation. Le système mis en place, plutôt que de favoriser leur mort, doit au contraire les protéger contre la discrimination, les perceptions négatives, et promouvoir leur valeur et le respect que la société leur doit³⁰⁰.

[294] L'essence de ces préoccupations fait l'objet d'une présentation, d'abord en février 2016, au Comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes sur l'aide

²⁹⁶ Pièces PGC-10, p. 71 et PGC-16, p. 26 : ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE, *L'aide médicale à mourir : une demande privée, un système public*, Modifications proposées au projet de loi C-14, mémoire présenté respectivement au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes et au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles, mai 2016.

²⁹⁷ Pièce PGC-55: THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING et PEOPLE FIRST OF CANADA, *Protecting Choice & Safeguarding Inclusion. A Proposal to Regulate Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia in Canada*, septembre 2015.

²⁹⁸ Comme le fait qu'elles souffrent d'une condition de santé mentale, qu'elles vivent souvent dans un état de pauvreté ou de précarité financière, que seulement 25-30% d'entre elles occupent un emploi, qu'elles ont un risque plus élevé de 3 à 4 fois d'être victimes de violence que le reste de la population. Voir le témoignage de M. Bach, 5 février 2019, p. 104-105.

²⁹⁹ *Id.*, p. 114.

³⁰⁰ « Un accès équitable est nécessaire, ainsi qu'une protection contre les risques bien connus d'incitation au sein de tels systèmes. » Pièce PGC-16, p. 27 : ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE, *L'aide médicale à mourir : une demande privée, un système public*, Modifications proposées au projet de loi C-14, mémoire présenté au Comité sénatorial des affaires juridiques et constitutionnelles, mai 2016.

médicale à mourir³⁰¹. M. Bach explique qu'à l'époque son association était préoccupée par la tendance qu'elle voyait poindre dans la société canadienne de ne pas limiter l'aide médicale à mourir aux personnes en fin de vie³⁰².

[295] Puis, en avril 2016, tout de suite après le dépôt du projet de loi C-14, l'ACIC soumet un rapport destiné aux membres du Parlement³⁰³, et peu de temps après, un document proposant des amendements au projet de loi C-14 tel que déposé³⁰⁴. Parmi les nombreux messages formulés par l'ACIC au nom de ses membres, un des plus importants visait à préserver l'équilibre entre le droit à l'autonomie et l'assurance que la loi ne diminue pas la protection des personnes vulnérables en conservant l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible pour pouvoir demander et obtenir l'aide médicale à mourir.

[296] Finalement, l'ACIC fait également valoir sa position devant le comité du Sénat en mai 2016³⁰⁵. Comme le mentionne M. Bach: « *Basically, our message was that Bill C-14 got the balance good enough. It was a good enough balance between autonomy and ensuring that the legislation did not undermine the protections and the rights of persons who could be vulnerable in the system. And it did that by having the end of life condition within it. That's how it got the balance right, and that was the message CACL (ACIC) wanted to communicate.* »³⁰⁶

³⁰¹ Voir la section sur l'historique législatif du projet de loi C-14. Voir les pièces PGC-4, p. 100 : THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING, *Fair Access while Protecting Vulnerable Persons: Recommendations to the Special Joint Parliamentary Committee on Physician-Assisted Dying*, 1^{er} février 2016 et PGC-5 : CANADA, PARLEMENT, COMITÉ MIXTE SPÉCIALE SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 4 février 2016, fascicule n° 12, p. 16-17 (M. Bach).

³⁰² L'ACIC met donc sur pied un groupe de travail de plusieurs éminents professionnels pour élaborer des normes sur la protection des personnes vulnérables, afin de faire contrepoids à la tendance qui se dessinait et de faire entendre une autre voix aux décideurs, notamment sur la question de la fin de vie.

³⁰³ Pièce PGC-56: THE CANADIAN ASSOCIATION FOR COMMUNITY LIVING, *Protect Vulnerable Persons in Bill C-14 Medical Assistance in Dying. A call to members of Parliament and Senators*, avril 2016. Le document met en relief les seuils de protection des personnes handicapées qui n'auraient pas été respectés dans le projet de loi C-14, ainsi que les mesures de sauvegarde qui devraient être modifiées ou ajoutées à la loi.

³⁰⁴ Pièce PGC-10, p. 71 : ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE, *L'aide médicale à mourir : une demande privée, un système public*, Modifications proposées au projet de loi C-14, mémoire présenté au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, mai 2016. Voir aussi pièce PGC-11: CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 3 mai 2016, p. 29-31 (M. Bach).

³⁰⁵ Pièce PGC-16, p. 27 : ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE, *L'aide médicale à mourir : une demande privée, un système public*, Modifications proposées au projet de loi C-14, mémoire présenté au Comité sénatorial des affaires juridiques et constitutionnelles, mai 2016; Pièce PGC-17 : CANADA, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1^{re} sess., 42^e légis., 17 mai 2016, fascicule n° 9, p. 9:58 (M. Bach).

³⁰⁶ Témoignage de M. Bach, 5 février 2019, p. 137. Voir aussi les pièces PGC-57 : Communiqué de presse du Canadian Association for Community Living/Association canadienne pour l'intégration communautaire, *"Don't Let Vulnerable Canadians Down"*. *National Disability Community Urges Parliamentarians to Vote for Bill C-14*, 24 mai 2016, PGC-58: Communiqué de presse de divers organismes, *A Call to Parliamentarians from the National Disability Rights Community "To Pass Bill C-*

[297] En résumé, les interventions de l'ACIC visaient à demander que les personnes vivant avec un handicap intellectuel³⁰⁷ aient le même accès à l'aide médicale à mourir que les autres citoyens, tout en s'assurant que le système mis en place contienne des mesures de sauvegarde strictes visant à valoriser la vie de ces personnes et non pas d'envoyer le message voulant que de vivre avec un handicap est en elle-même une raison de mourir, et que cette raison est acceptée par la société.

2.3.3 Mme Krista Wilcox³⁰⁸

[298] Le procureur général du Canada produit une déclaration sous serment détaillée de Mme Wilcox, Directrice générale auprès du bureau d'Emploi et Développement social Canada.

[299] Le Bureau s'emploie à soutenir et coordonner à l'intérieur de l'appareil gouvernemental, entre différents gouvernements, au niveau international et aussi dans le secteur privé ou non-gouvernemental, la promotion sociale et économique des personnes vivant avec un handicap. Plus particulièrement, il développe et administre des programmes destinés à faire tomber des barrières et à favoriser l'inclusion, crée des politiques basées sur les données actuelles afin de répondre aux défis qui se posent, et conscientise l'appareil gouvernemental aux questions liées au handicap³⁰⁹.

[300] En 2018, le gouvernement canadien publie les résultats d'une enquête portant sur les personnes vivant au pays avec une incapacité³¹⁰ à partir de données récoltées en 2017³¹¹. La déclaration sous serment de Mme Wilcox fait état des principaux constats tirés de cette enquête. Le Tribunal retient plus particulièrement que :

1. 22% des Canadiens vivent avec au moins une incapacité, ce qui représente 6,2 millions de personnes. De ce nombre, 1,4 millions ont une incapacité très sévère;
2. Des 6,2 millions de personnes handicapées au pays, 13% sont âgées de 15 à 24 ans et 38% ont plus de 65 ans. Parmi les jeunes ayant au moins une incapacité, 60% ont une incapacité liée à la santé mentale;

14 to Ensure Constitutional Rights of Vulnerable Persons", 31 mai 2016 et PGC-61 : Enregistrement vidéo, *National Disability Rights Community Forum for Robust Safeguards in Bill C-14*, 16 juin 2016.

³⁰⁷ Ou autre forme de handicap.

³⁰⁸ Pièce PGC-75 : Déclaration sous serment de Mme Krista Wilcox.

³⁰⁹ Le bureau aide aussi à l'implantation au pays des recommandations de la *Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées*. Pièce PGC-75 : Déclaration sous serment de Mme Wilcox, par. 3-5.

³¹⁰ Au sens de « handicap » ou de « déficience » (« disability » en anglais).

³¹¹ Pièces PGC-50A : Stuart MORRIS, Gail FAWCETT, Laurent BRISEBOIS et Jeffrey HUGHES, *L'Enquête canadienne sur l'incapacité. Un profil de la démographie, de l'emploi et du revenu des Canadiens ayant une incapacité âgés de 15 ans et plus, 2017*, Ottawa, Statistique Canada, 28 novembre 2018, PGC-50C : Elisabeth CLOUTIER, Chantal GRONDIN et Amélie LÉVESQUE, *L'Enquête canadienne sur l'incapacité, 2017 : Guide des concepts et méthodes*, Ottawa, Statistique Canada, 28 novembre 2018 et PGC-50D : Adele FURRIE, *L'Enquête canadienne sur l'incapacité. L'évolution des données sur l'incapacité au Canada : rester en phase avec un Canada plus inclusif*, Ottawa, Statistique Canada, 28 novembre 2018.

3. 1,6 millions de ces Canadiens ne peuvent pas se procurer l'aide, les appareils ou les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin en raison du coût;
4. Plus le niveau de gravité du handicap est élevé, plus la chance d'occuper un emploi diminue. 76% des Canadiens avec une faible incapacité occupent un emploi alors que le pourcentage tombe à 31% pour ceux affectés d'un handicap grave;
5. Les personnes souffrant d'un handicap grave ont un risque plus accru de vivre dans la pauvreté comparativement aux autres Canadiens.³¹²

[301] Elle rappelle qu'en 2010 le Canada a ratifié la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* des Nations Unies, qui reconnaît le besoin de promouvoir et de protéger les droits humains des personnes handicapées³¹³. Ainsi, le Canada a rendu son premier rapport en février 2014 qui fait état de plusieurs politiques gouvernementales et programmes mis en place au pays visant l'inclusion des personnes handicapées et leur pleine participation à la société canadienne³¹⁴.

[302] Dans ses observations finales concernant ce rapport, le Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies émet trois recommandations en lien avec la loi fédérale autorisant l'aide médicale à mourir :

- a) De s'assurer que les personnes qui cherchent à bénéficier d'une mort assistée ont accès à d'autres options et à une vie digne rendue possible par des soins palliatifs appropriés, une aide aux personnes handicapées, des soins à domicile et d'autres mesures d'aide sociale favorisant l'épanouissement de la personne;
- b) D'établir des règlements d'application de la loi qui imposent la collecte et la communication de renseignements détaillés sur chaque demande et chaque intervention d'aide médicale à mourir;
- c) D'élaborer une norme nationale relative à la collecte de données et un mécanisme efficace et indépendant pour veiller à ce que le respect de la loi et

³¹² Pièces PGC-50B : STATISTIQUE CANADA, *Nouvelles données sur les incapacités au Canada*, 2017 et PGC-75 : Déclaration sous serment de Mme Wilcox, par. 14-16.

³¹³ Pièce PGC-47 : *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 13 décembre 2006, (2008) 2515 R.T.N.U. 3 (entrée en vigueur au Canada le 10 avril 2010).

³¹⁴ Pièce PGC-48 : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 35 de la Convention. Rapports initiaux des États parties attendus en 2012. Canada*, 11 février 2014, CRPD/C/CAN/1. Pour une meilleure idée des mesures mises en place au pays voir les par. 45-52, 68-69, 75 à 89; Voir aussi la pièce PGC-75 : Déclaration sous serment de Mme Wilcox, par 20. Le Canada produira aussi un second rapport en réponse à des questions du Comité des droits des personnes handicapées. Pièce PGC-48A : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 35 de la Convention. Liste de points concernant le rapport initial du Canada. Additif. Réponses du Canada à la liste de points*, 3 mars 2017, CRPD/C/CAN/Q/1/Add.1.

des règlements soit strictement assuré et qu'aucune personne handicapée ne soit soumise à des pressions extérieures.³¹⁵

[303] Les données soumises par Mme Wilcox tracent donc un portrait démographique et statistique de la situation des personnes vivant avec une incapacité ou un handicap au Canada et témoignent du souci du gouvernement de protéger leurs droits et de favoriser leur inclusion comme citoyens à part entière dans la société.

Analyse : Personnes handicapées et déficientes intellectuellement

[304] Le Tribunal comprend bien les mises en garde du professeur Shakespeare et de M. Bach au sujet des dangers potentiels liés à la normalisation sociale de l'aide médicale à mourir et à la perception possible de la société quant à la valeur intrinsèque de la vie des personnes vivant avec un handicap physique ou intellectuel dans le contexte du retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

[305] Toutefois, le Tribunal ne peut faire abstraction du fait que, comme toute autre personne apte et bien renseignée, les personnes handicapées peuvent entretenir un désir rationnel et légitime de vouloir mettre fin à leurs jours, compte tenu de leur condition, mais aussi et surtout à cause des souffrances intolérables et persistantes qu'elles vivent. Si en soi leur condition physique ou mentale pourra possiblement, dans certains cas, correspondre à l'exigence législative d'un problème de santé grave et irrémédiable, encore faut-il que cette personne puisse aussi satisfaire aux autres exigences prévues par la loi.

[306] La condition physique ou mentale des personnes handicapées ne constitue en effet qu'un élément parmi d'autres qui pourra éventuellement les rendre admissibles à l'aide médicale à mourir. Leur aptitude à consentir, les souffrances ressenties et objectivées, le déclin avancé de leurs capacités constituent tous des éléments pertinents dans l'évaluation globale de la demande. Même s'il faut rester vigilant, il est loin d'être évident qu'une personne pourra ou voudra recevoir l'aide médicale à mourir uniquement en raison de son handicap.

[307] Le cas de M. Truchon en constitue d'ailleurs la parfaite illustration. Sa condition physique n'est qu'un des éléments qui justifient de faire droit à sa demande. Sa capacité de comprendre, d'expliquer sa démarche et de consentir a aussi fait l'objet d'un examen, tout comme le déclin avancé et irréversible de ses capacités et sa grande souffrance qu'on ne peut soulager, malgré tous les efforts consacrés.

[308] Dans ce contexte, on comprend donc que pour le professeur Shakespeare et M. Bach l'exigence de la mort raisonnablement prévisible vise à protéger les personnes handicapées contre elles-mêmes ainsi que contre un biais social.

³¹⁵ Pièce PGC-49 : Comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies, *Observations finales concernant le rapport initial du Canada*, 8 mai 2017, CRPD/C/CAN/CO/1, par. 24.

[309] Or, selon le Tribunal, on ne peut au nom du principe qui est de vouloir protéger certaines personnes contre elles-mêmes ou de vouloir affirmer socialement la valeur inhérente de la vie, prohiber l'aide médicale à mourir à toute une communauté de personnes handicapées justement en raison de leur handicap. C'est ce que fait indirectement le législateur en visant une protection diffuse de certains groupes, au lieu de mettre en place des conditions structurelles strictes s'il le juge à propos pour s'assurer de bien protéger ces personnes. Encore une fois, la vulnérabilité collective ne peut conceptuellement servir de base de refus à l'aide médicale à mourir.

[310] M. Truchon et Mme Gladu, qui appartiennent à cette catégorie de personnes, désirent qu'on leur reconnaisse leur choix de décider pour eux-mêmes. Le Tribunal en convient. Agir autrement peut conduire à discriminer les personnes handicapées compte tenu de leur seul handicap. Ces personnes, citoyens à part entière, possèdent par conséquent les mêmes droits que tout autre citoyen, surtout ceux qui consistent à prendre des décisions de première importance quant à leur intégrité corporelle et à leur dignité en tant qu'être humain. Le respect de leur liberté individuelle mûrement, librement et clairement exprimée participe aussi à l'affirmation de la valeur inhérente de leur vie.

2.4 Les personnes vulnérables au suicide et le phénomène de la contagion suicidaire

[311] Selon la preuve, le suicide constitue l'une des principales urgences de santé publique du 21^e siècle³¹⁶. Le gouvernement fédéral déploie beaucoup d'efforts pour lutter contre ce fléau, notamment par le biais d'un cadre national pour la prévention du suicide qui énonce les objectifs stratégiques, les principes directeurs et ses engagements en la matière³¹⁷. En raison de ces efforts, le taux de suicide au pays est aujourd'hui relativement stable et diminue même légèrement depuis l'an 2000³¹⁸.

[312] Au Canada, environ 4000 personnes choisissent de s'enlever la vie chaque année et le suicide constitue la seconde cause de décès chez les Canadiens âgés de 15 à 34 ans³¹⁹. Parmi les principaux facteurs de risques, on compte des problèmes liés à une

³¹⁶ Pièce PGC-70 : Rapport d'expertise du Dr Mark Sinyor et curriculum vitae à jour, par. 18 et Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 32-33; Pièce PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Robin Skinner, par. 23.

³¹⁷ Pièces PGC-76 : Déclaration sous serment de Mme Isabel Giardino, par. 6; PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, par. 8-11. Voir aussi PGC-33 : *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, c. 30; PGC-34 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Cadre fédéral de prévention du suicide*, Ottawa, 2016; PGC-35 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Aperçu des initiatives fédérales en matière de prévention du suicide*, Ottawa, février 2016; PGC-36 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Rapport d'étape de 2016 sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, Ottawa, décembre 2016.

³¹⁸ Pièces PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, par. 18; PGC-40 : Robin SKINNER et al., « Suicide in Canada : is Poisoning Misclassification an Issue? », (2016) 61 *The Canadian Journal of Psychiatry* 405.

³¹⁹ Le suicide est la 3^e cause de décès chez les 35-44 ans, la 4^e chez les 45-54 ans et la 8^e chez les 55-64 ans. Pièce PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, par. 23; Pièce PGC-41 : Robin SKINNER et al., « Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15 », (2016) 36 *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 243. Voir aussi PGC-70 : Rapport

condition physique³²⁰, comme la présence d'une maladie grave³²¹ ou de douleurs chroniques, ainsi que des symptômes ou un diagnostic liés à un trouble mental³²².

[313] Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas étonnant de constater que certains groupes apparaissent globalement plus à risque de se suicider ou de tenter de passer à l'acte. La preuve aborde les particularités liées à ces groupes chez qui la prévalence du suicide demeure plus élevée que la moyenne de la population. Il s'agit notamment des personnes handicapées, malades ou vivant avec une condition physique déficiente, des personnes atteintes d'une maladie mentale, des personnes âgées, des vétérans et des militaires ainsi que des membres des communautés autochtones³²³.

[314] De l'ensemble de la preuve, le Tribunal retient et apprécie l'importance pour notre société de déployer tous les efforts possibles et nécessaires afin de contrer ce fléau, tant par la mise en place de mesures de prévention que par l'apport de ressources sociales, médicales et communautaires.

[315] Les experts et témoins entendus au procès ou qui ont déposé des déclarations sous serment à ce sujet, travaillent tous avec acharnement auprès de la population et des groupes pour contrer ce phénomène et leur travail mérite certainement d'être salué et reconnu.

[316] Le Tribunal dressera d'abord un portrait succinct des particularités des différents rapports, témoignages et déclarations sous serment qui forment l'essentiel de la preuve du procureur général du Canada ainsi que des réponses apportées par les experts en demande. Il étudiera ensuite la preuve documentaire et la preuve de la situation existant dans les juridictions étrangères avant d'en faire ressortir les points névralgiques aux fins de son analyse.

Preuve du procureur général du Canada

[317] Le procureur général du Canada a produit une abondante preuve au sujet du phénomène du suicide et de la contagion suicidaire en lien avec l'aide médicale à

d'expertise du Dr Sinyor, par. 18; PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, par. 14 et suiv; PGC- 76 : Déclaration sous serment de Mme Giardino, par. 21 et 23.

³²⁰ Pièce PGC-69 : Rapport d'expertise du Dr Jitender Sareen, professeur et chef du département de psychiatrie et curriculum vitae à jour, p. 14-18 et 19-22.

³²¹ Comme le cancer, le diabète, les maladies respiratoires ou cardiovasculaires. Pièces PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, par. 15 et PGC-39 : Robin SKINNER et al. « At-a-glance. A contextual analysis of the Suicide Surveillance Indicators », (2017) 37 *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 257.

³²² Comme le trouble de l'humeur, le trouble d'anxiété, la schizophrénie, la psychose, le stress post-traumatique ou même le trouble alimentaire. Pièces PGC-77 : Déclaration sous serment de Mme Skinner, par. 16 et PGC-39 : Robin SKINNER et al. « At-a-glance. A contextual analysis of the Suicide Surveillance Indicators » (2017) 37 *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada* 257.

³²³ Voir notamment la pièce PGC-76 : Déclaration sous serment de Mme Giardino, par. 21-22. Paradoxalement toutefois, les hommes d'âge moyen sont également identifiés comme un groupe à risque.

mourir³²⁴. D'éminents experts et des témoins impliqués de façon directe dans la prévention du suicide tracent un portrait complet de l'importante lutte contre le suicide ainsi que des efforts déployés pour le prévenir, ce qui inclut le phénomène de la contagion suicidaire.

2.4.1 Dr Jitender Sareen, professeur et chef du département de psychiatrie de l'Université du Manitoba³²⁵

[318] Le Dr Sareen se spécialise en prévention du suicide auprès des militaires et des vétérans, des personnes souffrant d'un syndrome post-traumatique, des membres des Premières Nations au Manitoba et des sans-abris³²⁶.

³²⁴ Voir la note 256 et les pièces au soutien des témoignages **a**) du Dr Sareen (PGC-69.1 : J.M. BOLTON et al., « Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorder: a population-based, balancing score-matched analysis », (2015) 45 *Psychological Medicine* 495; PGC-69.2 : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*, 2010; PGC-69.3 : Jitender SAREEN et al., « Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian population », (2016) 188 *CMAJ* 261; PGC-69.4 : VETERANS AFFAIRS CANADA, *2017 Veteran Suicide Mortality Study: 1976 to 2012*, Charlottetown, novembre 2017; PGC-69.5 et PGC-45 (pièces identiques) : James M. THOMPSON et al., « Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Force veterans », (2014) 105 *Can J Public Health* 109; PGC-69.6 : Elizabeth G. VANDENKERKHOF et al., « Pain in Canadian Veterans : Analysis of data from the Survey on Transition to Civilian Life », (2015) 20 *Pain Res Manag* 89; PGC-69.7 : Gregory E. RATCLIFFE, « Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective », (2008) 24 *Clin. J. Pain* 204; PGC-69.8 : Richard T. OSTER et al., « Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among status Aboriginal adults », (2011) (183) *CMAJ* 803), **b**) du Dr Conwell (PGC-65.1 : Annette ERLANGSEN, Elsebeth STENAGER et Yeates CONWELL, « Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide register-based cohort study », (2015) 50 *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1427; PGC-65.2 : David N. JUURLINK et al., « Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly », (2004) 164 *Arch. Intern Med.* 1179; PGC-65.3 : Yeates CONWELL et al., « Health status and suicide in the second half of life », (2010) 25 *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 371; PGC-65.4 : Yeates CONWELL et al., « Age Differences in Behaviors Leading to Completed Suicide », (1998) 6 *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 122; PGC-65.5 : P.R. DUBERSTEIN et al., « Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain », (2004) 34 *Psychological Medicine* 137 et P.R. DUBERSTEIN et al., « Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study », (2004) 34 *Psychological Medicine* 1331), **c**) du Dr Sinyor (PGC-70.1 : David Albert JONES et David PATON, « How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide? », (2015) 108 *Southern Medical Journal* 599; PGC-70.2 : Matthew P. LOWE et Jocelyn DOWNIE, « Does Legalization of Medical Assistance in Dying Affect Rates of Non-assisted Suicide? », (2017) 10 *Journal of Ethics in Mental Health* 1; PGC-70.3 : Marianne C. SNIJDEWIND et al., « Developments in the practice of physician-assisted dying: perceptions of physicians who had experience with complex cases », (2018) 44 *J. Med. Ethics* 292; PGC-70.4 : Damiaan DENYS, « Is Euthanasia Psychiatric Treatment? The Struggle With Death on Request in the Netherlands », (2018) 175 *Am. J. Psychiatry* 822; PGC-70.5 : Nicole STECK et al., « Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort », (2015) 145 *Swiss Medical Weekly* 14153).

³²⁵ PGC-69 : Rapport d'expertise du Dr Jitender Sareen et curriculum vitae à jour. Il est aussi notamment directeur médical du programme de santé mentale auprès du Winnipeg Regional Health Authority Clinic. Il co-préside aussi un panel d'expert sur la prévention du suicide au sein des Forces armées canadiennes. Dr Sareen a témoigné à l'audience.

³²⁶ *Id.*, par. 6-8.

[319] Son rapport fait état de l'impact négatif qu'aurait certainement selon lui, le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible sur les personnes souffrant d'une maladie ou d'une condition physique³²⁷ et particulièrement, des risques qu'encourraient les militaires, les vétérans³²⁸ et les membres des communautés autochtones³²⁹ qui sont plus susceptibles que le reste de la population de manifester des comportements suicidaires.

[320] À son avis, sans l'exigence en cause, beaucoup des membres de ces groupes, qui autrement auraient des comportements suicidaires, deviendraient admissibles à l'aide médicale à mourir et pourraient s'en prévaloir pour arriver à leur fin. Dès lors, l'État « *would be actively facilitating it as a societal objective* »³³⁰.

[321] Il considère très difficile de distinguer le suicide de l'aide médicale à mourir, puisqu'à son avis, l'aide médicale à mourir constitue en soi un moyen de se tuer.

[322] De plus dans ces circonstances, l'aide médicale à mourir minerait les efforts de prévention du suicide déployés au pays. « *Without the element of foreseeable death, the commitment to suicide prevention would necessarily be diminished, and rather than seeking to prevent suicide, Canada would be actively facilitating it as a societal objective. As well, such a change could, in my opinion, be expected to lead to more premature deaths – whether by MAID (Medical aid in dying) or by suicide – than would be the case if the law remained in its current state.* »³³¹

2.4.2 Dr Yeates Conwell, professeur à l'Université de Rochester, NY, en psychiatrie gériatrique et chercheur et clinicien en prévention du suicide chez les personnes âgées³³²

[323] Le Dr Conwell identifie bien les facteurs de risque suicidaire chez les personnes âgées, jumelés souvent au manque d'accès à des ressources et à des services médicaux

³²⁷ Témoignage du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 29 à 34; Pièce PGC-69.1 : J.M. BOLTON et al. « Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorder: a population-based, balancing score-matched analysis », (2015) 45 *Psychological Medicine* 495. Le Dr Sareen fait aussi état dans son rapport du risque suicidaire en lien avec des conditions mentales ou des facteurs stressants psycho-sociaux. Pièce PGC-69 : Rapport d'expertise du Dr Sareen, par. 37. Témoignage du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 40 et suiv. Voir aussi la pièce PGC-69.3: Jitender SAREEN et al. « Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian population », (2016) 188 *CMAJ* 261.

³²⁸ Voir notamment les pièces PGC-69.6: Elizabeth G. VANDENKERKHOF et al., « Pain in Canadian Veterans:: Analysis of data from the Survey on Transition to Civilian Life », (2015) 20 *Pain Res Manag* 89; PGC-45 : James M. THOMPSON et al., « Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Force veterans », (2014) 105 *Can J Public Health* 109; Témoignage du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 48 et suiv.

³²⁹ Témoignage du Dr Sarreen, 31 janvier 2019, p. 52 et suiv.; Pièce PGC-69.8 : Richard T. OSTER et al., « Recent epidemiologic trends of diabetes mellitus among status Aboriginal adults », (2011) (183) *CMAJ* 803.

³³⁰ Témoignage du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 28.

³³¹ Pièce PGC-69 : Rapport d'expertise du Dr Sareen, par. 18. Voir aussi par. 15.

³³² Pièce PGC-65 : Rapport d'expertise du Dr Yeates Conwell et curriculum vitae à jour. Le Dr Conwell exerce ses fonctions depuis plus de 30 ans. Ses nombreuses qualifications et les postes qu'il a occupés ou qu'il occupe toujours sont détaillés à son curriculum vitae ainsi qu'aux par.7-9 de son rapport. Il

appropriés pour traiter ces symptômes dans cette classe de la population³³³. En général, les personnes âgées qui désirent mettre fin à leurs jours restent ambivalentes face à ce choix et beaucoup d'entre elles opteraient pour une solution différente si elles recevaient les soins appropriés³³⁴.

[324] Contrairement aux autres groupes démographiques, le suicide chez les personnes âgées est rarement le résultat d'un geste impulsif mais est plutôt réfléchi et planifié en utilisant des méthodes moins violentes³³⁵.

[325] S'il recevait une demande d'aide médicale à mourir, il aborderait la situation et traiterait le patient comme un cas à risque suicidaire. Pour lui, ce n'est pas tant qu'il existe un large chevauchement entre le cas d'une personne suicidaire et celui d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir, mais plutôt que ces personnes font partie d'une seule et même catégorie, soit celle des personnes susceptibles de passer à l'acte³³⁶.

[326] Sans l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, qui sert de mesure de sauvegarde essentielle, le Dr Conwell opine que beaucoup de personnes âgées mourront en optant pour l'aide médicale à mourir, faute d'avoir trouvé d'autres alternatives³³⁷. De plus, le biais social qui victimise les personnes âgées s'accroîtra, car l'État leur enverra le message que de se tuer en recevant l'aide médicale à mourir constitue une bonne solution pour eux.

[327] Il précise que: « *Given that the risks for suicide overlap greatly with those that predispose a person to seek MAID, then the inclusion of the reasonable foreseeability criterion is the best means by which to minimize the likelihood that people will die unnecessarily with medical assistance. By removing the reasonable foreseeability criterion, Canada would greatly expand the time at which people in their most vulnerable state have access to assisted death, increasing the number of people who die unnecessarily when alternatives could, and in many cases would have been found. The foreseeability criterion serves to protect them.* »³³⁸

exerce sa profession dans l'État de New York, où l'euthanasie sous quelque forme que ce soit est interdite.

³³³ *Id.*, par. 14-23 : Les facteurs de risque suicidaire (regroupés en six domaines) ont été décrits comme étant les suivants : le facteur démographique (genre, statut marital, etc.), la dépression, la maladie physique, le handicap, l'isolement social et l'accès à des moyens de mettre un terme à sa vie. Ces facteurs peuvent fluctuer dans le temps et sont interdépendants. Il mentionne aussi que la cohorte des baby-boomers née entre 1946 et 1965 est vulnérable au suicide à mesure qu'elle atteint le vieil âge. Témoignage du Dr Conwell, 29 janvier 2019, p. 110-112 et suiv.

³³⁴ Pièce PGC-65 : Rapport d'expertise du Dr Conwell, par. 27-29 et Témoignage du Dr Conwell, 29 janvier 2019.

³³⁵ Pièce PGC-65.4: Yeates CONWELL et al., « Age Differences in Behaviors Leading to Completed Suicide », (1998) 6 *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 122.

³³⁶ Témoignage du Dr Conwell, 29 janvier 2019, p. 157 à 159.

³³⁷ Pièce PGC-65 : Rapport d'expertise du Dr Conwell, par. 32, 33-35 et 37. Voir aussi p. 16. Il est aussi d'avis que de n'autoriser l'aide médicale à mourir qu'en fin de vie réduit le nombre d'erreurs et a des conséquences moins graves puisque la mort est proche de toute façon.

³³⁸ *Id.*, par. 40.

2.4.3 Dr Mark Sinyor, psychiatre et chercheur en prévention du suicide, contagion suicidaire et en publicisation du message sur le sujet³³⁹

[328] Données à l'appui, le Dr Sinyor fait état du fléau que représente le suicide dans toutes les classes et tous les groupes d'âge de la société canadienne et de l'importance de continuer à investir les ressources nécessaires afin de le prévenir³⁴⁰.

[329] Le Dr Sinyor est un spécialiste de la contagion suicidaire, phénomène bien connu en vertu duquel une personne vulnérable s'identifie à une autre personne qui s'est suicidée et décide aussi de passer à l'acte³⁴¹. Les études scientifiques démontrent en effet, que les facteurs combinés de la connaissance d'un suicide, soit par la médiatisation de l'évènement ou d'une autre façon³⁴², et l'identification à la personne qui s'est suicidée peuvent amener des individus vulnérables à faire de même³⁴³.

[330] Selon lui, il n'existe pas de distinction entre l'aide médicale à mourir et le suicide, sauf lorsque la mort est raisonnablement prévisible. En dehors de ce contexte précis, l'aide médicale à mourir constitue certainement un suicide³⁴⁴. Quand la mort est raisonnablement prévisible toutefois, il peut alors concevoir une différence, puisque le fondement du choix exprimé n'est pas de vivre ou non, mais est restreint au moment et à la façon dont la mort va se produire³⁴⁵.

³³⁹ Pièce PGC-70 : Rapport d'expertise du Dr Mark Sinyor, psychiatre, et curriculum vitae à jour.

³⁴⁰ *Id.* Voir le par. 3 : Il rapporte que la maladie mentale est présente dans la très grande majorité des suicides.

³⁴¹ Il faut remonter en 1774, lors de la parution du livre *Les souffrances du jeune Werther* par Johann Wolfgang von Goethe, pour voir la première émergence du phénomène de contagion suicidaire, encore aujourd'hui parfois nommé « l'effet Werther » ou « The Werther Effect ».

³⁴² La médiatisation et publicisation de l'évènement peuvent se produire de différentes manières : par les médias traditionnels, les médias sociaux, l'entourage, etc. Il n'est pas nécessaire que cette publicisation revête un caractère de sensationnalisme pour que la contagion soit présente. Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 146-147. Par ailleurs, pour contrer ce phénomène, des politiques sont adoptées au Canada et ailleurs dans le monde sur la manière dont les médias devraient rapporter les cas de suicide.

³⁴³ Par exemple, le Dr Sinyor mentionne que le suicide de l'acteur américain Robin Williams a engendré à lui seul, 1800 autres suicides. Le phénomène peut toutefois aussi se produire avec le suicide de personnes qui ne sont pas connues. À titre d'exemple, le suicide d'un étudiant dans une école risque d'avoir des répercussions chez d'autres élèves de la même école ou même d'ailleurs, qui ont simplement connaissance de l'évènement. Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 36-38; Pièce PGC-70 : Rapport d'expertise du Dr Sinyor, par. 24 et suiv.

³⁴⁴ Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 67: « [...] any situation where you take your life on purpose is suicide according to a very strict definition. »; p. 68: « If you remove the reasonable foreseeable death criterion and you allow people at all stages of life or any stage of life potentially to access MAID, my opinion is that it really is indistinguishable from suicide. »

³⁴⁵ Pièce PGC-70: Rapport d'expertise du Dr Sinyor, par. 21 : « [...] Death will happen regardless of their decisions. One could argue that physician-assisted death in this context should not be considered suicide as the patient is not truly choosing whether to live or die, only exercising a degree of control over a process that is already happening. The same is not true if a person's death is not foreseeable. [...] ».

[331] À l'heure actuelle, aucune étude au sujet de l'impact de l'aide médicale à mourir sur la contagion suicidaire n'a été réalisée au Canada ou ailleurs dans le monde³⁴⁶. Il n'existe donc aucune donnée probante à cet égard³⁴⁷.

[332] Toutefois, l'aide médicale à mourir comporte, comme toute autre chose, un potentiel de contagion. Une plus grande notoriété de la pratique « *could potentially result in unassisted suicide* », bien qu'il s'agisse à ce stade d'un préjudice potentiel seulement et d'une hypothèse³⁴⁸.

[333] Le Dr Sinyor rapporte qu'il semble possible d'inférer d'une certaine littérature³⁴⁹ que dans des pays qui ont légalisé une forme d'euthanasie, le taux de suicide demeure stable ou démontre même un potentiel d'augmentation³⁵⁰. Finalement, le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible enverrait de la part du gouvernement un message de normalisation, soit qu'il est acceptable de s'enlever la vie pour pallier une vie difficile et viendrait miner les efforts déployés en matière de prévention du suicide³⁵¹ : « *MAID is already legal in Canada as a mean of alleviating suffering associated with end of life. Expansion of the use of MAID to include people whose deaths are not reasonably foreseeable has the potential to increase suicide contagion. That is because most people who have suicidal thoughts are experiencing suffering not at the end of life and are apt to identify with those seeking death to remedy that circumstance. Legal and governmental support for the notion that suicide is a potentially effective way of coping with suffering not at the end of life is at odds*

³⁴⁶ Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 187 et 188: « *So, at the time of the search, and actually, it remains today, I've still yet to be able to find, I haven't found a study in which the focus of the study was to determine whether contagion had occurred. Q: Just to be clear, there is no study. A: No, not to my knowledge* ». L'autre expert le Dr Conwell indique, lors de son contre-interrogatoire le 29 janvier 2019, p. 187, ne jamais avoir été témoin de contagion suicidaire en lien avec l'aide médicale à mourir.

³⁴⁷ En fait, il n'existerait qu'une étude dans le monde examinant indirectement l'augmentation des suicides à la suite de la médiatisation d'un cas très célèbre d'euthanasie en Suisse. Pièce PGC-70 : Rapport d'expertise du Dr Sinyor, par. 45 citant A. FREI et al. « *The Werther effect and assisted suicide* », (2003) 33 *Suicide Life-Threatening Behavior* 192. Toutefois, le Dr Sinyor n'hésite pas à la qualifier de non significative: « *It was too small. The numbers were too low to do statistical analysis, but at least there was some suggestion that there could have been some contagion effect.* » Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 70-71. Le Dr Sinyor a aussi participé à une étude sur la corrélation entre les cas de suicide rapportés dans 13 publications disponibles à Toronto et les cas subséquents de suicide entre 2011 et 2014 : Mark SINYOR et al, « *The association between suicide deaths and putatively harmful and protective factors in media reports* », (2018) 190 *CMAJ* 900. Toutefois cette étude portait uniquement sur la contagion suicidaire avant la légalisation de l'aide médicale à mourir au Canada. Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 76.

³⁴⁸ Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 75.

³⁴⁹ Pièce PGC-70.1 : David Albert JONES et David PATON, « *How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide?* », (2015) 108 *Southern Medical Journal* 599; Pièce PGC-70.2 : Matthew P. LOWE et Jocelyn DOWNIE, « *Does Legalization of Medical Assistance in Dying Affect Rates of Non-assisted Suicide?* », (2017) 10 *Journal of Ethics in Mental Health* 1; Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 105-106 : « *[...] both in my study in Canada and the Jones and Paton study in the United States, did not find that there was any associated reduction in suicides and showed a signal of potential increase and there is absolutely no literature available studying the relationship between the introduction of MAID without a reasonable foreseeable death criterion on non-assisted suicide.* »

³⁵⁰ Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 92 et suiv.

³⁵¹ Pièce PGC-70 : Rapport d'expertise du Dr Sinyor, p. 41 et suiv.

*with modern efforts at suicide messaging and prevention. It undermines the narrative that people contemplating suicide must work to find other solutions and should seek help. »*³⁵²

2.4.4 Dre Alexandra Heber, psychiatre

[334] La Dre Heber témoigne à titre de psychiatre en chef au ministère des Anciens combattants Canada, poste qu'elle occupe depuis 2016. Elle relate son expérience antérieure à titre de psychiatre au sein des Forces armées canadiennes, dans le cadre de laquelle elle a participé à 10 enquêtes post-suicide réalisées parmi les militaires et leurs familles³⁵³.

[335] En collaboration avec des experts internationaux, elle contribue à l'élaboration d'une stratégie conjointe de prévention du suicide visant à identifier les facteurs de risque de suicide chez les vétérans et les stratégies de prévention³⁵⁴.

[336] Les vétérans se révèlent plus susceptibles de passer à l'acte que le reste de la population, notamment à cause des problèmes de santé physique et mentale dont ils souffrent et qui constituent des facteurs de risques reconnus du suicide³⁵⁵. Il est donc primordial selon la Dre Heber que la prévention du suicide demeure une priorité au sein de cette population³⁵⁶.

2.4.5 M. Jean-Claude Therrien Pinette, chef des opérations de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador³⁵⁷

[337] M. Therrien Pinette témoigne par déclaration sous serment. Les Premières Nations du Québec ont effectué une enquête régionale sur la santé dans 21

³⁵² *Id.*, par. 5.

³⁵³ Témoignage de la Dre Alexandra Heber, 6 février 2019, p. 9-12.

³⁵⁴ Pièce PGC-43 : GOUVERNEMENT DU CANADA, *Stratégie conjointe de prévention du suicide des Forces armées canadiennes et d'Anciens combattants Canada*, Ottawa, 2017. Parmi les facteurs de risque, on retrouve les manifestations d'humeur, les troubles de santé mentale, les événements stressants, l'accès à des instruments mortels et l'imitation. Les membres ou ex-membres des Forces armées canadiennes entretiennent un fort degré d'identification entre eux. Témoignage de la Dre Heber, 6 février 2019, p. 34. Voir aussi les pièces PGC-62 : ANCIENS COMBATTANTS CANADA, *Suicide Prevention at Veterans Affairs Canada: Framework*, Charlottetown, 2010 et PGC-42 : ANCIENS COMBATTANTS CANADA, *A Well-Being Construct for Veterans' Policy, Programming and Research*, Research Directorate Technical Report, Charlottetown, 2016, p. 22.

³⁵⁵ Pièces PGC-44: James M. THOMPSON et al., « Mental Health of Canadian Armed Forces Veterans: review of population studies » (2016) 2 *Journal of Military, Veteran and Family Health* 70, 79, figure 3; et PGC-45: James M. THOMPSON et al., « Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Forces Regular Force veterans », (2014) 105 *Canadian Journal of Public Health* 109. Notamment, les vétérans sont affectés de problèmes de dos, d'arthrite, de douleurs chroniques. 75% des vétérans qui reçoivent une pension d'invalidité en raison d'une condition mentale souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique. Témoignage de la Dre Heber, 6 février 2019, p. 17-21.

³⁵⁶ Témoignage de la Dre Heber, 6 février 2019, p. 37 et suiv.

³⁵⁷ Pièce PGC-80 : Déclaration sous serment de M. Jean-Claude Therrien Pinette.

communautés issues de huit nations qui révèle notamment l'importance du problème du suicide dans ces communautés³⁵⁸.

[338] Entre 2000 et 2011, 32.2% des personnes qui se sont suicidées dans ces communautés présentaient un trouble de santé mentale, excluant ceux liés aux abus et aux dépendances³⁵⁹. M. Therrien Pinette relate sa propre expérience auprès de plusieurs membres de sa communauté. Il a été touché par plus de 20 suicides dans son entourage et a été témoin du phénomène de contagion suicidaire³⁶⁰.

[339] Les données de l'enquête régionale sur la santé témoignent que la majorité des adultes de 35 ans et plus cumulent plusieurs problèmes de santé chroniques, dont le diabète qui touche près d'un adulte sur quatre âgé de 40 à 64 ans³⁶¹.

[340] La mise en place de mesures de prévention du suicide et de bonnes pratiques d'interventions auprès des personnes suicidaires demeure essentielle dans ces communautés³⁶².

2.4.6 Dr Scott Y.H. Kim, psychiatre, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de l'Université du Michigan et bioéthicien³⁶³

[341] L'essentiel du rapport du Dr Kim sera abordé dans la section des personnes vulnérables en lien avec leur condition psychiatrique ainsi que dans la section relative

³⁵⁸ Pièce PGC-63 : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations. Faits saillants 2015*, Wendake, CSSPNQL, 2018. Il s'agit d'un rapport constitué de plusieurs feuillets thématiques reliés à la surveillance de l'état de santé et à la prévention du suicide (la pièce PGC-80C est un extrait de la pièce PGC-63). D'abord comme enquête-pilote en 1997, trois phases ont été réalisées depuis en 2002, 2008 et 2015. Pièce PGC-80 : Déclaration sous serment de M. Therrien Pinette, par. 17. On constate des données de 2015 que 5% de la population âgée de 12 ans et plus a déclaré avoir sérieusement songé au suicide et que 2% a fait une tentative dans l'année précédant l'enquête, 10,2% des personnes de 12 ans et plus ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie et ce nombre grimpe à 38% chez ceux dont la détresse psychologique est modérée ou sévère au cours de l'année précédant l'enquête. Pièce PGC-63, p. 67; Pièce PGC-80 : Déclaration sous serment de M. Therrien Pinette, par. 21 à 25 qui réfèrent aux pages 1 à 124 de la pièce PGC-63.

³⁵⁹ Pièces PGC-80 : Déclaration sous serment de M. Therrien Pinette, par. 30 et PGC-63 : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations. Faits saillants 2015*, Wendake, CSSPNQL, 2018, p. 125, 129, 137-138, 149-158. 19,1% des rapports sur les personnes qui se sont suicidées font aussi état d'un proche de la victime qui s'était également suicidé.

³⁶⁰ Pièce PGC-80 : Déclaration sous serment de M. Therrien Pinette, par. 1, 6-7.

³⁶¹ *Id.*, par. 23 et Pièce PGC-63 : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations. Faits saillants 2015*, Wendake, CSSPNQL, 2018, p. 25-27.

³⁶² Pièce PGC-80 : Déclaration sous serment de M. Therrien Pinette, par. 31 : On parle notamment de l'utilisation de la langue d'usage de la personne, de l'implication des proches, de l'intégration de la spiritualité autochtone et de la coordination des différents services sociaux, communautaires et médicaux.

³⁶³ Le rapport du Dr Kim a été déposé sous la pièce PGC-71. Comme le rapport du Dr Kim touche à beaucoup de sujets abordés lors de cette audience, seule la portion portant sur le lien entre le suicide, la prévention du suicide et l'aide médicale à mourir sera abordée dans la présente section. Pièce PGC-71: Rapport d'expertise du Dr Kim avec annexes A à G et curriculum vitae à jour, par. 343 et suiv.

aux systèmes étrangers. Le dépôt du rapport du Dr Kim a fait l'objet d'une objection de la part des demandeurs. Le Tribunal rejette cette objection pour les motifs exposés à la section « Objections » du présent jugement. Son rapport et son témoignage sont par conséquent admis en preuve.

[342] Le Tribunal comprend de l'analyse effectuée par le Dr Kim sur la question de l'aide médicale à mourir en lien avec le suicide, qu'il considère difficile de distinguer les deux concepts, particulièrement lorsque la mort du patient n'est pas raisonnablement prévisible. Bien qu'il n'en fasse pas état de façon précise, il est d'avis que la preuve mise de l'avant dans le cadre de son rapport ne permet pas de conclure que le suicide et l'aide médicale à mourir peuvent être facilement distingués³⁶⁴.

[343] Il soutient que l'aide médicale à mourir donnée lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible ne constitue en fait qu'une manière de mourir, alors que la question qui devrait plutôt se poser est celle de savoir si c'est approprié ou non de le faire. Il assimile donc l'aide médicale à mourir à un suicide sans douleur: « *However, when MAID is performed in persons who are not dying in any reasonably foreseeable future, the mere changing of the manner of death cannot speak to the issue of whether to provide MAID (i.e., deciding whether one lives or dies, not just how one dies) is appropriate or not. A painless suicide may be preferable to a painful one, but merely making it painless does not justify not attempting to prevent it. Thus, for MAID where death is not reasonably foreseeable, mere appeal to differences in manner of death begs the question whether MAID can be reliably and validly separated from suicides.* »³⁶⁵

2.4.7 Dr Timothy E. Quill, professeur de gériatrie, de soins palliatifs et d'éthique à l'Université de Rochester, NY³⁶⁶

[344] Le Dr Quill pratique les soins palliatifs dans l'État de New York, où aucune forme d'aide médicale à mourir ou d'aide au suicide n'est autorisée.

[345] Il constate que les soins palliatifs sont en général très efficaces pour soulager les souffrances des patients et leur permettent souvent de prolonger leur vie. Parfois, les patients qui souffrent beaucoup doivent accepter de recevoir des doses médicamenteuses importantes qui les rendent somnolents et peu conscients de leur environnement. Outre l'administration de médicaments, il existe dans sa pratique, deux autres méthodes de fin de vie : l'arrêt de traitements actifs et l'arrêt volontaire de l'hydratation et de l'alimentation, auquel il réfère sous l'acronyme de VSED, c'est-à-dire

³⁶⁴ *Id.*, par. 363 : « *MAID in the non-dying, including most psychiatric MAID, is about whether one lives or dies-just as it is in suicide. The evidence discussed in this report does not support the view that MAID and suicide are easily distinguishable in such situations, and actually supports the opposite view.* » Le Dr Kim ne réfère à aucune preuve particulière pour appuyer cette affirmation.

³⁶⁵ *Id.*, par. 346. Par ailleurs, le reste du propos du Dr Kim consiste essentiellement à critiquer la position prise par l'American Association of Suicidology (pièce P-33) avec laquelle il n'est vraisemblablement pas d'accord et sur laquelle nous reviendrons.

³⁶⁶ Pièce PGC-73 : Rapport d'expertise du Dr Timothy E. Quill, professeur en gériatrie, et curriculum vitae à jour. Le Tribunal a traduit librement la qualification du Dr Quill de « Hospice and Palliative care » en « Gériatrie et soins palliatifs » étant donné la distinction qu'il existe entre les « Hospice care » aux États-Unis et les soins dispensés aux personnes âgées dans notre pays.

« Voluntary Stopping of Eating and Drinking »³⁶⁷. Le Tribunal adoptera cette appellation dans le cadre du jugement.

[346] Le Dr Quill décrit avec force détails le parcours d'un patient qui désire mettre fin à sa vie à cause de sa condition et de ses souffrances en arrêtant de s'hydrater ou de s'alimenter. Il s'agit en effet, d'une décision qui implique une grande volonté puisque le processus dure en général de 10 à 14 jours avant que la mort survienne. S'il est relativement facile selon le Dr Quill de ne pas manger, combattre la soif demeure très difficile et souffrant.

[347] Le patient doit être suivi, supporté verbalement et encouragé à persévérer. Si le patient boit ne serait-ce qu'une petite quantité d'eau, le processus peut perdurer pendant une longue période de temps... voire des mois³⁶⁸.

[348] Au fur et à mesure du processus et particulièrement dans les derniers jours, le patient devient très faible, délirant et confus³⁶⁹. Même s'il perd sa capacité à consentir, le Dr Quill témoigne que si le patient réclame à boire, il le fera boire.

[349] Il prône cette option pour ses patients en soins palliatifs dont la mort n'est pas prévisible ou imminente et qui sont aptes à consentir au début du processus. Il ne fait état d'aucun problème à évaluer la capacité des patients qui demandent le VSED. Il hésite à qualifier le VSED de suicide, mais comme les personnes qui l'entreprennent sont aptes, ne sont pas atteintes d'une maladie mentale et sont souffrantes, il le qualifie de suicide rationnel.

[350] Il s'agit selon lui, d'un moyen dont disposent les personnes qui veulent mettre fin à leurs jours et qui ne se trouvent pas en fin de vie. L'avantage réside dans le fait que la mort repose alors entre les mains du patient et non entre celles du médecin.

Preuve des demandeurs

2.4.8 Dr James Downar

[351] À titre de médecin qui évalue des patients qui demandent l'aide médicale à mourir et qui possède une bonne expérience clinique en soins intensifs et palliatifs, le Dr Downar est catégorique qu'il ne confond jamais un patient suicidaire avec un patient qui demande l'aide médicale à mourir. Il fait d'ailleurs état des grandes distinctions entre les deux³⁷⁰.

³⁶⁷ *Id.*

³⁶⁸ Témoignage du Dr Quill, 5 février 2019, p. 42-44; Pièce PGC-73 : Rapport d'expertise du Dr Quill, par. 10.

³⁶⁹ Il mentionne que les reins cessent de fonctionner et que le taux d'électrolytes est complètement débalancé. Voir aussi la pièce PGC-73.1: John W. WAX et al., « Voluntary Stopping Eating and Drinking », (2018) 66 *J. Am. Geriatr. Soc.* 441.

³⁷⁰ Pièce P-25: Rapport d'expertise du Dr James Downar, médecin, et curriculum vitae à jour, par. 16 et suiv.

L'aide médicale à mourir et le suicide devraient, selon lui, être considérés comme deux réalités distinctes³⁷¹ :

The idea, right, is that there are concepts that seem to overlap, right? Like on a very superficial level, you may think that there is a lot in common between suicidality and a request for Medical Aid in Dying. In reality, when you dig even a small amount into understanding what these people are asking for, you see... and start to interview them, you will notice quite dramatic differences between the two in the cases that I have seen.³⁷²

[352] Il explique que le suicide est généralement un acte impulsif posé de manière solitaire alors que l'aide médicale à mourir est l'aboutissement d'un processus mûrement réfléchi, discuté avec le médecin et la famille. Il note aussi d'importantes différences démographiques entre le suicide et l'aide médicale à mourir. Le suicide est généralement commis par des hommes plus jeunes qui présentent une combinaison de problèmes de santé mentale, une dépendance, des douleurs chroniques, des difficultés relationnelles ou financières et qui ont parfois peu de soutien social. L'aide médicale à mourir est majoritairement demandée par des gens âgés, éduqués, qui ne souffrent d'aucun problème mental ou de dépendance, qui sont suivis par le système de santé, ont un bon réseau social et sont atteints d'une maladie au dernier stade qui les fait souffrir³⁷³.

[353] Quant au concept de contagion suicidaire, il analyse plusieurs données nationales et étrangères³⁷⁴ et conclut que la légalisation de l'aide médicale à mourir n'entraîne pas un phénomène de contagion suicidaire. Finalement, il réfute l'idée que le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible créera une augmentation significative du nombre de personnes qui se prévaudront de l'aide médicale à mourir.

2.4.9 Dre Justine Dembo

[354] Pour la Dre Dembo il apparaît clair que le retrait de l'exigence en cause n'aurait aucun impact sur le suicide, sur les efforts de lutte suicide ou sur le phénomène de la

³⁷¹ *Id.*, par. 16: « *Medical assistance in dying (MAID) and unassisted suicide should be considered separate concepts.* »

³⁷² Témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 96-97.

³⁷³ Pièce P-25 : Rapport d'expertise du Dr Downar, par 16. Cette distinction est aussi notée par le Dr Turcotte à l'audience, 7 février 2019, p. 96-97 ainsi que par le Dr Naud à l'audience, 12 février 2019, p. 166-167, qui spécifient que le patient suicidaire est souvent plutôt jeune, en bonne santé, a un sensorium altéré par une condition mentale ou une intoxication et il ne parle pas de ses idées de mort avec quiconque, mais qui, à un moment, commet le geste impulsif fatal, ou pour appeler à l'aide. Au contraire, le patient qui demande l'aide médicale à mourir ne le fait pas par impulsivité mais prend cette décision après un long cheminement. Il s'agit majoritairement de personnes âgées, malades depuis longtemps qui vivent avec d'importantes souffrances que les médecins sont en mesures d'objectiver.

³⁷⁴ Pièce P-25 : Rapport d'expertise du Dr Downar, par. 18 et suiv. citant des données de l'OCDE et analysant l'article de Jones et Paton (Pièce PGC-70.1 : David Albert JONES et David PATON, « How Does Legalization of Physician-Assisted Suicide Affect Rates of Suicide? », (2015) 108 *Southern Medical Journal* 599) sur le comparatif des taux de suicide dans les États américains ayant permis l'aide au suicide, pour conclure à une interprétation erronée de la part des opposants à la légalisation de l'aide médicale à mourir.

contagion suicidaire puisqu'il s'agit là de concepts tout à fait distincts de l'aide médicale à mourir³⁷⁵.

[355] Un patient qui demande l'aide médicale à mourir voudrait vivre mais sait pertinemment que ce n'est pas possible dans sa situation actuelle. Il désire mettre un terme aux grandes souffrances qu'il éprouve, dans des conditions et au moment qu'il choisira, la plupart du temps, entouré de sa famille. Cette décision ne se fait pas de manière irréfléchie et doit, pour se concrétiser, avoir scrupuleusement franchi toutes les étapes et les mesures de sauvegarde prévues par la loi³⁷⁶.

[356] Au contraire, le suicide apparaît souvent violent, impulsif et exécuté en secret pour mettre fin aux difficultés de la vie. On ne peut à son avis, extrapoler les données tirées du phénomène de la contagion suicidaire et les appliquer à l'aide médicale à mourir³⁷⁷.

[357] Autoriser l'aide médicale à mourir aux patients qui ne sont pas en fin de vie ou dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, mais qui, par ailleurs, satisfont à l'ensemble des autres exigences législatives, ne sape pas les efforts de prévention et de lutte au suicide : « [...] *I do not believe that there would be any impact of removing the « reasonably foreseeable » criterion on suicide prevention in my practice. Suicide prevention is an essential part of any psychiatrist's practice, and the existence of MAID with or without a "reasonably foreseeable" death does not undermine suicide prevention in any way. I would again remind the reader that MAID is not equivalent to suicide.* »³⁷⁸

La preuve documentaire

[358] Le Tribunal a aussi pris connaissance de l'énoncé officiel émis par l'American Association of Suicidology (AAS) intitulé "*Suicide*" is not the same as "*Physician Aid in Dying*"³⁷⁹, abondamment commenté par plusieurs experts tout au long de l'audience³⁸⁰.

[359] La position de l'AAS, dont la mission est de prévenir et de lutter contre le suicide, s'exprime clairement dans l'énoncé introductif de synthèse :

The American Association of Suicidology recognizes that the practice of physician aid in dying, also called physician assisted suicide, Death with Dignity, and medical aid in dying, is distinct from the behavior that has been traditionally and ordinarily described as "suicide", the tragic event our organization works so hard to prevent. Although there may be overlap between the two categories, legal physician

³⁷⁵ Pièce P-24 : Rapport d'expertise de la Dre Dembo, par. 2, 25, 32, 33 et 34.

³⁷⁶ Témoignage de la Dre Dembo, 11 février 2019, p. 91-95.

³⁷⁷ Pièce P-24 : Rapport d'expertise de la Dre Dembo, par. 2 et 25. Témoignage de la Dre Dembo, 11 février 2019, p. 98-103.

³⁷⁸ Pièce P-24 : Rapport d'expertise de la Dre Justine Dembo, par. 33.

³⁷⁹ Pièce P-33: AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, *Statement of the American Association of Suicidology: "Suicide" is not the same as "Physician Aid in Dying"*, 30 octobre 2017.

³⁸⁰ Drs Kim, Gaind, Conwell, Naud, Downar, Dembo et Sareen.

assisted deaths should not be considered to be cases of suicide and are therefore a matter outside the central focus of AAS.³⁸¹

[360] L'AAS relève d'une part que l'une des sources de confusion entretenue entre les deux réalités vient de l'utilisation même de l'expression « suicide assisté » pour référer à l'aide médicale à mourir, emploi qui devrait être banni³⁸².

[361] D'autre part, contrairement à ce que certains des experts du procureur général prétendent, le Tribunal conclut que l'énoncé de l'AAS ne se limite pas à la situation qui prévaut dans certains États américains où seulement l'auto-administration d'une substance létale supervisée par un médecin est permise, mais englobe aussi les autres législations dans le monde qui permettent l'aide médicale à mourir, incluant les juridictions européennes et le Canada³⁸³.

[362] L'AAS relève 15 points de différences entre le suicide et l'aide médicale à mourir. Bien qu'elle reconnaisse qu'il puisse exister des points de convergence entre les deux (« overlap »), elle les identifie surtout en relation avec les cas de dépression, de maladie mentale ou de distorsion cognitive. En pareilles circonstances, l'AAS suggère une consultation avec un psychiatre afin de s'assurer de la capacité des patients, et le cas échéant, de les évacuer du processus et leur fournir des soins et des traitements traditionnels normalement offerts à des personnes suicidaires³⁸⁴.

[363] Parmi ces 15 points de différences, on trouve notamment :

2) In PAD [physician aid in dying], the person with a terminal illness does not necessarily want to die; he or she typically want desperately to live but cannot do so; the disease will take its course. Suicide, by contrast, even when marked by ambivalence, typically stems from seemingly unrelenting psychological pain and despair; the person cannot enjoy life or see that things may change in the future.

5) Suicide in the conventional sense often involves physical self-violence, as in gunshot wounding, self-hanging, jumping, self-cutting, self-drowning and the ingestion of substances or compounds that may cause painful death. PAD in

³⁸¹ Pièce P-33: AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, *Statement of the American Association of Suicidology: "Suicide" is not the same as "Physician Aid in Dying"*, 30 octobre 2017, p. 1, Executive summary.

³⁸² *Id.*, p. 4: « [...] In fact, we believe that the term "physician-assisted suicide" in itself constitutes a critical reason why these distinct death categories are so often conflated, and should be deleted from use. Such deaths should not be considered to be cases of suicide and are therefore a matter outside the focus of the AAS. »

³⁸³ *Id.*, p. 1: « Beginning in the mid-1980's with legal tolerance in the Netherlands and in 1997 with the effective date of the Oregon Death with Dignity Act, physician aid in dying has become legal by statute or court decision in a number of US states **and international jurisdictions**. Although legal requirements vary from one jurisdiction to another, all require well-documented choice by patient and a serious medical reason for such a choice. (...) **in most European jurisdictions and in Canada**, physician administration of lethal medication is also permitted and is the predominant practice (...) ». Voir aussi les points nos. 1, 8, et 9, où l'AAS fait les distinctions qui s'imposent relativement aux juridictions à l'extérieur des États-Unis.

³⁸⁴ Pièce P-33: AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY, *Statement of the American Association of Suicidology: "Suicide" is not the same as "Physician Aid in Dying"*, 30 octobre 2017, p. 4.

contrast is intended to provide the physically easiest, least violent, least disfiguring, most peaceful form of death an already dying person could face.

8) Suicide in the ordinary, traditional sense is much more common among those with mental illness, where it may be a complex byproduct influenced by anhedonia, impaired thinking, cognitive distortion and constriction, impaired problem-solving, anxiety, perseveration, agitation, personality disorders, and/or helplessness and hopelessness. Under the PAD statutes, in contrast, mental illness that would affect the rationality of decision-making is screened-out, and where, as in European jurisdictions, PAD is legal in cases of unbearable suffering in intractable mental illness, heightened scrutiny is required. Evidence of depression and other mental illness is, by statute in the US, subject to evaluation by a psychiatrist or psychologist and, if it is determined to be influencing the decision, the patient is not qualified under the law.

11) Studies from Oregon and the Netherlands show that the impact of PAD on bereavement in family members tends to be less severe than in other deaths. In contrast, those bereaved by suicide deaths have higher rates of complicated grief and PTSD, and may be at higher risk for suicide themselves.

12) Death by suicide is often associated with substantial social stigma [...]. Where it is legal, PAD is typically well accepted within the community and society at large.

15) Unlike most cases of suicide, the person who has requested and receives aid in dying does not typically die alone and in despair, but, most frequently, where they wish, at home, with the comfort of his or her family.³⁸⁵

[364] Finalement, l'AAS constate que dans les cas de suicide, la présence d'une condition psychiatrique ou d'une maladie mentale est légion, alors qu'en matière d'aide médicale à mourir, ces patients sont identifiés et écartés du processus³⁸⁶.

[365] Au Canada, le Groupe de recherche sur la souffrance psychique et l'aide médicale à mourir, conjointement avec le Collège des médecins du Québec, a publié un document intitulé *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide*

³⁸⁵ *Id.*, p. 2-4. Hormis ceux cités dans le texte du jugement, voir aussi le fait que l'aide médicale à mourir constitue une mesure contre l'impulsivité (point 6), que le patient est informé de toutes les alternatives thérapeutiques possibles pour le soulager incluant les soins de confort, les soins palliatifs et les soins de gestion de la douleur (point 7), que les différents facteurs qui mènent généralement au suicide et qui sont identifiés dans les mesures de prévention mises en place (traumatisme vécu dans l'enfance, toxicomanie, accès à une arme à feu, etc.) ne se retrouvent habituellement pas dans les cas d'aide médicale à mourir (point 13).

³⁸⁶ *Id.*, p. 3, point 8: « [...] *Under the PAD (physician aid in dying) statutes, in contrast, mental illness that would affect the rationality of decision-making is screened out, and [...] in cases of unbearable suffering in intractable mental illness, heightened scrutiny is required. Evidence of depression and other mental illness is, by statute in the US, subject to evaluation by a psychiatrist or psychologist and, if it is determined to be influencing the decision, the patient is not qualified under the law.* » Le Tribunal précise que la même situation prévaut au Canada, avec les distinctions qui s'imposent, comme par exemple le fait que la consultation avec un psychiatre est possible mais pas obligatoire.

*médicale à mourir*³⁸⁷, dans lequel il dresse un tableau comparatif entre une demande d'aide médicale à mourir et un désir suicidaire, qu'il convient ici de reproduire :

Tableau 2 : Comparaison entre une demande d'AMM et l'expression d'une idée suicidaire

	Demande d'AMM	Expression d'une idée suicidaire
Caractéristique principale	Un désir réfléchi de voir sa mort hâtée dans le but de mettre fin à la souffrance induite par une maladie	Un désir exprimé de mettre fin à sa vie généralement causé par un trouble de santé mentale ou survenant dans le contexte d'une conjoncture de vie difficile
Association à un trouble de santé mentale?	Parfois	Presque toujours
Réponse recommandée	Évaluation médicale et processus décisionnel (encadrés par la Loi 2)	Évaluation de la dangerosité et mise en place de mesures de protection si indiqué

[366] Avant l'adoption de la loi québécoise, la Commission spéciale faisait remarquer que le taux de suicide n'augmentait pas et que les dérives associées à la pente glissante appréhendée n'avaient pas été observées dans les pays ayant légalisé l'aide médicale à mourir. L'Association québécoise de la prévention du suicide ne s'opposait pas à la légalisation de l'aide médicale à mourir.

[367] De plus, la Commission spéciale rejetait l'argument des dérives qui présupposaient la complicité des médecins, du personnel du réseau de la santé et de l'entourage des patients³⁸⁸. Au contraire, les membres de la Commission spéciale se disent « rassurés par la rigueur entourant le contrôle de la pratique, de même que par l'attitude prudente » des médecins pratiquant l'aide médicale à mourir à l'étranger³⁸⁹.

[368] Par conséquent, ces documents publiés par des groupes d'experts dans le domaine, font donc clairement état de l'existence de plusieurs différences fondamentales entre le suicide et une demande d'aide médicale à mourir.

La preuve des juridictions étrangères

[369] Succinctement, le Tribunal retient que dans les juridictions européennes où les systèmes d'aide médicale à mourir se trouvent ancrés dans le principe de la souffrance

³⁸⁷ Pièce P-23.2 : CHUM et CRCHUM, Département de psychiatrie, Groupe de recherche sur la souffrance psychique et l'AMM, *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*, novembre 2017.

³⁸⁸ Pièce PGQ-4 : COMMISSION SPÉCIALE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, Québec, mars 2012, p. 73-76.

³⁸⁹ *Id.*, p. 75.

intolérable, le lien entre le suicide et l'aide médicale à mourir n'est pas facile ou évident à établir³⁹⁰.

[370] Les données empiriques fournies par les témoins montrent qu'aux Pays-Bas, 92% des cas d'aide à mourir s'administrent chez des patients qui ont une espérance de vie de moins de six mois et ce, faut-il le rappeler, dans un système qui ne compte pas de balise temporelle pour s'en prévaloir³⁹¹.

[371] Bien que la preuve démontre une augmentation du nombre de cas d'aide médicale à mourir alors que le pronostic de survie est au-delà de 6 mois, cela n'apparaît pas suffisant pour convaincre le Tribunal que les Pays-Bas font face à un nombre disproportionné de ces demandes et que l'on peut par conséquent tracer un parallèle avec la situation qui prévaudra au Canada, si l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible est retirée.

[372] Finalement, et bien qu'il ne tire pas de conclusions formelles à cet égard, le Tribunal ne peut passer sous silence le fait que si les experts ne notent pas de diminution du taux de suicide dans les pays qui permettent une forme ou une autre d'euthanasie, c'est peut-être parce que justement, il n'existe pas de lien formel entre les deux.

Analyse : personnes vulnérables au suicide et contagion suicidaire

[373] Le Tribunal, après avoir pris connaissance de l'ensemble de la volumineuse preuve présentée par le procureur général et prêté la plus grande attention aux témoins

³⁹⁰ Voir par exemple la pièce PGC-64: Rapport d'expertise du Dr Theo A. Boer, professeur d'éthique médicale, p. 18-23. Celui-ci ne voit pas de lien causal entre l'établissement d'un régime large d'euthanasie aux Pays-Bas et une diminution du taux de suicide dans ce pays. Voir le par. 29: « [...] *there seems to be no causal link between the possibility of euthanasia and lower suicide rates. First, impulsive suicides will continue to happen, especially given the relatively long procedures connected to euthanasia.* » Il est toutefois d'avis que l'option de se tourner vers l'euthanasie peut miner les efforts de prévention du suicide et empêcher certains patients de chercher de l'aide en thérapie. Voir aussi: Pièce P-26: Rapport d'expertise de la Dre Agnes van der Heide, par. 43 et suiv. et témoignage de la Dre van der Heide, 16 janvier 2019, p. 96-97: « [...] *there was virtually no one who related this [increase in the number of patients who committed suicide in 2017] to our euthanasia regulations and practice. So there is virtually... perhaps there are people who see this relation, but they are virtually absent in the general debate. And I think that that means that ... that is related to the fact that people who commit suicide are in general very different from people who ask their physician to help them end their lives in the sense that patients who commit suicide are often younger, are often healthier and are also having a much longer life expectancy. [...] psychiatric disease is much more common among patients who commit suicide than among patients who ask their physician to help them in dying. So, in general, I think it's a different practice that overlaps to a very little extent with the practice of euthanasia.* »

³⁹¹ Pièce PGC-64.6: Boudewijn E. CHABOT et Arnold GOEDHART, « A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population », (2009) 68 *Social Science & Medicine* 1745, 1749, tableau 4. Témoignage de la Dre van der Heide, 16 janvier 2019, p. 158; Pièce PGC-64 : Rapport d'expertise du Dr Boer, par. 42-43. En 2015, 544 patients auraient reçu l'euthanasie alors que leur espérance de vie était de plus de 6 mois. Il est raisonnable de penser que dans les 8% d'autres cas, une bonne proportion se situe dans des pronostics de 7 à 18 mois.

invités par ce dernier qui ont présenté leur vision et leur analyse du lien potentiel entre le suicide et l'aide médicale à mourir, retient les points communs suivants :

1. Surtout en dehors de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, tous assimilent l'aide médicale à mourir au suicide, tant dans sa définition que dans la façon dont ils traiteraient les patients³⁹²;
2. L'aide médicale à mourir constitue en elle-même un moyen de se donner la mort que l'État facilite, voire cautionne³⁹³;
3. Le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible entraînerait l'admissibilité de nombreuses personnes à l'aide médicale à mourir qui autrement seraient suicidaires, et ce, notamment en raison de leur condition physique ou mentale existante³⁹⁴;
4. Le retrait de l'exigence mettrait certainement à risque les populations vulnérables³⁹⁵. D'ailleurs, bon nombre de ces personnes vont mourir inutilement, faute d'avoir trouvé une alternative adéquate pour leur survie;
5. Le retrait de l'exigence irait à contre-courant et minerait les efforts de prévention du suicide déployés à travers le pays. L'aide médicale à mourir se trouve en opposition directe avec ces efforts de prévention³⁹⁶;
6. L'aide médicale à mourir lorsqu'elle est restreinte aux situations dans laquelle la mort naturelle est raisonnablement prévisible, apparaît moins grave puisque la personne va de toute façon mourir de façon imminente. Il s'agit alors de déterminer comment et quand la personne va mourir et non pas de lui donner le choix entre vivre et mourir³⁹⁷.

[374] Le Tribunal ne peut retenir l'association que les experts établissent entre le phénomène du suicide et l'aide médicale à mourir, ni les inférences qu'ils tirent entre les deux. Voici pourquoi.

[375] Le Tribunal est d'abord frappé par le fait que les experts du procureur général du Canada ne possèdent aucune connaissance, même de base, de la pratique de l'aide médicale à mourir au Canada, pourtant légale partout au pays depuis 2016. Aucun

³⁹² Le suicide et l'aide médicale à mourir sont pour ces experts difficilement différenciables. Un patient qui demande l'aide médicale à mourir est suicidaire ou présente un risque de suicide, surtout en l'absence de l'exigence de mort naturelle raisonnablement prévisible. Témoignage du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 67; Témoignage du Dr Conwell, 29 janvier 2019, p. 154-159; Témoignage du Dr Kim, 28 janvier 2019 et pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 346; Pièce PGC-69 : Rapport d'expertise du Dr Sareen, par. 15 et témoignage du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 60. Certains indiquent que lorsque la mort naturelle est raisonnablement prévisible, il s'agit moins d'une question de vivre ou de mourir mais de quand et de quelle manière la mort va être donnée, ce qui n'en fait pas moins un suicide au strict sens du terme.

³⁹³ Drs Sareen, Sinyor et Conwell.

³⁹⁴ Drs Sareen et Conwell.

³⁹⁵ Drs Sareen et Conwell.

³⁹⁶ Drs Sareen et Sinyor.

³⁹⁷ Dr Kim.

d'entre eux n'a participé au traitement d'une demande d'aide médicale à mourir, qu'il s'agisse d'évaluer un patient ou de fournir cette aide médicale, aucun d'eux n'a mené de recherche sur le sujet ou même tente de consulter les données disponibles au pays³⁹⁸.

[376] Alors qu'ils se prononcent tous sur l'absence de différences entre le suicide et l'aide médicale à mourir, ils ne traitent et ne présentent qu'un seul côté de la médaille ou une seule variable de l'équation. Ils comparent les deux phénomènes sans jamais analyser, connaître ou aborder les tenants et aboutissants de l'aide médicale à mourir, ses paramètres, ses critères d'admissibilité et la façon dont elle se pratique au Canada.

[377] Leur comparaison reste donc au mieux purement théorique et leur opinion fondée sur des préjugés³⁹⁹ ou sur une pratique étrangère à la réalité.

[378] De plus, tous mettent de côté, voire ignorent les mesures de sauvegarde prévues à la loi ainsi que les strictes conditions d'admissibilité associées à une demande d'aide médicale à mourir comme si celles-ci n'existaient pas ou n'avaient aucune importance dans l'hypothèse où on peut soupçonner un défaut de consentement⁴⁰⁰.

[379] Ces experts restent campés au seul fait que la mort résulte d'une demande volontaire de la personne pour assimiler l'aide médicale à mourir au suicide en toutes circonstances. Conséquemment, ils assument erronément, sans autre nuance que toute personne vulnérable ou autrement suicidaire, atteinte d'une maladie ou d'un handicap pourra *ipso facto* passer par le processus d'aide médicale à mourir et l'obtenir.

[380] Contrairement à ce qu'affirme l'arrêt *Carter*, aucun d'eux ne considère qu'il existe certaines personnes qui peuvent avoir le désir rationnel, réfléchi et constant de mettre fin à leur vie et qui, par ailleurs, ne sont pas pour autant vulnérables ou, même si elles répondent à une certaine définition de vulnérabilité, possèdent néanmoins la capacité de faire des choix personnels concernant leur vie, leur dignité et leur propre intégrité physique⁴⁰¹.

³⁹⁸ Voir les Drs Sareen, Conwell, Sinyor, Kim et Gaind. Seuls les Drs Sareen et Gaind ont été impliqués dans la mise en place de politiques intra-hospitalières compte tenu des fonctions administratives qu'ils occupent au sein de leur établissement de santé, mais ils n'ont jamais eu à prendre part au processus d'aide médicale à mourir comme tel. Contre-interrogatoire du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 63-64 : « *I am not a consulting psychiatrist. [...] that's not my expertise. [...] but I was engaged in organizing the process and supporting the psychiatrists [...] if [they] run into any questions. [...] if a psychiatrist decides to not do MAID work, then it's my role and responsibility to recruit another psychiatrist.* ». Le Dr Sareen n'a jamais pris connaissance du 3^e rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada et n'en connaît pas le contenu. Contre-interrogatoire du Dr Sareen, 31 janvier 2019, p. 65. Le Dr Sinyor témoigne qu'il a assisté à une présentation de l'Association des psychiatres du Canada lors de laquelle une page de la présentation (« one slide ») portait sur l'aide médicale à mourir : « *I was at a lecture of the Canadian Psychiatric Association annual conference this year where, [...] one of the other presenters, Marnin Heisel, had put up a slide of statistics of what happened, and that's the only thing I've seen.* ». Contre-interrogatoire du Dr Sinyor, 30 janvier 2019, p. 186.

³⁹⁹ Entendu dans le sens non péjoratif du terme.

⁴⁰⁰ Voir notamment l'article 241.2(1), (2) et (3) C.cr.

⁴⁰¹ *Carter*, par. 86. Sauf le Dr Quill qui pour sa part conçoit qu'il peut y avoir 3 types de suicide différents : les suicides liés à un problème de santé mentale, les suicides héroïques et les suicides rationnels. Témoignage du Dr Quill, 5 février 2019, p. 73-80.

[381] Le Tribunal retient plutôt la preuve apportée par les demandeurs qui démontre que l'aide médicale à mourir et le suicide constituent deux phénomènes distincts qui appartiennent à deux réalités différentes, bien qu'il puisse exister certains points en commun, comme celui manifeste de mener, dans un cas comme dans l'autre, à la mort volontaire d'une personne⁴⁰².

[382] En cela, le Tribunal considère que la preuve présentée par les demandeurs trace un portrait plus exact de la réalité et des différences entre l'aide médicale à mourir et le suicide.

[383] Les experts des demandeurs ainsi que le Dr Rivard, qui possèdent tous une connaissance personnelle de l'aide médicale à mourir dans leur pratique, indiquent tous qu'ils ne confondraient pas l'une et l'autre et qu'il s'agit de deux phénomènes distincts. Le Dr Naud qui dans sa pratique de médecine familiale a traité beaucoup de patients suicidaires ne peut assimiler les deux phénomènes⁴⁰³. D'ailleurs, le Dr Rivard semblait ébahi à l'audience que l'on puisse associer les deux.

[384] Au Québec, ces patients doivent être connus de l'équipe médicale en cause, faire une demande officielle sur un formulaire devant témoins, rencontrer deux médecins différents qui vont évaluer toutes les facettes de la demande, incluant leur capacité à y consentir⁴⁰⁴. Cette évaluation de la situation se retrouve aussi de manière non équivoque dans les opinions des Drs Downar⁴⁰⁵ et Dembo⁴⁰⁶, qui évaluent des patients qui demandent l'aide médicale à mourir dans leur pratique médicale et qui confirment la nette dissemblance entre les deux réalités. Selon eux, rien n'indique que le retrait de l'exigence contestée générera une hausse des demandes d'aide médicale à mourir, aura une incidence sur le taux de suicide au Canada ou minera les efforts de prévention du suicide.

[385] Finalement, dans la même veine, le Tribunal retient aussi les témoignages du Dr Quill⁴⁰⁷ et de Mme Malo, psychologue⁴⁰⁸, qui tous deux tracent les distinctions

⁴⁰² Voir notamment le témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 96-102 et 139.

⁴⁰³ Témoignage du Dr Naud, 12 février 2019 p. 166 en parlant de l'aide médicale à mourir : « *Et ça n'a rien à voir avec un patient suicidaire. [...] Je veux dire, le suicide, là, c'est une condition totalement différente [...]* ».

⁴⁰⁴ *Id.*, p. 168.

⁴⁰⁵ Témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 96-97: « *The idea, right, is that there are concepts that seem to overlap, right? Like on a very superficial level, you may think that there is a lot in common between suicidality and a request for Medical Aid in Dying. In reality, when you dig even a small amount into understanding what these people are asking for, you see... and start to interview them, you will notice quite dramatic differences between the two(2) in the cases I have seen.* »

⁴⁰⁶ Pièce P-24 : Rapport d'expertise de la Dre Dembo, p. 18 et suiv. et témoignage de la Dre Dembo, 11 février 2019, p. 91-99.

⁴⁰⁷ Le Dr Quill qui assiste des personnes en hospice à se donner la mort par VSED ne considère pas le VSED comme étant un suicide.

⁴⁰⁸ Témoignage de Mme Suzanne Malo, 11 janvier 2019, p. 32 et 36-37 : « *Un désir de se suicider, puis un désir de mourir, pour moi, c'est pas tout à fait la même chose au plan clinique parce que les résidents ne présentent pas de la même façon, puis la dynamique psychologique est pas la même. [...] C'est des gens qui réfléchissent, qui écoutent toutes les options [...] pour soulager tant leur douleur physique si c'est ça qui explique leur désir de mourir, leur douleur psychologique si c'est le cas. Des fois, ils vont*

nécessaires entre l'aide médicale à mourir et le suicide. En somme, le Tribunal conclut que la preuve d'experts présentée par les demandeurs est nettement plus concluante à ce chapitre que celle du procureur général du Canada.

2.5 Les personnes vulnérables en lien avec leur seule condition psychiatrique

[386] Tel que mentionné auparavant, si les demandeurs souffrent incontestablement de handicaps physiques graves, il en va tout autrement de leur condition mentale. Ni M. Truchon ni Mme Gladu ne sont affectés d'une maladie psychiatrique qui pourrait avoir un lien avec leur demande d'aide médicale à mourir.

[387] Par conséquent, la pertinence de la preuve apportée par le procureur général du Canada au sujet des personnes qui pourraient se prévaloir de l'aide médicale à mourir en ayant comme seule et unique condition une maladie psychiatrique est pour le moins de peu de pertinence.

2.5.1 Dr Scott Y.H. Kim

[388] Dans son rapport, le Dr Kim met sérieusement en doute la capacité des médecins à bien évaluer l'aptitude des patients qui demandent l'aide médicale à mourir en dehors du contexte de la fin de vie et qui présentent une condition psychiatrique sous-jacente. L'essentiel du rapport et du témoignage du Dr Kim porte sur le danger d'étendre à des patients souffrant d'une condition psychiatrique la possibilité de recourir à l'aide médicale à mourir.

[389] Il soutient que malgré le fait que les médecins effectuent régulièrement l'évaluation de la capacité de leurs patients dans le cours normal de leur pratique, l'évaluation de personnes atteintes d'une condition psychiatrique reste difficile, représente encore et toujours un défi et se situe dans une zone grise, ce qui requiert un jugement clinique important⁴⁰⁹.

[390] Les méthodes d'évaluation de la capacité de patients qui présentent une condition psychiatrique peuvent donc soulever des difficultés pour les médecins, dont certains ne seraient, de surcroît, pas adéquatement formés pour cette tâche⁴¹⁰. Ces difficultés montrent selon lui, que l'évaluation de l'aptitude ne peut servir de mesure universelle de sauvegarde.

[391] Il réfute aussi l'idée que le refus ou la cessation légitime d'un traitement visant à maintenir une personne en vie puisse s'apparenter à une demande d'aide médicale à

accepter des consultations à des spécialistes si on a besoin. [...] C'est des gens aussi souvent qui vont l'aborder avec leur famille. »

⁴⁰⁹ Voir notamment la pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 30.

⁴¹⁰ *Id.*, par. 64 et suiv. citant L. SEYFRIED, K.A. RYAN et S.Y.H. KIM, « Assessment of Decision-Making Capacity: Views and Experiences of Consultation Psychiatrists », (2013) 54 *Psychosomatics* 115.

mourir lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible au point de vue de l'évaluation de la capacité de la personne à effectuer ce choix⁴¹¹.

[392] Il soutient que la pratique actuelle d'évaluation de la capacité d'un patient n'apparaît pas adaptée à la nouvelle réalité de l'aide médicale à mourir et ne peut donc servir d'assise à cette évaluation lorsque les personnes qui en font la demande ne sont pas en fin de vie et vivent avec une condition psychiatrique⁴¹². L'évaluation de la capacité dans ces conditions représente selon lui, « *a unique set of considerations* » et que « *[...] the circumstances of evaluating the capacity of non-dying persons with psychiatric disorders seeking MAID will be such that current practice of capacity assessment cannot provide direct guidance for that novel context.* »⁴¹³

[393] Il dresse un portrait des difficultés que peuvent connaître les médecins qui font face à de telles demandes de patients qui présentent une condition psychiatrique⁴¹⁴. En outre, le retrait de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible entraînerait l'élargissement du bassin de candidats dont plusieurs seraient certainement affligés d'une condition psychiatrique non diagnostiquée ou mal traitée⁴¹⁵. Or, il est bien connu selon lui, que beaucoup de problèmes psychiatriques augmentent le risque d'incapacité⁴¹⁶.

[394] Ainsi, en dressant un parallèle avec la situation qui prévaut en Belgique et aux Pays-Bas, il soutient que le retrait de l'exigence d'une mort naturelle raisonnablement prévisible au Canada provoquera l'augmentation du nombre de personnes qui demanderont cette aide, dont la majorité présentera des conditions psychiatriques, ce qui risque d'engendrer d'importantes conséquences sur cette population⁴¹⁷.

⁴¹¹ Pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 118 : « *Thus, although capacity evaluations of persons who refuse life-sustaining treatment are conducted in practice, and can involve persons with psychiatric disorders, they cannot be seen as an analogous practice of capacity assessment that can be transferred over to the context of MAID when death is not reasonably foreseeable.* »

⁴¹² *Id.*, par. 28 : « *[...] current practice of capacity assessment cannot provide direct guidance for that novel context.* »

⁴¹³ *Id.*, par. 28 et 71 et suiv. Selon lui, la nature et le niveau de l'atteinte du patient, les critères utilisés pour évaluer la capacité et le seuil de détermination de la capacité sont souvent appliqués inégalement et ne sont pas toujours clairs pour les médecins. Il cite en ce sens plusieurs études. Voir à titre d'exemple : S.Y.H. KIM et al. « *Do clinicians follow a risk-sensitive model of capacity determination? An experimental video survey* », (2006) 47 *Psychosomatics* 325; S.Y.H. KIM, « *Variability of Judgments of Capacity: Experience of Capacity Evaluators in a Study of Research Consent Capacity* », (2011) 52 *Psychosomatics* 346.

⁴¹⁴ Pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 58-64. Le Dr Kim soumet aussi un article de 2013 qui laisserait entendre que certains médecins aux États-Unis seraient peut-être mal formés pour évaluer la capacité de patients : L. SEYFRIED, K.A. RYAN et S.Y.H. KIM, « *Assessment of Decision-Making Capacity: Views and Experiences of Consultation Psychiatrists* », (2013) 54 *Psychosomatics* 115.

⁴¹⁵ Pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 29.

⁴¹⁶ *Id.*, par. 30.

⁴¹⁷ *Id.*, par. 29.

[395] Son analyse se base principalement sur des données belges et néerlandaises⁴¹⁸ qu'il analyse et présente comme étant la situation qui prévaut dans ces pays et qu'il n'hésite pas d'ailleurs à qualifier de « *robust finding* »⁴¹⁹.

[396] Les données présentées par le Dr Kim sont essentiellement tirées d'un article publié par une psychiatre belge, la Dre Lieve Thienpont, qui, entre 2007-2010, a évalué 100 demandes consécutives d'euthanasie provenant de patients présentant diverses conditions psychiatriques⁴²⁰.

[397] Le Dr Kim tire de ces données deux constats principaux. Le premier veut que les femmes, à titre de groupe potentiellement vulnérable, semblent surreprésentées avec un taux de 73% des demandes. Le second remet en cause l'évaluation de l'aptitude réalisée par cette psychiatre qui a estimé que tous les patients évalués avaient la capacité de consentir à l'euthanasie.

[398] Il présente aussi une étude à laquelle il a participé et qui se trouve à la base du rapport qu'il présente au Tribunal, cette fois aux Pays-Bas, entre 2011 et 2014 et qu'il publie dans la revue *JAMA Psychiatry* en 2016⁴²¹. Cette étude fait état du cas de 66 patients affectés d'une condition psychiatrique et conclut aussi notamment à une surreprésentation des femmes⁴²².

[399] Le Tribunal tient à faire quelques constatations au sujet du rapport et du témoignage du Dr Kim afin d'expliquer les raisons pour lesquelles il choisit de les écarter et de ne pas en tenir compte dans le cadre du présent dossier.

[400] Il ne fait aucun doute que le Dr Kim est un psychiatre, professeur, auteur et bioéthicien hautement qualifié, tant par son parcours académique que professionnel. Même si le Tribunal apprécie les mises en garde qu'il exprime tout au long de son témoignage à propos de la capacité des médecins de bien évaluer l'aptitude de personnes souffrant d'une condition psychiatrique, le Tribunal en retient qu'il s'agit d'hypothèses et d'extrapolation de données, puisque la preuve sur laquelle se base l'expert est soit insuffisante, soit théorique pour s'avérer véritablement probante, avec la conséquence qu'on ne peut raisonnablement tirer aucune inférence de ces données quant à la pratique actuelle au Canada.

⁴¹⁸ Les données belges émanent de l'étude de la psychiatre belge Dre Thienpont et celles néerlandaises des rapports des comités régionaux d'évaluation de l'euthanasie (Regional Review Committees).

⁴¹⁹ Pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 147.

⁴²⁰ *Id.*, par. 128 citant L. THIENPONT et al., « Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study », (2015) 5 *BMJ Open* 007454.

⁴²¹ Pièce PGC-71: Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 20: « *I have studied the clinical, ethical, and oversight issues surrounding the practice of medically induced deaths of patients requesting euthanasia. My empirical work on euthanasia in the Netherlands (published in JAMA Psychiatry and in Psychosomatics) [...]* » citant S. KIM et al., « Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014 », (2016) 73 *JAMA Psychiatry* 362.

⁴²² Voir notamment la pièce PGC-71: Rapport d'expertise du Dr Kim, par. 129 citant S. KIM et al., « Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014 », (2016) 73 *JAMA Psychiatry* 362.

[401] Plus particulièrement, le Tribunal ne peut, sur la base de deux études réalisées respectivement sur 100 et 63 patients souffrant de maladies psychiatriques dans des régimes étrangers, tirer quelque conclusion probante que ce soit sur la pratique de l'évaluation de la capacité au Canada ou, comme le fait le Dr Kim, élever des cas anecdotiques et encore marginaux au rang de principes applicables à la situation qui prévaut au Canada⁴²³. De plus, le témoignage de l'experte des demandeurs, la Dre van der Heide, contredit ces prétentions et invite justement le Tribunal à considérer l'étude et les conclusions de la Dr Thienpont avec beaucoup de prudence.

[402] Par ailleurs, alors qu'il se montre très affirmatif en interrogatoire en chef, le Dr Kim hésite souvent à répondre en contre-interrogatoire, même à des questions simples et d'entrée en matière. Il est surtout devenu évident au cours de son contre-interrogatoire qu'il ne possédait que très peu, voire aucune connaissance de l'état de la situation de l'aide médicale à mourir au Canada, des critères de la loi fédérale ou de celle provinciale, des données locales, ou même de l'existence de la Commission des soins de fin de vie dont l'un des objectifs vise justement à analyser, colliger et publier les données à jour concernant l'évaluation de la capacité. Il se montre de surcroît incapable de confirmer des éléments simples sur les demandeurs eux-mêmes, comme par exemple si ceux-ci souffraient d'une condition psychiatrique pouvant potentiellement faire échec à leur demande d'aide médicale à mourir. Il va même jusqu'à qualifier la possibilité que M. Truchon puisse souffrir d'une condition psychiatrique de « *detail* », bien qu'il ajoute par la suite que cela ne constituait pas un « *trivial detail* »⁴²⁴.

[403] À la question de savoir si les difficultés qu'il met de l'avant relatives à l'évaluation de la capacité de patients qui demandent l'aide médicale à mourir et qui peuvent effectivement souffrir d'une condition psychiatrique se révèlent les mêmes au Canada qu'à l'étranger, il répond : « *I don't know about what's happening in Canada. [...] Because there are no data in Canada* »⁴²⁵.

[404] Pour le Tribunal, ceci place donc au rang de simple hypothèse ou d'anecdote, certaines de ses constatations, comme la surreprésentation des femmes dans les demandes d'euthanasie basées sur une condition psychiatrique, qu'il n'hésite pourtant pas à qualifier, à charge de redite, de « *robust findings* »⁴²⁶.

[405] Comme il l'affirme en contre-interrogatoire de manière plutôt étonnante, il ne tire aucune conclusion des données (provenant notamment de l'étude de la Dr Thienpont) qu'il cite toutefois tout au long de son rapport, bien qu'il soulève pourtant des inquiétudes à leur propos⁴²⁷.

⁴²³ Le Dr Kim reconnaît que même aux Pays-Bas le pourcentage de patients qui ont reçu l'euthanasie alors qu'ils souffraient d'une condition psychiatrique demeure bas. En effet, la réalité montre qu'en 2016 aux Pays-Bas, 60 cas ont été répertoriés sur un total d'environ 6 000 demandes. Contre-interrogatoire du Dr Kim, 29 janvier 2019, p. 39.

⁴²⁴ *Id.*, p. 23.

⁴²⁵ *Id.*, p. 32.

⁴²⁶ *Id.*, p. 34.

⁴²⁷ Le Dr Kim utilise le terme « *concerns* » : « *[...] and what you just described, I believe, is the data, the conclusions... sorry, I didn't draw any conclusions so much as to raise concerns that, if this is true,*

[406] Finalement et de manière plus globale, il faut aussi faire état que bien qu'intéressante et certainement d'actualité, la question des maladies psychiatriques comme unique condition d'ouverture à une demande d'aide médicale à mourir ne constitue qu'une des facettes de la réalité des personnes qui peuvent demander l'aide médicale à mourir. Le procureur général se méprend sur l'importance à accorder à la question de l'existence de maladies psychiatriques en vertu des dispositions législatives actuellement en vigueur, car il confond l'aptitude de la personne à consentir et la présence d'un diagnostic de maladie mentale. Seule la détermination de l'aptitude qui tient compte de la présence de toutes maladies s'avère pertinente pour les fins de notre exercice. Encore une fois, la preuve nettement prépondérante ne permet pas pour le moment de remettre en doute la qualité du processus d'évaluation de l'aptitude d'un patient qui demande l'aide médicale à mourir au Canada, qu'il souffre d'une condition psychiatrique ou pas⁴²⁸.

[407] Pour toutes ces raisons le Tribunal ne retient pas la preuve présentée par le Dr Kim.

2.5.2 Dr Karandeep Sonu Gaind, chef du département de psychiatrie et directeur médical du programme de santé mentale du Humber River Hospital à Toronto ⁴²⁹

[408] Le rapport du Dr Gaind repose sur l'hypothèse que des personnes pourraient être tentées de recourir à l'aide médicale à mourir alors qu'elles ne souffrent que d'une condition psychiatrique sous-jacente sans autre maladie ou condition physique⁴³⁰. Le dépôt du rapport du Dr Gaind faisait également l'objet d'une objection. Le Tribunal la rejette pour les motifs indiqués à la section « Objections » du jugement et permet le dépôt du rapport et le témoignage du Dr Gaind.

[409] Dans ce cadre précis, le Dr Gaind aborde l'incidence que peuvent avoir les symptômes psychiatriques sur la perception de la souffrance des patients et sur leur capacité décisionnelle. Puisque la souffrance demeure surtout subjective, un patient dépressif ou atteint d'une autre maladie psychiatrique se montrerait plus susceptible de percevoir le stress et les défis de la vie quotidienne de manière accablante, voire insurmontable. À cet égard, la perception et la qualification de sa souffrance comme plus ou moins tolérable, peuvent se trouver affectées par la maladie elle-même⁴³¹.

then, there are certain things that should be seriously considered. » Contre-interrogatoire du Dr Kim, 29 janvier 2019, p. 33.

⁴²⁸ Jamais d'ailleurs le Dr Kim ne soutient-il qu'il est impossible de bien évaluer un tel type de patient. Il soumet que l'évaluation est plus compliquée.

⁴²⁹ Pièce PGC-72 : Rapport d'expertise du Dr Sonu Gaind, chef du département de psychiatrie et directeur médical du programme de santé mental du HRH, et curriculum vitae à jour.

⁴³⁰ Ce cas de figure a aussi été abordé par le Dr Kim dans le cadre de son rapport, mais en lien avec l'évaluation de la capacité à consentir à une telle demande.

⁴³¹ Pièce PGC-72 : Rapport d'expertise du Dr Gaind, par. 17-21 et 33-37.

[410] Les symptômes psychiatriques ressentis par une personne peuvent aussi avoir une incidence sur le processus cognitif engagé dans la prise de décision. Les symptômes psychiatriques peuvent provoquer des distorsions cognitives et des émotions négatives pouvant influencer sur la prise de décision et ce, même si la personne conserve sa pleine capacité juridique⁴³².

[411] Selon le Dr Gaind, la souffrance qui découle d'une maladie psychiatrique peut résulter non seulement de la maladie comme telle, mais aussi de plusieurs facteurs psychosociaux externes⁴³³. Il devient par conséquent difficile pour un médecin de déterminer avec certitude si la souffrance exprimée par le patient qui demande l'aide médicale à mourir est bel et bien en lien avec sa maladie ou si elle s'explique peut-être également par des facteurs externes.

[412] Cette situation crée selon lui un danger potentiel de glissement vers le fait que la souffrance intolérable pourrait ne plus être nécessairement attribuable à la maladie elle-même mais à toutes sortes de facteurs externes. À ce moment, les médecins ne seraient pas les mieux placés pour procéder à cette évaluation qui laisserait par ailleurs beaucoup de place à l'arbitraire et à des applications subjectives et inconséquentes.

[413] Il apparaît donc primordial à son avis de conserver dans la loi l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible afin de contrer cette situation.

[414] Le Dr Gaind pense aussi qu'il est impossible de déterminer avec certitude si une maladie psychiatrique dans un cas donné s'avère ou non irrémédiable, contrairement à beaucoup de maladies physiques⁴³⁴. Par conséquent, les personnes atteintes de maladies psychiatriques ne devraient pas, selon lui, devenir admissibles en fonction des critères actuels de la loi.

Analyse : personnes vulnérables en lien avec leur seule condition psychiatrique

[415] Le Tribunal tient à préciser qu'il apprécie l'humanisme et le dévouement qui transpirent du témoignage du Dr Gaind envers ses patients ainsi que l'attention et le souci qu'il porte à leurs souffrances. Quant au Dr Kim, au-delà des commentaires déjà exprimés et bien qu'encore une fois, ce dernier apparaisse hautement qualifié, le Tribunal ne peut que constater que celui-ci va trop loin dans les conclusions qu'il tire des postulats qu'il présente. De plus, ceux-ci se trouvent en porte-à-faux avec l'ensemble des témoignages

⁴³² *Id.*, par. 22-40.

⁴³³ *Id.*, par. 50-57, 61-62 et 79. Le Dr Gaind fait état par exemple des stigmates et de la discrimination, de la pauvreté, de la faible estime de soi, de l'isolement, du manque de ressources. Il spécifie que la souffrance peut aussi être liée à des facteurs sociaux, économiques et existentiels.

⁴³⁴ Il mentionne que bien qu'il n'existe pas de consensus dans la communauté médicale à ce sujet, l'évolution d'une maladie psychiatrique ne peut être prédite avec certitude. Voir la pièce PGC-72 : Rapport d'expertise du Dr Gaind, par. 42-44 et 50-53.

entendus des médecins qui pratiquent dans le domaine⁴³⁵ et ne découlent pas d'une expérience concrète⁴³⁶.

[416] S'il demeure vrai que l'évaluation de la capacité mentale d'une personne peut parfois poser un défi pour les médecins, et que les craintes exprimées par les Drs Kim et Gaind risquent effectivement de se présenter chez un patient qui souffre d'une condition psychiatrique⁴³⁷, rien en revanche ne laisse croire que les membres de la communauté médicale qui réalisent ces évaluations ne sont pas au courant et à l'affût dans leur pratique de ces particularités et difficultés potentielles soulevées⁴³⁸.

[417] Contrairement au Dr Kim qui estime qu'en dehors du contexte de la fin de vie, l'évaluation de la capacité à demander l'aide médicale à mourir est unique, le Tribunal, tout comme la Cour suprême, estime plutôt que l'évaluation de la capacité d'une personne qui demande cette aide s'apparente à celle recherchée lors de la cessation ou du retrait d'un traitement vital. En effet, le Tribunal conclut que le facteur déterminant ne repose pas tant sur le lien temporel avec la mort naturelle, mais plutôt sur le fait que la décision entraîne la mort. Que la personne qui demande l'aide à mourir soit ou non en fin de vie ne constitue pas un critère clinique dans l'évaluation de la capacité du patient à prendre une telle décision.

[418] Le Tribunal retient de la preuve que parce que la décision d'une personne dans ce contexte entraîne la mort, ce qui constitue une conséquence grave et irréversible, l'évaluation de son aptitude à consentir à l'aide médicale à mourir est d'autant plus rigoureuse. Elle nécessite deux médecins indépendants qui en pratique demandent l'avis d'un psychiatre lorsque nécessaire⁴³⁹.

[419] De plus, il s'agit d'une évaluation que les médecins ne réalisent pas dans un contexte d'urgence. Au contraire, la preuve démontre qu'ils prennent le temps nécessaire d'effectuer une évaluation complète et rigoureuse, avec en mains l'historique médical du patient et l'aide de l'équipe qui les entoure⁴⁴⁰.

⁴³⁵ Voir notamment les témoignages à l'audience des Drs Downar, Dembo, Naud, Rivard et Turcotte.

⁴³⁶ Le Dr Kim ne traite pas de patients. Il peut interagir avec des patients parfois lors de certaines évaluations cliniques bioéthiques. Il estime que 70% de son temps est dévolu à la recherche et 30% est divisé entre des consultations éthiques et des tâches administratives. Il est de garde pour des consultations avec des patients 2 mois par année mais n'a jamais évalué une demande d'aide médicale à mourir. Contre-interrogatoire du Dr Kim, 29 janvier 2019, p. 7-9.

⁴³⁷ Comme par exemple, des distorsions cognitives, la subjectivité de la souffrance exprimée, une condition psychiatrique non diagnostiquée ou non adéquatement traitée.

⁴³⁸ En effet, les craintes exprimées par les Drs Kim et Gaind quant aux risques associés à l'évaluation de la capacité à consentir semblent bien connus de la communauté médicale et des médecins qui interviennent dans le processus d'évaluation d'une demande d'aide médicale à mourir. Témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 93-96.

⁴³⁹ À cet effet, le Dr Downar conclut que l'évaluation de la capacité décisionnelle d'une personne par deux médecins, « [...] is already a standard way above every other medical decision that is being made. » Témoignage du Dr Downar, 7 février 2019, p. 107.

⁴⁴⁰ *Id.*, p. 106-107; Témoignage du Dr Naud, 12 février 2019, p. 265 « [...] sur tous les malades à qui j'ai dispensé l'aide médicale à mourir, il y en a deux (2) pour lesquels j'ai demandé une consultation en psychiatrie. Tous les autres, j'ai pas eu besoin de le faire parce que je suis très à l'aise de l'évaluer. Ça

[420] Ainsi, et malgré ce que soutient le Dr Kim, rien ne démontre qu'il s'avère impossible d'évaluer de manière sûre la capacité mentale chez les patients qui présentent une condition psychiatrique. La Cour suprême dans l'arrêt *Carter* en arrive à cette même constatation⁴⁴¹. Le procureur général du Canada a échoué à démontrer que la situation au Canada a changé depuis lors.

[421] Finalement, il faut rappeler que ni l'arrêt *Carter*, ni la loi fédérale n'excluent les personnes souffrant d'une condition psychiatrique de la possibilité, comme tout autre Canadien qui respecte les exigences législatives, de demander et de recevoir l'aide médicale à mourir. Ces personnes y deviennent donc admissibles peu importe leur diagnostic officiel, du moment qu'elles sont jugées aptes par deux médecins indépendants et qu'elles satisfont aux autres exigences de la loi.

[422] Le Tribunal conclut que les médecins au Canada sont en mesure d'effectuer une telle évaluation afin d'écarter, non pas ceux qui souffrent d'une maladie psychiatrique, mais bien ceux qui sont inaptes à décider et à faire ce choix fondamental en raison de leur état mental⁴⁴².

3. COMPARAISON AVEC CERTAINS SYSTÈMES ÉTRANGERS

[423] En sus des données disponibles aujourd'hui au Canada, le Tribunal a entendu plusieurs experts sur la situation qui prévaut dans certaines juridictions étrangères qui permettent une forme ou une autre d'euthanasie. L'accent a surtout été mis sur les Pays-Bas et la Belgique, premiers pays à légaliser la pratique il y a plus de vingt ans. Dans ces deux pays, l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas restreints aux personnes qui seraient en fin de vie ou dont la mort serait raisonnablement prévisible⁴⁴³.

[424] Les données émanant des États américains, de l'État de Victoria en Australie et de la Colombie ont aussi été abordées, mais de façon plus superficielle. Tous ces États adoptent un régime qui fixe une limite temporelle à l'accès à l'aide au suicide⁴⁴⁴. Dans les États américains, la personne doit être atteinte d'une maladie terminale avec un pronostic de vie de 6 mois ou moins⁴⁴⁵. En Australie, le pronostic vital ne doit pas excéder 6 mois⁴⁴⁶.

a été confirmé par le deuxième médecin. C'est confirmé par les autres médecins qui sont au dossier. C'est confirmé par la travailleuse sociale quand elle les rencontre. »

⁴⁴¹ *Carter*, par. 104-106.

⁴⁴² Soit en vertu de l'application des critères élaborés par la législation, la jurisprudence et la doctrine énoncées aux notes 269, 272 et 284.

⁴⁴³ Pièce PGC-67.1, onglets 1, 6 et 7 : *Loi [belge] relative à l'euthanasie*, 28 mai 2002; [*Dutch*] *Criminal Code*, art. 293-294; *Dutch Act on termination of life on request and assisted suicide*.

⁴⁴⁴ Pièce PGC-67: Rapport d'expertise du Dr Trudo Lemmens, professeur, daté du 26 mars 2018 et curriculum vitae à jour, p. 19-31. Pièce PGC-67.1 : Compilation de lois, textes réglementaires et jurisprudence encadrant les régimes d'euthanasie et suicide assisté dans le monde.

⁴⁴⁵ Pièce PGC-67.1, onglets 8-14 : *The Oregon Death with Dignity Act*, s. 127.800 §1.01(12); *The Washington Death with Dignity Act*, s. 70.245.010 (12); *Baxter v. Montana*, 2009 MT 449; *Vermont Act No. 39, Patient Choice at the End of Life Act*, § 5281(a)(10); *California End of Life Option Act*, s. 443.1(q); *D.C. Act 21-577 Death with Dignity Act of 2016*, s. 2(16); *Colorado End-of-Life Option Act*, art. 48, 25-48-102(12).

⁴⁴⁶ Pièce PGC-67.1, onglet 3 : *Voluntary Assisted Dying Act 2017, No. 61 of 2017*, s. 9(1)(d)(iii).

En Colombie, le patient doit être en phase terminale de la maladie et doit maintenir sa demande durant 25 jours⁴⁴⁷.

[425] Avant d'aborder de manière plus précise cette preuve, le Tribunal tient à formuler les remarques suivantes. Premièrement, bien qu'il existe certains éléments de comparaison avec notre système, aucun des régimes étrangers discutés ne se révèle identique à celui présentement en vigueur au Canada. Chacun a été conçu et pensé en fonction des spécificités culturelles et sociales qui lui sont propres. Les comparaisons et amalgames avec notre système sont donc à aborder avec circonspection.

[426] Deuxièmement, des données et de savantes analyses ont été soumises au Tribunal sur des sujets forts intéressants à première vue, mais qui parfois ne concernent ni la situation des demandeurs ni ce dont le Tribunal doit décider. Il s'agit notamment de l'analyse de ces nouvelles pratiques d'euthanasie qui sortent de la sphère traditionnelle aux Pays-Bas et en Belgique, ainsi que dans une certaine mesure, des cas de patients dont la condition psychiatrique est la seule raison d'une demande d'euthanasie. Le Tribunal tient pour acquis que ces cas visaient à le mettre en garde contre de potentielles dérives au Canada.

[427] Finalement, l'expérience étrangère, avec toutes les distinctions qu'il faut y apporter, ne possède plus le poids qu'elle a déjà eu. Ce sont maintenant les constats tirés de l'expérience au Canada, expérience calquée sur la réalité sociale et culturelle du pays et indicatrice des réussites et des failles du système mis de l'avant par le Parlement et la législature qu'il faut avant tout retenir.

[428] Quatre experts ont témoigné devant le Tribunal, dont trois pour le procureur général du Canada : les professeurs Boer et Lemmens et le Dr Kim. Quant aux demandeurs, ils ont fait entendre l'épidémiologiste, la Dr van der Heide.

Preuve du procureur général du Canada

3.1 Dr Theo A. Boer, professeur d'éthique médicale à l'Université théologique de Kampen aux Pays-Bas⁴⁴⁸

[429] Le Dr Boer, bioéthicien et spécialiste des décisions de fin de vie aux Pays-Bas, produit un rapport portant sur l'évolution de la pratique de l'euthanasie dans la sphère traditionnelle ainsi que dans le cadre des plus récents développements qui s'en éloignent ou de ceux anticipés⁴⁴⁹.

⁴⁴⁷ Pièce PGC-67.1, onglets 4 et 5 : *Republic of Columbia Constitutional Court Sentence #C-239/97 REF Expedient #D-1490; Ministry of Health and Social Protection – Resolution Number 1216 of 20 april 2015.*

⁴⁴⁸ Pièces PGC-64 : Rapport d'expertise du Dr Theo A. Boer, daté du 8 février 2018 et curriculum vitae à jour

⁴⁴⁹ *Id.* et PGC-64.1: Theo BOER, *Some research limitations of the 2017 Governmental Evaluation*, 17 décembre 2018.

[430] Il confirme que la pratique de l'euthanasie semble bien ancrée dans la société néerlandaise⁴⁵⁰. La loi néerlandaise ne contient aucune exigence de fin de vie ou de maladie terminale, ni de déclin irréversible des capacités. La loi repose essentiellement sur les souffrances intolérables qu'une personne peut vivre, et ce, à toute phase de sa vie.

[431] Les critères de la loi demeurent inchangés depuis plus de vingt ans et sont formulés de façon large. Le médecin doit : 1) être convaincu que la demande du patient est volontaire et réfléchie; 2) être convaincu que le patient souffre de manière intolérable sans possibilité d'être soulagé; 3) informer adéquatement le patient de sa situation et de son pronostic; 4) être convaincu, ainsi que le patient, qu'il n'existe aucune solution et qu'il n'est pas possible de soulager ses souffrances; 5) consulter un deuxième médecin indépendant; 6) procéder lui-même à l'euthanasie selon les normes d'une bonne pratique médicale.

[432] En sus de ne pas exiger que la personne vive un déclin irréversible de ses capacités, il fait remarquer que, contrairement à notre système, l'avis du deuxième médecin est non-contrainquant et que l'euthanasie est permise même pour une certaine catégorie de mineurs⁴⁵¹ ainsi que par la voie de directives médicales anticipées.

[433] La loi néerlandaise vise avant tout à protéger les médecins plutôt qu'à affirmer le droit et l'autonomie de la personne qui fait la demande d'euthanasie. Les médecins ont l'obligation de rapporter, de manière anonyme, toute euthanasie pratiquée aux autorités publiques qui vont recueillir les données et s'assurer que l'acte a été réalisé selon les bonnes pratiques médicales (« due care »). Les médecins sont très consciencieux selon le Dr Boer.

[434] Un comité neutre, le RRC⁴⁵², comptabilise les données qu'il publie dans un rapport, rendu public aux cinq ans, pour fin d'études et de statistiques et qui permet d'évaluer la pratique de manière continue à travers le pays. Si ce comité juge que la bonne pratique médicale n'a pas été respectée, il peut transmettre le dossier au procureur de l'État.

[435] Après l'adoption formelle de la loi en 1994⁴⁵³, le nombre de demandes a connu un essor qui s'est stabilisé dans les années suivantes. Depuis 2007 toutefois, Dr Boer note une augmentation constante du nombre de cas, qu'il ne peut expliquer. Aujourd'hui, l'euthanasie compte pour 4,5% des décès aux Pays-Bas.

⁴⁵⁰ Elle tire sa source des bases protestantes néerlandaises qui prônent notamment l'idée qu'il vaut mieux intervenir pour baliser une situation plutôt que de l'interdire, selon les Drs Boer et van der Heide.

⁴⁵¹ Aux Pays-Bas, l'euthanasie est ouverte aux mineurs de 12 ans avec l'accord des parents et aux mineurs de 16 ans avec l'avis des parents. En Belgique, l'euthanasie est ouverte aux mineurs émancipés.

⁴⁵² Il existe cinq « Regional Review Committees » au pays, qui révisent tous les cas rapportés d'euthanasie ou de suicide assisté en fonction de la bonne pratique médicale.

⁴⁵³ L'euthanasie a été légalisée en 1994 dans une annexe à la loi *The Burial and Cremation Act*. Une loi séparée dédiée à l'euthanasie a été adoptée en 2001. Cela dit, la pratique de l'euthanasie était tolérée à partir du milieu des années 1980.

[436] Traditionnellement, l'euthanasie aux Pays-Bas se pratique toujours majoritairement dans des cas classiques de patients atteints de cancer, du sida ou d'autres maladies mortelles, dans les jours, les semaines ou les mois précédant la mort naturelle anticipée. Il note toutefois depuis quelques années un changement dans la pratique, qui se déplace vers des sphères non traditionnelles, des cas de maladies psychiatriques ou de démence par exemple, mais également vers des situations sociales comme la solitude, l'âge, l'incapacité de faire face aux difficultés de la vie ou « *life complete* », c'est-à-dire l'opinion et la conviction de gens qui jugent qu'ils sont arrivés au terme de leur vie et qui ne veulent simplement plus continuer.

[437] Bien que ces cas non traditionnels restent marginaux, ils suscitent néanmoins un débat dans la société néerlandaise. D'un point de vue éthique, le Dr Boer pense que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible prémunirait le Canada contre des risques de dérives telles que celles que représentent, à son avis, ces nouveaux cas aux Pays-Bas.

[438] Quant à la relation entre le suicide et l'euthanasie, le Dr Boer affirme qu'il n'existe aucune donnée permettant de lier la pratique de l'euthanasie et une baisse du taux de suicide. Autrement dit, la possibilité de recourir à l'euthanasie n'entraîne pas la diminution du nombre de suicides aux Pays-Bas.

3.2 M. Trudo Lemmens, professeur à la Faculté de droit à la Dalla Lana School of Public Health & Joint Center for Bioethics de l'Université de Toronto⁴⁵⁴

[439] Le professeur Lemmens est le second expert appelé par le procureur général du Canada à témoigner sur l'expérience étrangère. Professeur de droit à l'Université de Toronto, expert en droit de la santé, en droit comparé et en éthique médicale liée aux soins de fin de vie, il possède une connaissance des divers systèmes d'euthanasie à travers le monde et, plus particulièrement, de la pratique de l'euthanasie en Belgique⁴⁵⁵.

[440] Son rapport, substantiel et volumineux, couvre plusieurs sujets dont notamment, la revue des différents systèmes étrangers, les données en Belgique et aux Pays-Bas où l'euthanasie n'est pas restreinte aux situations terminales ou de fin de vie, ses craintes exprimées à propos de la capacité des médecins à bien évaluer des critères subjectifs comme la souffrance et l'aptitude des patients, particulièrement chez ceux qui présentent des conditions psychiatriques, l'accroissement de l'euthanasie dans des sphère non traditionnelles, par exemple lorsque la souffrance est non pas physique mais seulement existentielle et l'importance des mesures de sauvegarde afin d'éviter les erreurs.

[441] Il opine que l'euthanasie doit toujours demeurer une procédure d'exception dans une société qui la permet et que d'importantes mesures de sauvegarde demeurent essentielles pour éviter les erreurs et protéger les personnes vulnérables qui pourraient vouloir y recourir dans un moment de faiblesse.

⁴⁵⁴ Pièce PGC- 67 : Rapport d'expertise du professeur Trudo Lemmens, 26 mars 2018 et curriculum vitae à jour.

⁴⁵⁵ *Id.*

[442] Si l'euthanasie devient accessible indépendamment de la phase de la fin de vie, il affirme que les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique pourront alors s'en prévaloir sur cette seule base et qu'il s'avèrera dès lors très difficile de s'assurer de leur consentement libre et éclairé et de distinguer cette pratique du suicide comme tel. Sans l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, la souffrance deviendra le principal critère à considérer dans l'évaluation d'une demande d'aide médicale à mourir, ce qui apparaît non seulement subjectif, mais susceptible d'élargir encore plus le bassin des candidats admissibles comme c'est présentement le cas en Belgique.

[443] Le professeur Lemmens soutient qu'il faut pondérer un accès élargi à des personnes qui ne sont pas en phase terminale de leur maladie et la promotion de valeurs sociales importantes. Il affirme qu'un régime qui ne se restreint pas à la fin de vie, ouvre la porte à des possibilités d'erreurs et à une normalisation de la pratique, ce qui aura un effet direct sur la perception de la valeur de la vie chez des personnes vulnérables comme les personnes âgées, les personnes malades ou qui souffrent d'un handicap.

[444] Il note une augmentation du nombre de demandes d'euthanasie dans ces juridictions au cours des dernières années, une augmentation des cas d'euthanasie en dehors du contexte précis de la fin de vie ainsi qu'une augmentation des demandes basées sur des maladies mentales. Il attribue ce phénomène à deux causes possibles : soit que la population en général est mieux informée, soit que l'on assiste à une normalisation de la pratique qui peut influencer autant les individus que la société dans la perception de la situation et de ce qui est attendu de chacun en termes d'acceptation sociale.

[445] En Belgique, le pourcentage des personnes qui ont reçu l'euthanasie alors qu'elles ne souffraient pas d'une maladie terminale est en hausse et atteint 14,79% en 2015 et rien n'indique que cette hausse va se stabiliser⁴⁵⁶. Par ailleurs, 4,6% de tous les décès dans la région flamande de la Belgique sont attribués à l'euthanasie, ce qui dépasse le taux de 4,5% de décès par euthanasie en 2015 aux Pays-Bas⁴⁵⁷.

[446] En se basant sur sa propre expérience et sur son interprétation de la littérature scientifique, il remet en doute les mesures de sauvegarde en place dans les régimes étrangers, incluant l'évaluation des médecins, les consultations avec les seconds médecins, l'évaluation de l'autonomie décisionnelle du patient et le processus postérieur de divulgation et de rapport des informations aux autorités. Selon lui, il faut miser sur la prudence au Canada.

3.3 Dr Scott Y. H. Kim, psychiatre

[447] Le Tribunal a déjà traité de la preuve soumise par Dr Kim en ce qui a trait à son analyse au sujet de l'évaluation de la capacité des patients atteints de maladies psychiatriques et de la pratique de l'euthanasie chez ces mêmes patients qui présentent

⁴⁵⁶ *Id.*, par. 139.

⁴⁵⁷ *Id.*, par. 94-95.

une condition psychiatrique à la base de leur demande, en Belgique et aux Pays-Bas⁴⁵⁸. Il n'y a pas lieu d'y revenir.

Preuve des demandeurs

3.4 Dre Agnès van der Heide, épidémiologiste et professeure au département de santé publique Erasmus MC du centre médical de l'Université de Rotterdam⁴⁵⁹

[448] La Dre van der Heide est médecin épidémiologiste, professeure et chercheuse dans les domaines de l'euthanasie et des soins palliatifs aux Pays-Bas. Elle participe à la collecte et à l'analyse des renseignements et aux études publiées aux 5 ans dans son pays, et ce, sans interruption depuis 1995. Elle possède donc une connaissance approfondie des données cumulées aux Pays-Bas et en Belgique dans ce domaine. Sans rien enlever aux deux premiers experts entendus pour le procureur général du Canada, les professeurs Boer et Lemmens, le Tribunal tient à souligner son appréciation particulière du témoignage de la Dre van der Heide qui se révèle franc, objectif et toujours fondé sur des données empiriques⁴⁶⁰.

[449] Elle soutient qu'il n'y a jamais eu de débat autour d'une exigence de fin de vie aux Pays-Bas car le système repose essentiellement sur l'idée que la souffrance intolérable n'est pas l'apanage de la fin de vie. Il existe de nombreux cas où cette souffrance se manifeste en dehors des derniers moments d'une personne et la société néerlandaise considère qu'il est impératif d'y apporter un remède. Elle ajoute qu'il s'avère aussi souvent difficile d'estimer de manière juste l'espérance de vie d'un patient.

[450] Bien que le nombre de cas d'euthanasie soit en hausse, atteignant 4,5% de tous les décès au pays en 2015, celle-ci demeure toujours très majoritairement administrée à des patients atteints de maladies terminales et qui entretiennent une expectative de vie limitée. Elle confirme qu'il existe effectivement des cas plus controversés où l'euthanasie, à cause de la formulation large de la loi, s'étend au-delà du cadre traditionnel. Il s'agit notamment des cas de personnes atteintes d'une maladie mentale ou, de démence ou encore des cas dits de « *life complete* ». Bien que ces situations restent marginales à l'heure actuelle, elles font tout de même l'objet d'un débat au sein de la société néerlandaise sur la pertinence d'offrir l'euthanasie à ces cas non traditionnels.

[451] Selon elle, il n'existe aucune preuve démontrant que la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique crée un risque accru pour les personnes vulnérables ou est en augmentation chez ces personnes. Elle reconnaît toutefois qu'elle ne possède aucune donnée fiable sur la possibilité qu'il existe une pression implicite ou sociale à recourir à l'euthanasie chez les personnes dites vulnérables.

[452] Deux analyses faites sur le sujet en 2008 et 2015 ne reflètent cependant pas d'augmentation des cas d'euthanasie dans cette catégorie ni que des personnes

⁴⁵⁸ Pièce PGC-71 : Rapport d'expertise du Dr Kim.

⁴⁵⁹ Pièce P-26 : Rapport d'expertise de la Dre Agnes van der Heide, 24 juillet 2018 et curriculum vitae à jour.

⁴⁶⁰ *Id.*

vulnérables en feraient la demande ou pourraient l'obtenir dans un moment de faiblesse. Bien au contraire :

[...] After careful scrutiny of all available data we found that rates of assisted dying in Oregon and in the Netherlands showed no evidence of heightened risk for elderly, women, the uninsured (inapplicable in the Netherlands, where all individuals are insured), people with low educational status, the poor, the physically disabled or chronically ill, minors, people with psychiatric illnesses including depression, or racial or ethnic minorities, compared with background populations. The only group with a heightened risk were people with AIDS. Those who received physician-assisted dying in the jurisdictions studied appeared to enjoy comparative social, economic, educational, professional and other privileges.⁴⁶¹

[453] Aux Pays-Bas, tout comme aux États-Unis d'ailleurs, la preuve révèle que la majorité des personnes qui demande l'aide à mourir est éduquée, peu issue des minorités et socio économiquement nantie.

[454] Outre le fait que la société semble mieux informée des pratiques existantes, ce constat mène aussi la Dre van der Heide à lier l'augmentation générale des demandes d'euthanasie depuis 2007 au fait que la génération des baby-boomers est maintenant vieillissante et qu'il s'agit d'une génération pour qui, l'autonomie et le contrôle sur leur propre vie et leur environnement ont toujours été valorisés, voire revendiqués. Le contrôle que les membres de cette génération veulent exercer sur leur mort, ne ferait pas exception à cette culture du contrôle de leur vie et de leur destin⁴⁶².

[455] Elle souligne que personne aux Pays-Bas n'a jamais fait de lien direct ou formel entre l'euthanasie et le suicide et qu'il n'existe aucune donnée permettant de lier les deux. Le suicide demeure un problème social important dans son pays. Toutefois, les actions mises de l'avant par divers moyens et politiques de santé publique pour le contrer ne font jamais référence ou n'établissent de relation de cause à effet avec l'euthanasie, pourtant pratiquée depuis près de trois décennies.

[456] Elle mentionne finalement que le système fonctionne bien, qu'il reçoit l'appui de la population et que les médecins prennent leur rôle avec beaucoup de sérieux, agissent avec prudence et sont capables de bien évaluer les cas dont ils prennent charge. Les mesures de sauvegarde se révèlent efficaces. Il n'existe aucune preuve que les Pays-Bas ou la Belgique se trouvent sur une pente glissante⁴⁶³, notamment en ce qui a trait à

⁴⁶¹ *Id.*, par. 35.

⁴⁶² Cette lecture a aussi été confirmée par le Dr Conwell lors de son témoignage, 29 janvier 2019, p. 110-111.

⁴⁶³ Pièce P-26 : Rapport d'expertise de la Dre van der Heide, par. 42 : « *A preliminary conclusion from the data might be that the large majority of the Dutch and Belgian population and of Dutch and Belgian physicians support a system in which physician aid in dying is an option, and that they generally do not want to restrict this option to patients who will be dying in the foreseeable future. In both countries, the practice concerns a limited but rising number of patients with a longer life expectancy. Whether this means that the 'sanctity of life' principle is trivialized is hard to say, but there seems to be broad awareness in both countries, more demonstrably so in the Netherlands, that a practice of physician aid in dying is not self-evident and represents a significant societal challenge that should be carefully*

la possibilité que l'euthanasie puisse être administrée à une personne sans son consentement⁴⁶⁴.

[457] Les manquements aux critères de la loi entre 2012 et 2016 se trouvent répertoriés à un tableau son de rapport et s'avèrent pour la plupart être le fruit de problèmes liés à l'administration de la procédure. Il demeure évident selon elle qu'il faut néanmoins rester vigilant pour s'assurer que les éléments les plus vulnérables de la société demeurent valorisés.

Analyse : Comparaison avec certains systèmes étrangers

[458] Le Tribunal conclut que la preuve n'étaye pas l'hypothèse voulant que la situation qui prévaut dans les juridictions étrangères comporte des risques accrus, des dérives ou est le reflet d'une pratique moralement ou éthiquement inacceptable pouvant avoir des répercussions ou être importée au Canada.

[459] Elle ne démontre pas que, dans les faits, les personnes vulnérables aux Pays-Bas ou en Belgique sont plus à risque de demander et de recevoir l'euthanasie, ni que les médecins pourraient avoir de la difficulté à évaluer le consentement libre et éclairé des patients, même chez ceux qui présentent une condition psychiatrique. Le fait qu'on soulève des doutes est une chose mais ces possibles « dérapages » demeurent théoriques. Bien qu'il faille évidemment rester vigilant et s'assurer que la pratique se maintienne toujours à un niveau optimal, la preuve apportée ne soutient pas cette hypothèse. Elle n'étaye pas non plus qu'il existe un lien entre l'euthanasie et le taux de suicide dans ces sociétés.

[460] En d'autres termes, l'argument du danger pour les personnes vulnérables tient d'une appréciation rigide du principe de précaution puisqu'en réalité, aucune preuve ne relie la pratique de l'aide médicale à mourir aux prétendus dangers pour les personnes vulnérables. Il devient alors bien difficile d'expliquer à des personnes comme les demandeurs que l'on doit leur refuser l'aide médicale à mourir au nom d'une simple hypothèse quant à la vulnérabilité de certaines autres personnes par ailleurs non identifiées.

[461] Le fait que certains interprètent le nombre absolu de cas d'euthanasie dans ces juridictions ou son augmentation comme un signal alarmant découle plus, de l'avis du Tribunal, d'un jugement de valeur. Certains y voient un problème en soi, d'autres, d'avis contraire, y voient une affirmation de l'autonomie individuelle pour contrer une culture médicale d'acharnement thérapeutique qui a longtemps prévalu dans certaines sociétés.

regulated, managed and controlled. » Elle note une augmentation des cas d'euthanasie à 8% en 2015 aux Pays-Bas et à 14,7% en 2013 en Belgique, pour les patients dont le pronostic vital était de 6 mois et plus.

⁴⁶⁴ *Id.*, par. 46 : « *The frequency of administering potentially lethal medication without the patient having explicitly requested for it has also decreased in Belgium. In 1998, the percentage of all deaths in which this practice occurred was 3.5%. The percentage dropped to 1.5% in 2001, 1.8% in 2007 and 1.7% in 2013.* »

Plusieurs facteurs peuvent aussi expliquer cette situation. Il s'avère pour le moins hasardeux ici de vouloir tracer un parallèle avec une potentielle tendance future au Canada. En effet, il va de soi qu'à l'amorce d'un tout nouveau système qui suit une prohibition absolue, on assiste à une tendance ascendante des nombres de cas, puisqu'on part de zéro. Toutefois, rien n'indique que le Canada après quelques années, ne suivra pas les données recensées à l'étranger en termes de pourcentage de décès associés à l'aide médicale à mourir.

[462] Il faut aussi demeurer prudent avant d'affirmer que les tendances néerlandaises et belges se transposeront au Canada si l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible est retirée de la loi. Les mesures de sauvegarde prévues dans notre pays sont différentes de celles qu'on retrouve en Belgique et aux Pays-Bas.

[463] Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a repris l'évaluation de la juge de première instance quant à diverses inférences tirées de ces mêmes systèmes étrangers :

[107] Quant au danger que courent les personnes vulnérables (comme les personnes âgées ou handicapées), la juge de première instance a conclu qu'aucune preuve émanant des endroits où l'aide à mourir est autorisée n'indique que les personnes handicapées risquent davantage d'obtenir une aide médicale à mourir (par. 852 et 1242). Elle a donc rejeté la prétention selon laquelle la partialité inconsciente du médecin compromettrait le processus d'évaluation (par. 1129). Selon la juge, aucune preuve ne démontrait l'existence de répercussions considérables sur les groupes vulnérables de la société aux endroits où l'aide à mourir est autorisée et, dans certains cas, il y avait eu amélioration des soins palliatifs après la légalisation de l'aide médicale à mourir (par. 731). Elle a ajouté que, bien que la preuve indiquait que la loi avait des incidences tant négatives que positives sur les médecins, elle appuyait la conclusion que les médecins étaient plus aptes à administrer un traitement global de fin de vie après la légalisation de l'aide à mourir (par. 1271). Enfin, elle a conclu qu'aucune preuve convaincante n'indiquait que l'instauration d'un régime permissif au Canada aboutirait à un [traduction] « dérapage » (par. 1241).⁴⁶⁵

[464] Comme le mentionne la Cour suprême en 2015, rien ne démontre qu'un régime permissif au Canada comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées ne constitue pas une protection suffisante des personnes vulnérables contre les abus et les erreurs⁴⁶⁶. C'est encore le cas aujourd'hui.

[465] En l'instance, la preuve n'amène pas le Tribunal à conclure que la situation dans ces juridictions étrangères a changé ou évolué depuis lors, d'une manière qui modifierait le portrait de l'évaluation faite dans l'arrêt *Carter*. La preuve démontre plutôt une stabilité à cet égard. Certes, même si l'on voit poindre dans certains régimes une minorité de cas d'euthanasie à l'extérieur de la sphère traditionnelle, rien n'indique qu'avec le système en place au Canada et même en l'absence de l'exigence de la mort naturelle

⁴⁶⁵ *Carter*, par. 107.

⁴⁶⁶ *Id.*, par. 105 et 107. Même son de cloche en ce qui concerne la capacité des médecins de bien évaluer l'aptitude à consentir des personnes qui demandent l'aide médicale à mourir. Voir aussi les par. 104-106.

raisonnablement prévisible, le problème se posera ici ou que les mesures de sauvegarde mises en place ne se révéleront pas adéquates.

4. Conclusions sur la preuve

[466] De l'ensemble de la preuve, le Tribunal retient essentiellement ce qui suit :

1. L'aide médicale à mourir telle que pratiquée au Canada constitue un processus strict et rigoureux qui, en lui-même, ne présente pas de faiblesse évidente;
2. Les médecins impliqués sont en mesure d'évaluer la capacité des patients à consentir et de déceler des indices d'ambivalence, de troubles mentaux affectant ou susceptibles d'affecter le processus décisionnel ou encore les cas de coercition ou d'abus;
3. La vulnérabilité d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir doit exclusivement s'apprécier de manière individuelle, en fonction des caractéristiques qui lui sont propres et non pas en fonction d'un groupe de référence dit « de personnes vulnérables ». Au-delà de divers facteurs de vulnérabilité que les médecins sont en mesure d'objectiver ou de déceler, c'est l'aptitude du patient lui-même à comprendre et à consentir qui s'avère somme toute déterminante en sus des autres critères prévus à la loi;
4. Les médecins impliqués peuvent distinguer un patient suicidaire d'un patient qui recherche l'aide médicale à mourir. De plus, il existe d'importantes différences entre le suicide et l'aide médicale à mourir tant dans les caractéristiques des personnes impliquées que dans les raisons qui les motivent;
5. Ni les données nationales au Canada et au Québec, ni les données étrangères ne font état de dérives, de dérapages ou même de risques accrus chez les personnes vulnérables lorsque la fin imminente de la vie n'est pas un critère pour l'admissibilité à l'aide médicale à mourir.

LES QUESTIONS EN LITIGE

1. La décision *Carter* crée-t-elle un droit constitutionnel à l'aide médicale à mourir?
2. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, prévue à l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel*, porte-elle atteinte à l'article 7 de la *Charte* qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne?
3. Dans l'affirmative, la violation des droits fondamentaux des demandeurs se justifie-t-elle par l'article 1 de la *Charte*?
4. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, prévue à l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel*, porte-elle atteinte à l'article 15 de la *Charte* qui garantit le traitement équitable?
5. Dans l'affirmative, la violation du droit fondamental des demandeurs se justifie-t-elle par l'article 1 de la *Charte*?

6. Le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, est-il inconstitutionnel en vertu des mêmes principes?

7. Les procureurs généraux peuvent-ils obtenir une suspension de la déclaration du caractère inopérant de ces dispositions et le cas échéant, les demandeurs peuvent-ils obtenir une exemption constitutionnelle?

ANALYSE

1. La décision Carter crée-t-elle un droit constitutionnel à l'aide médicale à mourir?

[467] En 2015, l'arrêt *Carter* de la Cour suprême tranche le débat juridique et social entourant de façon large la légalisation d'une certaine forme d'aide au suicide ou d'euthanasie au Canada, débat amorcé plus de vingt ans auparavant. Elle jette les bases d'un nouveau régime permissif comprenant toutefois des garanties et des mesures de sauvegarde importantes.

[468] Auparavant, dans l'arrêt *Rodriguez*⁴⁶⁷ la Cour suprême, fortement divisée, avait maintenu l'interdiction générale de l'aide au suicide au Canada. Cependant, malgré cette décision, le débat sur la légalisation d'une certaine forme d'euthanasie s'est poursuivi au pays et l'évolution sociale et éthique de la société canadienne a été dès lors marquée par une volonté de plus en plus marquée de revoir notre rapport avec la mort et avec les soins de fin de vie.

[469] Bien avant l'arrêt *Rodriguez*, en 1983, la Commission de réforme du droit du Canada constatait déjà qu'une « réforme, ou à tout le moins des éclaircissements en matière d'euthanasie, d'aide au suicide et d'interruption de traitement, était souhaitée à la fois par les juristes, par le public et par les diverses personnes œuvrant dans le secteur médical »⁴⁶⁸. Entre 1991 et 2010, plusieurs projets de loi et études à ce propos ont été débattus à la Chambre de communes sur le sujet. Le Sénat a remis un rapport en 1995 sur l'aide au suicide et l'euthanasie⁴⁶⁹. En 2011, la Société royale du Canada a aussi publié un rapport favorable à une certaine ouverture⁴⁷⁰. En 2012, au Québec, le rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité⁴⁷¹ a été déposé à l'Assemblée nationale et a servi d'assise à l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, qui pour la première fois au pays prévoyait l'aide médicale à mourir comme soin de fin de vie.

⁴⁶⁷ *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519.

⁴⁶⁸ COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Rapport. Euthanasie, l'aide au suicide et interruption de traitement*, Ottawa, 1983, p. 9.

⁴⁶⁹ COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie et de la mort - Rapport final*, juin 1995, en ligne : < <https://sencanada.ca/content/sen/committee/351/euth/rep/lad-f.htm>>.

⁴⁷⁰ SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA. GROUPE D'EXPERTS DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA, *Prise de décisions en fin de vie*, Ottawa, novembre 2011, en ligne : < https://rsc-src.ca/sites/default/files/RSCEndofLifeReport2011_FR_Formatted_FINAL.pdf>.

⁴⁷¹ Pièce PGQ-4 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, COMMISSION SPÉCIALE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Rapport*, mars 2012.

[470] En parallèle, la société condamne une certaine pratique médicale qui relève de l'acharnement thérapeutique et est à l'affût des développements dans les juridictions étrangères qui ont fait le choix de permettre l'euthanasie.

[471] Ce contexte chronologique mène à l'affaire *Carter*, alors qu'en 2011, la juge Lynn Smith de la Cour suprême de la Colombie-Britannique entend la contestation constitutionnelle des dispositions du *Code criminel* prohibant l'aide à mourir.

[472] Bien sûr, plusieurs demeurent toujours opposés à toute forme d'ouverture et de légalisation de l'aide médicale à mourir, soit pour des raisons culturelles ou religieuses, soit parce qu'ils craignent un changement du paradigme sociétal de notre relation avec la mort et surtout des dérives importantes au détriment des personnes les plus vulnérables de notre société.

[473] Durant ces années également, de manière parallèle, on assiste à une évolution jurisprudentielle des principes d'autodétermination, d'autonomie et de dignité de la personne à travers plusieurs décisions importantes de la Cour suprême, qui témoignent de l'importance grandissante de ces valeurs dans notre droit. On voyait déjà poindre ce courant dès les arrêts *Jones*⁴⁷², *Morgentaler*⁴⁷³ et *Rodriguez*⁴⁷⁴, mais qui se consolide par la suite dans les décisions *Blencoe*⁴⁷⁵, *Chaoulli*⁴⁷⁶ et *PHS Community Services Society*⁴⁷⁷.

[474] Ainsi, plus de deux décennies après *Rodriguez*, la Cour suprême dans *Carter* accepte d'étudier à nouveau la question et analyse, à la lumière de l'évolution sociale, les droits prévus la *Charte* afin d'assurer un équilibre entre ces valeurs à première vue concurrentes que sont d'une part l'autonomie, la liberté et la dignité de la personne adulte, apte qui souhaite mettre fin à ses jours en raison d'une maladie grave et irréversible et d'autre part, la protection de la vie des personnes vulnérables.

[475] En ce sens, l'arrêt *Carter* réaffirme la portée des droits individuels de vie, liberté et sécurité et pose les fondements de la légalisation de l'aide médicale à mourir partout au Canada. Il est donc impossible d'en faire abstraction. Les enseignements de la Cour suprême guideront le Tribunal.

1.1 Interprétation de l'arrêt *Carter* : position des parties

[476] Les demandeurs invitent le Tribunal à conclure que les principes juridiques élaborés par la Cour suprême dans *Carter* sont maintenant enchâssés dans la Constitution canadienne et dans la *Charte* et que le régime législatif adopté en réponse à cette décision y contrevient en exigeant que leur mort naturelle soit raisonnablement

⁴⁷² *R. c. Jones*, [1986] 2 R.C.S. 284, où la Cour conclut que l'autonomie s'exprime à travers les notions de dignité, de liberté et de sécurité. C'est la première fois qu'apparaît l'émergence d'une approche subjective de cette notion.

⁴⁷³ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, où la Cour réaffirme le principe de l'autonomie de la personne en faisant un lien direct entre dignité humaine et autonomie corporelle.

⁴⁷⁴ *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519.

⁴⁷⁵ *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307.

⁴⁷⁶ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791.

⁴⁷⁷ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, [2011] 3 R.C.S. 134.

prévisible. Ils soulignent que la Cour suprême a invité le Parlement et les législatures des provinces à adopter, si tel était leur choix, « *une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans les motifs de la décision* »⁴⁷⁸. Au terme de leur analyse, ils en viennent à la conclusion que tel n'est pas le cas.

[477] Comme la Cour suprême n'exige pas que la mort naturelle d'une personne soit raisonnablement prévisible afin de pouvoir demander l'aide à mourir, l'ajout d'une telle exigence apparaît donc, selon eux, incompatible avec les paramètres constitutionnels énoncés par la Cour suprême puisqu'elle en restreint l'accès pour un bon nombre de Canadiens qui, comme eux, répondent autrement à l'ensemble des critères formulés par *Carter* et équivaut à toute fin pratique dans leur cas, à une prohibition totale. Ils plaident que ce faisant, la loi fédérale leur retire un droit que leur octroyait la Cour suprême et réinstaure, pour des gens dans leur condition, un système de prohibition.

[478] Ils ajoutent que les paramètres constitutionnels énoncés dans *Carter* constituent un seuil minimal que le législateur se devait de respecter afin que le régime législatif en la matière puisse s'avérer constitutionnel.

[479] En ce qui concerne la loi provinciale qui précédait *Carter*, ils soumettent que le législateur québécois avait l'obligation de modifier sa loi pour la rendre conforme aux exigences de la Cour suprême. Son défaut de ce faire, rend inconstitutionnelle l'exigence de la fin de vie.

[480] Les procureurs généraux contestent ces prétentions. Ils plaident que les exigences de mort naturelle raisonnablement prévisible et de fin de vie demeurent tout à fait compatibles avec l'esprit de l'arrêt *Carter*, dans la mesure où elles correspondent à la situation factuelle de la principale protagoniste, madame Gloria Taylor qui était, au moment où elle s'est jointe au litige devant le tribunal de première instance en Colombie-Britannique, en phase terminale d'une maladie neurodégénérative.

[481] Pour eux, cet argument s'appuie sur le fait que la Cour suprême écrit à plusieurs reprises dans son jugement que ses motifs se limite au cas de Mme Taylor et aux personnes dans sa situation, c'est-à-dire mourantes ou proches de la mort, puisque selon les procureurs généraux, le pronostic de vie de Mme Taylor s'établissait à environ un an. Puisque la Cour suprême met aussi l'emphase sur les similarités entre l'aide médicale à mourir et d'autres choix et décisions de fin de vie, elle place ainsi cette aide dans la phase terminale de la vie.

[482] Ils soutiennent que le régime législatif adopté par le législateur fédéral n'a pas pour effet de créer un droit positif à l'aide médicale à mourir pour les citoyens. Le législateur a plutôt conçu un régime législatif en matière de droit criminel qui prévoit des exemptions aux infractions d'homicide coupable⁴⁷⁹ et d'aide au suicide pour les médecins et les infirmières praticiennes⁴⁸⁰ qui fournissent l'aide médicale à mourir en conformité avec le nouvel article 241.2 C.cr.

⁴⁷⁸ *Carter*, par. 126.

⁴⁷⁹ Art. 227 C.cr.

⁴⁸⁰ Art. 241(1) C.cr.

1.2 Interprétation jurisprudentielle: *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155

[483] Avant d'analyser la portée de l'arrêt *Carter*, certaines décisions jurisprudentielles rendues à travers le pays peuvent se révéler pertinentes, bien qu'aucune d'elles ne porte sur une question constitutionnelle, notamment celle rendue par la Cour d'appel de l'Alberta dans *Canada (Attorney General) v. E.F.*⁴⁸¹.

[484] Dans le cadre d'une demande d'autorisation d'aide médicale à mourir présentée durant la période de prorogation de la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle émise par la Cour suprême le 15 janvier 2016⁴⁸², la Cour d'appel de l'Alberta avait à déterminer si la condition médicale de la demanderesse se devait d'être terminale avant d'y faire droit.

[485] Rappelons que la Cour suprême avait à cette date accordé au gouvernement du Canada une période de 4 mois supplémentaires à la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité des articles 14 et 241(b) C.cr. émise dans *Carter*, pour lui permettre de légiférer. Ce faisant, elle a également octroyé une exemption constitutionnelle aux personnes, comme E.F., désirant recevoir l'aide médicale à mourir et qui satisfaisaient aux critères établis au paragraphe 127 du jugement⁴⁸³.

[486] Dans son jugement portant sur l'exemption constitutionnelle, la Cour suprême s'exprime ainsi :

[6] C'est la première fois que la Cour est appelée à se pencher sur l'opportunité d'accorder des exemptions individuelles pendant la durée de la *prorogation* d'une suspension de la prise d'effet d'une déclaration d'invalidité. La Cour avait accordé un an au Parlement pour qu'il décide, le cas échéant, de la réponse législative qu'il convenait de donner. **Tout en admettant qu'il faille plus de temps, nous ne voyons pas pour autant la nécessité de prolonger injustement la souffrance de ceux qui satisfont aux critères clairs que la Cour a énoncés dans *Carter*.** Une exemption serait de nature à atténuer le tort considérable qui pourrait être causé à ces adultes qui sont affectés de problèmes de santé graves, intolérables et irrémédiables en leur donnant dès à présent accès à un recours, en attendant la réponse du Parlement. L'atteinte portée aux droits par la prorogation de quatre mois l'emporte sur les considérations qui font contrepoids. En outre, l'exemption de la prorogation accordée au Québec soulève des préoccupations relatives à l'équité et à l'égalité à l'échelle de tout le pays. **Nous sommes donc d'avis de faire droit à la demande d'exemption de sorte que ceux qui souhaitent demander l'aide d'un médecin, dans le respect des critères énoncés au par. 127 des motifs de la Cour dans *Carter*, puissent, pendant la durée de la prorogation de la suspension, s'adresser à la cour supérieure de leur province ou territoire pour solliciter une ordonnance.** Exiger l'obtention d'une autorisation judiciaire durant cette période intérimaire assure le respect de

⁴⁸¹ 2016 ABCA 155.

⁴⁸² *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2016] 1 R.C.S. 13.

⁴⁸³ Elle avait aussi accordé une exemption constitutionnelle au gouvernement du Québec au sujet des demandes d'aide médicale à mourir dans la province.

la primauté du droit et offre une protection efficace contre les risques que pourraient courir les personnes vulnérables.⁴⁸⁴

[notre emphase]

[487] E.F. sollicite donc l'autorisation judiciaire pour obtenir l'aide médicale à mourir durant cette période. Elle était apte à consentir et affligée d'une condition médicale sévère mais non terminale. Bien qu'il s'agissait pour la Cour d'appel de l'Alberta de s'assurer qu'E.F. satisfaisait aux critères du paragraphe 127 du jugement *Carter* et non de trancher un litige constitutionnel, elle apparaît catégorique quant à l'interprétation des principes d'admissibilité à l'aide médicale à mourir énoncés dans l'arrêt *Carter*. Elle base son raisonnement sur deux éléments distincts.

[488] Le premier est qu'il est erroné de lire dans les deux dernières phrases du paragraphe 127 de *Carter* – « *Cette déclaration est censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce. Nous ne nous prononçons pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée.* » – une intention de la Cour suprême de limiter le droit, de créer un nouveau critère ou de restreindre davantage l'accès à l'aide médicale à mourir qu'aux seules personnes qui se trouvent dans une situation factuelle semblable à celle de Mme Taylor.

[489] Cette déclaration doit plutôt être comprise comme reconnaissant qu'il existe peut-être d'autres circonstances factuelles qui n'étaient pas en cause dans *Carter*, comme par exemple, le cas des personnes mineures ou encore celle relatives aux directives médicales anticipées, sur lesquelles la Cour suprême ne se prononce pas⁴⁸⁵. Il ne s'agit donc pas d'y voir l'établissement d'une limite à l'accès à l'aide médicale à mourir aux seules personnes qui approchent de la mort.

[490] Quant au second élément, il convient ici de le citer dans le texte :

40. Any attempt to read in or infer additional limitations to those expressly set out in paragraph 127 must respect the balance of competing values struck by the court - balancing the sanctity of life, broadly speaking, and society's interest in protecting the vulnerable against the *Charter* rights of an individual to personal autonomy without state intervention, including autonomy over personal decisions regarding one's life and bodily integrity. Given the importance of the interests at stake, **it is not permissible to conclude that certain people, whose circumstances meet the criteria set out in the *Carter 2015* declaration and who are not expressly excluded from it, nevertheless can be inferentially excluded.** [...]

41. **In summary, the declaration of invalidity in *Carter 2015* does not require that the applicant be terminally ill to qualify for the authorization. The decision itself is clear. No words in it suggest otherwise. If the court had wanted it to be thus, they would have said so clearly and unequivocally. They did not.** The interpretation urged on us by Canada is not sustainable having regard to the fundamental premise of *Carter* itself as expressed in its opening paragraph, and does not accord with the trial judgment, the breadth of the record at trial, and

⁴⁸⁴ *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2016] 1 R.C.S. 13.

⁴⁸⁵ *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155, par. 34.

the recommended safeguards that were ultimately upheld by the Supreme Court of Canada.⁴⁸⁶

[notre emphase]

[491] Bien que cet arrêt ne le lie pas, le Tribunal endosse totalement les principes qui y sont émis.

[492] Il faut aussi mentionner que durant la période d'exemption⁴⁸⁷, au moins 15 demandes ont été soumises et accordées par les tribunaux à travers le pays⁴⁸⁸. Parmi celles-ci, trois d'entre elles, dont celle de *E.F.*, impliquaient des personnes qui n'étaient pas à l'approche de la mort. Malgré tout, puisque, de l'avis des tribunaux les exigences du paragraphe 127 de *Carter* étaient satisfaites, les demandeurs qui n'étaient pas en fin de vie ont vu leurs demandes accordées⁴⁸⁹.

1.3 Interprétation de l'arrêt *Carter* : Analyse

[493] Les trois paragraphes qui suivent de *Carter*⁴⁹⁰ reflètent particulièrement bien le fondement du raisonnement et les paramètres posés par la Cour suprême :

[1] Au Canada, le fait d'aider une personne à mettre fin à ses jours constitue un crime. Par conséquent, les personnes gravement et irrémédiablement malades ne peuvent demander l'aide d'un médecin pour mourir et peuvent être condamnées à une vie de souffrances aiguës et intolérables. Devant une telle perspective, deux solutions s'offrent à elles : soit mettre fin prématurément à leurs jours, souvent par des moyens violents ou dangereux, soit souffrir jusqu'à ce qu'elles meurent de causes naturelles. Le choix est cruel.

[126] Nous sommes arrivés à la conclusion que les dispositions prohibant l'aide médicale à mourir (l'al. 241b) et l'art. 14 du *Code criminel*) portaient atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne que l'art. 7 garantit à Mme Taylor, et ce d'une manière non conforme aux principes de justice fondamentale, et que cette atteinte n'était pas justifiée au regard de l'article

⁴⁸⁶ *Id.*, par. 40-41.

⁴⁸⁷ La période intérimaire est comprise entre le 6 février 2016 et le 6 juin 2016.

⁴⁸⁸ *HS(Re)*, 2016 ABQB 121; *A.B. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 1912; *Patient v. Attorney General of Canada*, 2016 MBQB 63; *A.B. v. Ontario (Attorney General)*, 2016 ONSC 2188; *A.A. (Re)*, 2016 BCSC 570; *W.V. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2302; *CD v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2431; *EF v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2790; *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155; *Patient 0518 v. RHA 0518, Physician A0518 and Physician C0518*, 2016 SKGB 176; *M.N. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3346; *I.J. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3380; *H.H. (Re)*, 2016 BCSC 971; *Tuckwell (Re)*, 2016 ABQB 302; *O.P. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3956.

⁴⁸⁹ Voir par exemple: *I.J. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3380, par. 18-19: « *In A.B. v. Canada, while I said that it would be sufficient that a person's grievous medical condition was life-threatening or terminal, I did not say that a terminal illness was a necessary precondition for a constitutional exemption. The gravamen of a grievous and irremediable medical condition is not whether the illness, disease of disability is terminal but the grievousness is the threat the medical condition poses to a person's life and its interference with the quality of that person's life.* » Voir aussi *H.H. (Re)*, 2016 BCSC 971, par. 5 et 25.

⁴⁹⁰ Les principes énoncés au par. 127 de la décision sont aussi repris aux par. 4 et 147 de l'arrêt.

premier de la *Charte*. 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.

[127] La réparation appropriée consiste donc en un jugement déclarant que l'al. 241b) et l'art. 14 du *Code criminel* sont nuls dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. Il convient d'ajouter que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables. Cette déclaration est censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce. Nous ne nous prononçons pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée.

[494] Après analyse des prétentions respectives des parties sur cette question, le Tribunal conclut que la position adoptée par les procureurs généraux, fondée en partie sur les deux dernières phrases du paragraphe 127 de l'arrêt, est erronée et qu'il ne peut la retenir pour plusieurs raisons.

[495] La première découle du fait que les critères énoncés au paragraphe 127 sont clairs. La Cour suprême ne limite pas ni ne restreint la possibilité de recevoir l'aide médicale à mourir aux seules personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou qui sont en fin de vie et ce ni explicitement ni implicitement. Si la Cour suprême voulait établir ou imposer un lien temporel entre l'administration de l'aide médicale à mourir et l'imminence de la mort, elle l'aurait certainement écrit de manière précise dans les considérants de son jugement alors qu'elle prend soin d'élaborer les conditions qui y donne ouverture.

[496] La seconde réside dans le fait que l'aide médicale à mourir existe au Canada afin d'éviter avant tout, à ceux qui en expriment le choix, une vie de souffrance. D'ailleurs le « choix cruel » dont fait mention la Cour suprême, entre mettre fin prématurément à sa vie ou souffrir jusqu'à sa mort naturelle, ne se rattache pas au caractère terminal de la condition médicale qui cause la souffrance. Le caractère cruel de la situation existe pour la personne qui souffre, peu importe le stade terminal ou non de sa maladie. Paradoxalement d'ailleurs, plus la mort apparaît éloignée dans le temps, plus la situation devient cruellement longue.

[497] De l'avis du Tribunal, le fondement de la décision *Carter* n'est pas la proximité de la mort ou le lien temporel avec la mort naturelle anticipée mais plutôt le respect de la volonté de la personne, la préservation de sa dignité et principalement le soulagement de ses souffrances intolérables associées à une maladie grave et irrémédiable. Il s'agit donc de permettre à une personne de mettre fin à ses souffrances et lui éviter, si elle le souhaite, de continuer à vivre jusqu'à son agonie finale, dès lors qu'elle est atteinte d'une

maladie grave et incurable et qu'elle n'entretient plus aucun espoir d'amélioration de son état.

[68] [...] Cette décision [demander l'aide médicale à mourir] prend sa source dans la maîtrise qu'elles [certaines personnes] exercent sur leur intégrité corporelle; la décision représente leur réaction profondément personnelle à une douleur et à des souffrances aiguës. En niant la possibilité pour ces personnes de faire ce choix, la prohibition empieète sur leur liberté et la sécurité de leur personne. [...] ⁴⁹¹

[498] Enfin, soutenir que Mme Taylor, demanderesse dans *Carter*, était dans les faits dans la phase finale de sa maladie n'y change rien. La Cour suprême avait justement l'occasion de le préciser s'il s'agissait d'une restriction ou d'une limite importante à considérer. Le Tribunal ne retient pas des nombreux extraits du jugement cités⁴⁹² par le procureur général du Canada, sa conclusion d'une indication implicite de limiter l'aide médicale à mourir aux personnes se trouvant dans les mêmes circonstances que Mme Taylor. Le langage de la déclaration d'invalidité est large et il est évident que la définition des mots « maladies graves et irrémédiables » n'exclut pas celles qui ne sont pas terminales. Nul ne saurait prétendre sérieusement que les conditions médicales dont souffrent M. Truchon et Mme Gladu ne sont ni graves ni irrémédiables.

[499] Le Tribunal conclut que ni le paragraphe 127 de l'arrêt *Carter*, ni l'ensemble du jugement, dans sa lettre ou dans son esprit, ne peuvent s'interpréter comme limitant l'accès à l'aide médicale à mourir aux seules personnes qui approchent de la mort, mais plutôt en l'ouvrant à toute personne qui satisfait aux exigences claires de la Cour suprême, que sa mort soit raisonnablement prévisible ou non.

[500] Le Tribunal tire le même constat lorsqu'on lui demande d'inférer que la Cour suprême, en faisant des parallèles avec d'autres choix de fin de vie, associait nécessairement l'aide médicale à mourir à la proximité de la mort. Il existe en effet beaucoup de situations où des patients refusent un traitement qui a pour but de leur sauver la vie ou qui cessent un traitement qui les maintient en vie sans être pour autant ni mourants ni en phase terminale.

[501] Par conséquent, tant l'exigence législative de la mort naturelle raisonnablement prévisible de l'alinéa 241.2(2)d) C.cr. que celle de la fin de vie du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la loi québécoise, apparaissent clairement incompatibles avec les paramètres énoncés par la Cour suprême dans l'arrêt *Carter*. Elles privent en effet des personnes se trouvant dans une condition semblable à celle des demandeurs de la possibilité que leur octroie le jugement *Carter* d'être admissibles à recevoir l'aide médicale à mourir.

1.4 Portée et conséquences de cette interprétation

[502] Cela dit, le Tribunal doit maintenant déterminer si de ce fait, ces exigences sont d'emblée inconstitutionnelles. Autrement dit, est-ce que ces exigences, même si elles ne

⁴⁹¹ *Carter*, par. 68.

⁴⁹² Le procureur général du Canada lors de l'argumentation a référé plus particulièrement aux paragraphes 11, 12, 42, 56, 65, 66, 70, 86 et 126 de l'arrêt *Carter*.

sont pas compatibles avec les paramètres de l'arrêt *Carter*, sont de facto inconstitutionnelles, comme le soutiennent les demandeurs? Le Tribunal ne le croit pas.

[503] Le simple fait que la loi fédérale prévoit des exigences ou des modalités supplémentaires qui n'apparaissent pas à l'arrêt *Carter* ne la rend pas pour autant inconstitutionnelle⁴⁹³. Le fardeau des demandeurs de prouver la violation de leurs droits garantis par les articles 7 et 15 de la *Charte* n'est pas allégé par le fait que les dispositions contestées ne sont pas en harmonie parfaite avec l'arrêt *Carter*.

[504] La Cour suprême a déjà confirmé la constitutionnalité de dispositions adoptées par le législateur en réponse à certains de ses arrêts alors que celles-ci étaient différentes de ses enseignements⁴⁹⁴.

[505] L'arrêt *Mills*⁴⁹⁵ fait certes autorité en la matière. Dans cette affaire, l'accusé contestait la constitutionnalité des articles du *Code criminel* concernant la communication de dossiers dans des poursuites relatives à une infraction d'ordre sexuel. Les dispositions législatives en cause avaient été adoptées en réponse à l'arrêt *O'Connor*⁴⁹⁶ où la majorité de la Cour suprême établissait un régime de communication de la preuve, moins restrictif que celui qui prévalait alors. En employant le concept de « dialogue sur la *Charte* »⁴⁹⁷ dans les rapports entre les tribunaux et le législateur, la Cour suprême confirme que le Parlement peut élaborer un régime législatif différent dans la mesure où il est constitutionnel :

[55] L'intimé et plusieurs intervenants qui l'appuient font valoir que la loi C-46 est inconstitutionnelle dans la mesure où elle établit un régime de communication qui diffère de celui établi par les juges majoritaires dans l'arrêt *O'Connor*, ou qui est incompatible avec celui-ci. 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

⁴⁹³ Hamish STEWART, « Constitutional Aspects of Canada's New Medically-Assisted Dying Law », (2018) 85 S.C.L.R. (2d) 435, 452.

⁴⁹⁴ Le professeur Peter W. Hogg désigne ces arrêts de la Cour suprême sous le vocable « second look cases ». Voir Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, 5^e éd., vol. 2, Toronto, Thomson Reuters, 2007, feuilles mobiles, à jour en 2017, par. 36.5(b), p. 36-14.2 et suiv.

⁴⁹⁵ *R. c. Mills*, [1999] 3 R.C.S. 668.

⁴⁹⁶ *R. c. O'Connor*, [1995] 4 R.C.S. 411.

⁴⁹⁷ La métaphore « *Charter dialogue* » a été consacrée en 1997 par les auteurs Peter W. HOGG et Allison A. BUSHHELL, « The *Charter* Dialogue Between Courts and Legislatures », (1997) 35 *Osgoode Hall L.J.* 75, sans aucune anticipation de l'attention qu'elle recevra dans la jurisprudence et la doctrine. Plus tard, les auteurs précisent la signification de la métaphore : « In "*Charter Dialogue*," we referred to the sequence of new laws following *Charter* decisions as a "*Charter dialogue*" between the courts and legislatures. By this, we did not mean that the courts and legislatures were literally "talking" to each other. We made it clear that all that we meant by the dialogue metaphor was that the court decisions in *Charter* cases usually left room for a legislative response, and usually received a legislative response ». Peter W. HOGG, Allison A. BUSHHELL THORTON et Wade K. WRIGHT, « *Charter Dialogue Revisited – Or "Much Ado About Metaphors"* », (2007) 45 *Osgoode Hall L.J.* 1, 4.

être amélioré. **Insister sur une conformité servile irait à l'encontre du respect mutuel qui sous-tend les rapports entre les tribunaux et le législateur et qui est si essentiel à notre démocratie constitutionnelle [...]**⁴⁹⁸

[notre emphase]

[506] Le procureur général du Canada invoque l'arrêt *Mills* pour justifier la tentative du législateur de répondre par le projet de loi C-14 aux préoccupations exprimées par certains groupes de personnes vulnérables et pour rappeler la déférence particulière dont le Tribunal doit faire preuve dans ce contexte⁴⁹⁹ :

[58] [...] Les tribunaux n'ont pas le monopole de la protection et de la promotion des droits et libertés; le législateur joue également un rôle à cet égard et il est souvent en mesure de faire fonction d'allié important pour les groupes vulnérables. [...] Si la démocratie constitutionnelle vise à garantir que la majorité écoute comme il se doit la voix des personnes vulnérables, notre Cour a donc l'obligation de faire preuve de déférence en examinant la tentative du législateur de répondre à cette voix.⁵⁰⁰

[507] Le Tribunal abordera la question de la déférence judiciaire dans le cadre de l'analyse sous l'article premier de la *Charte*. À cette étape-ci, il se contentera de paraphraser la précision apportée par la Cour suprême dans *Canada (Procureur général) c. JTI-Macdonald Corp.*⁵⁰¹ : le simple fait que le projet de loi C-14 constitue la réponse du législateur à l'arrêt *Carter* ne milite ni pour ni contre la déférence⁵⁰². Si le Tribunal conclut à la violation des droits fondamentaux des demandeurs, le procureur général doit néanmoins justifier cette violation en vertu de l'article 1 de la *Charte*.

[508] Ainsi, à cette étape de l'analyse, le Tribunal ne peut se ranger derrière l'argument des demandeurs et conclure que le régime législatif en cause est inconstitutionnel du seul fait qu'il diffère des paramètres établis par l'arrêt *Carter*. Le Tribunal reconnaît la souveraineté totale du législateur en cette matière et que l'exercice du pouvoir législatif est essentiel au fonctionnement de notre démocratie.

[509] Sans nier la difficulté de la tâche du législateur, reconnue d'ailleurs dans *Carter*, de légiférer comme il l'estime approprié dans une matière aussi novatrice que l'aide médicale à mourir, il n'en demeure pas moins qu'il appartient au Tribunal d'effectuer le contrôle de la constitutionnalité des lois, soient-elles adoptées en réplique au « dialogue » initié par la Cour suprême, comme c'est le cas pour la loi fédérale, ou encore, à la suite d'une initiative de la législature, comme la loi québécoise.

⁴⁹⁸ *R. c. Mills*, [1999] 3 R.C.S. 668, par. 55.

⁴⁹⁹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 140 et 141.

⁵⁰⁰ *R. c. Mills*, [1999] 3 R.C.S. 668, par. 58.

⁵⁰¹ [2007] 2 R.C.S. 610.

⁵⁰² *Id.*, par. 11 citant Peter W. HOGG, Allison A. BUSHILL THORTON et Wade K. WRIGHT, « Charter Dialogue Revisited – Or "Much Ado About Metaphors" », (2007) 45 *Osgoode Hall L.J.* 1, 47-48. Voir aussi Kent ROACH, « Sharpening the Dialogue Debate: The Next Decade of Scholarship », (2007) 45 *Osgoode Hall L.J.* 169, 175.

[510] Conséquemment, le Tribunal se doit d'examiner la constitutionnalité de l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* et du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, en regard des articles 7 et 15 de la *Charte*.

2. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, prévue à l'alinéa 241.2(2)d) de Code criminel, porte-t-elle atteinte à l'article 7 de la Charte qui garantit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne?

[511] L'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* énonce :

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

[512] Afin d'établir la violation d'un droit prévu à l'article 7 de la *Charte*, les demandeurs doivent franchir deux étapes. Ils doivent d'abord démontrer que la loi ou une mesure prise par l'État les prive ou porte atteinte à leur droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de leur personne. Dans l'affirmative, ils doivent ensuite convaincre le Tribunal que la privation ou l'atteinte en cause contrevient aux principes de justice fondamentale. L'article 7 ne garantit pas, en effet, qu'une loi ne sera jamais attentatoire à la vie, à la liberté et à la sécurité d'une personne, mais seulement qu'elle ne le sera pas en contravention des principes de justice fondamentale.

[513] Les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ont été interprétés à maintes reprises par les tribunaux et vont souvent de pair, bien qu'ils constituent pourtant des droits distincts⁵⁰³. Il suffit cependant qu'un seul de ces droits fasse l'objet d'une atteinte pour justifier d'une violation à l'article 7 de la *Charte*. Il s'agit donc d'en rappeler succinctement la signification et d'en examiner la portée au regard de la preuve présentée en l'instance.

2.1 Le droit à la vie

[514] C'est justement la Cour suprême dans l'arrêt *Carter* qui a circonscrit de manière ciblée et spécifique la notion de droit à la vie de l'article 7 de la *Charte* relative à la prohibition absolue de l'aide au suicide au Canada. Elle conclut que le droit à la vie entre en jeu dès qu'une mesure ou une loi de l'État a « *directement ou indirectement pour effet d'imposer la mort à une personne ou de l'exposer à un risque accru de mort* »⁵⁰⁴.

⁵⁰³ *Miller et autre c. La Reine*, [1977] 2 R.C.S. 680; *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, [1985] 2 R.C.S. 486, *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30; *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307; *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791; *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, [2011] 3 R.C.S. 134 etc.

⁵⁰⁴ *Carter*, par. 62. Comme certains auteurs le font remarquer, bien que cette formulation du droit à la vie puisse paraître large, elle ne l'est toutefois pas assez pour y inclure des notions telles que l'autonomie personnelle, la qualité de vie, l'autodétermination et la dignité, que la Cour suprême préfère traiter comme étant plutôt susceptibles d'être engagées par la violation du droit à la liberté ou à la sécurité de la personne. Voir notamment Hamish STEWART, *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, p. 71.

[515] La Cour suprême reconnaît dans *Carter* que la prohibition de l'aide médicale à mourir mettait en jeu le droit à la vie et que, même si ce droit se définissait sans doute principalement comme « *un droit de ne pas mourir* »⁵⁰⁵, il ne créait pas toutefois une obligation de vivre, puisqu'en pareil cas, il en résulterait une remise en question de la légalité de tout consentement au retrait, à l'arrêt ou au refus d'un traitement vital ou de maintien de la vie.

[516] Elle conclut donc que la prohibition de l'aide médicale à mourir de l'alinéa 241b) C.cr. contrevient au droit à la vie puisqu'elle avait pour effet de forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie, par crainte d'en être incapables lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables⁵⁰⁶.

[517] Les demandeurs reprennent en substance cet argument. Ils soutiennent que l'exigence d'une mort naturelle raisonnablement prévisible crée l'équivalent d'une prohibition à l'aide médicale à mourir pour toutes les personnes qui, comme eux, ne sont pas en fin de vie. En ce sens, elle force donc certaines de ces personnes à prendre en charge leur propre destinée et à poser des gestes hâtifs et prématurés visant à mettre fin à leur vie de peur de ne plus être physiquement en mesure de le faire quand leurs souffrances deviendront insupportables. Par conséquent, selon eux, l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible les expose à un risque accru de mort et porte donc atteinte au droit à la vie que leur reconnaît la *Charte*.

[518] Le procureur général du Canada argumente pour sa part que le droit à la vie n'est pas en jeu en l'instance puisque, contrairement à la situation qui prévalait dans *Carter*, il ne s'agit pas de forcer quiconque à s'enlever la vie de manière prématurée. Au contraire, à son avis, les demandeurs souhaitent mettre fin à leur vie avec une aide médicale en attaquant le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible au motif qu'il les oblige à prolonger leur vie en retardant leur admissibilité. Bien que ces personnes puissent effectivement subir des souffrances durant cette période, cela n'appuie pas la thèse selon laquelle l'exigence en cause a pour effet d'abrégé leur vie.

[519] Le Tribunal ne peut souscrire aux arguments du procureur général du Canada. Il est évident que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible crée une prohibition d'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour toutes les personnes qui ne sont pas mourantes, comme M. Truchon et Mme Gladu.

[520] La preuve convaincante et non contredite démontre que si on maintient cette exigence, Mme Gladu a l'intention d'aller mourir en Suisse et M. Truchon de se laisser volontairement mourir de faim et de soif, faute de pouvoir, vu sa condition, recourir à un autre moyen de se tuer qui soit moins souffrant.

[521] Même si dans les faits, comme le prétend le procureur général du Canada, l'exigence imposée par la loi peut effectivement avoir pour effet de prolonger la vie de certaines personnes, qui autrement demanderaient l'aide médicale à mourir, cela n'y change rien. Bien au contraire, en raison de cette prolongation de la vie et des

⁵⁰⁵ *Carter*, par. 61 citant *Carter BCSC*, par. 1322.

⁵⁰⁶ *Carter*, par. 57.

souffrances qui l'accompagnent, des personnes malades seront justement portées à en finir de manière hâtive et souvent de manière dégradante ou violente, avant d'être agonisantes, en perte totale de dignité ou en phase finale de leur vie.

[522] L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible expose donc des personnes comme M. Truchon et Mme Gladu à un risque accru de mort. Elle contrevient par conséquent au droit à la vie de l'article 7 de la *Charte*.

2.2 Les droits à la liberté et la sécurité de la personne

[523] En 1988, dans l'arrêt *Morgentaler*⁵⁰⁷, la Cour suprême avait déjà tracé les balises de l'atteinte au droit à la liberté en citant John Stuart Mill : « *Chacun est le véritable gardien de sa propre santé, tant physique que mentale et spirituelle. L'humanité à plus à gagner de laisser chacun vivre comme cela lui semble bon, qu'à forcer chacun à vivre comme cela semble bon aux autres. La liberté dans une société libre et démocratique n'oblige pas l'État à approuver les décisions personnelles de ses citoyens, elle l'oblige cependant à les respecter.* »

[524] Surtout appliqué en matière de décisions d'ordre médical et d'atteinte à l'intégrité corporelle, le souci de protéger l'autonomie et la dignité de la personne constitue le fondement de ces deux droits. La liberté « *protège le droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État* » et la sécurité « *englobe une notion d'autonomie personnelle qui comprend [...] la maîtrise de l'intégrité de sa personne sans aucune intervention de l'État et elle est mise en jeu par l'atteinte de l'État à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne, y compris toute mesure prise par l'État qui cause des souffrances physiques ou de graves souffrances psychologiques* »⁵⁰⁸.

[525] Les demandeurs invitent le Tribunal à suivre les enseignements de *Carter* voulant que la prohibition de l'aide médicale à mourir contrevient aux droits à la liberté et la sécurité de la personne en ce qu'elle⁵⁰⁹ :

1. Entrave la prise de décisions d'ordre médical fondamentalement importantes et personnelles, causant ainsi de la douleur et un stress en privant les personnes de la maîtrise de leur intégrité corporelle;
2. Laisse les personnes subir de la douleur physique et psychologique et leur impose un stress en leur interdisant d'obtenir une aide médicale à mourir;
3. Prive les personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable de faire des choix importants pour préserver leur dignité et leur intégrité personnelle, choix compatibles avec les valeurs auxquelles elles avaient adhéré durant leur vie.

⁵⁰⁷ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, 167.

⁵⁰⁸ *Carter*, par. 64 citant *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307, par. 54, 55-57; *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519, 587-588; *R. c. Morgentaler*, [1998] 1 R.C.S. 30; *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G. (J.)*, [1999] 3 R.C.S. 46, par. 58; *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, par. 43.

⁵⁰⁹ *Carter*, par. 65 et 66.

[526] Il semble pour le moins incongru, selon la Cour suprême, qu'une personne puisse, en toute légalité demander la sédation palliative, l'arrêt de traitements, incluant l'alimentation, l'hydratation ou l'assistance respiratoire, mais qu'il lui soit néanmoins interdit de demander l'aide médicale à mourir. Les personnes adultes et aptes possèdent en effet depuis longtemps au Canada le droit de décider de leur propre sort et de dicter le cours de leur traitement médical⁵¹⁰, même si leur décision mène inévitablement à leur mort.

[527] En se basant sur ces principes, les demandeurs soutiennent que l'impossibilité pour eux de recourir à l'aide médicale à mourir, compte tenu de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, empiète sur leur liberté de choix et sur l'exercice de leur autonomie.

[528] Elle les prive aussi de leur dignité et les force à souffrir en attendant la mort, ou à choisir une solution qui, ultimement, leur causera davantage de souffrances avant d'y parvenir : soit se tuer par un autre moyen souvent violent et traumatique, soit prendre des mesures avec l'espoir de se rendre admissibles à l'aide médicale à mourir, mais qui entre-temps, les feront souffrir davantage. Dans le cas de M. Truchon par exemple, le recours au VSED pourra mener à une détérioration de son état et après d'autres souffrances, le rendre ultimement admissible à recevoir l'aide médicale à mourir, s'il demeure toujours apte à confirmer son consentement au moment venu. C'est là un parcours cruel.

[529] Le procureur général du Canada reconnaît que seules les personnes physiquement incapables de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle, qui souffrent et qui ne peuvent demander l'aide médicale à mourir parce que leur mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, verraient leurs droits garantis par l'article 7 de la *Charte* atteints⁵¹¹. Cette violation toutefois serait conforme aux principes de justice fondamentale, et dans la négative, justifiée par l'article 1 de la *Charte*.

[530] Pour les personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie restreinte, le procureur général du Canada soutient que rien ne les empêche d'exercer leur autonomie puisqu'elles peuvent mettre fin elles-mêmes à leurs jours sans l'intervention de l'État. Il reproche aux personnes se trouvant dans la même situation que les demandeurs de revendiquer un moyen d'en finir avec la vie, ce qui n'a pas pour effet d'entraver leur liberté ou leur sécurité.

[531] Finalement, il soutient que les enseignements de *Carter* sont confinés aux personnes qui se trouvent déjà en fin de vie, car la Cour suprême établit une comparaison avec des individus dépendants d'équipements ou de traitements médicaux de maintien de vie, d'alimentation ou d'hydratation artificielle ou de sédation palliative, donc nécessairement en fin de vie, et qui exercent donc un choix de décider comment mourir. Selon le procureur général, il s'agit là de l'assise fondamentale de cet arrêt. Comme Mme Taylor se trouvait en fin de vie, les énoncés de la Cour suprême doivent se comprendre comme ne faisant référence qu'à cette catégorie de personnes bien précise.

⁵¹⁰ *Carter*, par. 67.

⁵¹¹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 35.

[532] Pour les raisons déjà exprimées, le Tribunal conclut que les énoncés de la Cour suprême constituent un exposé d'ordre général et ne se limitent pas aux personnes déjà dans la phase terminale de leur vie. Ils visent plutôt à reconnaître l'autonomie décisionnelle et la prise de décision médicale de chaque personne sur son propre corps, et ce, peu importe le moment et les conséquences potentielles de cette décision.

[533] En l'instance, la position avancée par les demandeurs doit être retenue. M. Truchon et Mme Gladu se voient empêchés d'exercer ce choix fondamental, cette autonomie décisionnelle éminemment privée qui reflète leur valeur et leur dignité en tant qu'êtres humains. Ils n'ont pas la maîtrise de leur intégrité physique car l'État, de par l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, les empêche de recourir à l'aide médicale à mourir et, surtout, les oblige à endurer de pénibles souffrances physiques et psychologiques.

[534] L'État, par l'adoption de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, porte donc directement atteinte à leur intégrité physique, leur cause des douleurs physiques et psychologiques et les prive de la possibilité de faire un choix fondamental qui soit respectueux de leur dignité et de l'intégrité de leur personne.

[535] Le Tribunal n'entretient aucune hésitation à conclure que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible brime les droits à la liberté et à la sécurité de M. Truchon et de Mme Gladu, garantis par l'article 7 de la *Charte*.

2.3 Les principes de justice fondamentale

[536] Bien que l'article 7 de la *Charte* ne dresse pas une liste des principes de justice fondamentale, la jurisprudence canadienne définit les exigences constitutionnelles minimales auxquelles doit satisfaire une loi qui restreint les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité d'une personne⁵¹².

[537] À l'heure actuelle, trois principes phares guident les tribunaux, bien qu'il en existe d'autres⁵¹³. Une loi qui empiète sur les droits à la vie, à la liberté ou à la sécurité d'une personne, ne doit pas être arbitraire, avoir une portée excessive ou entraîner des conséquences totalement disproportionnées par rapport à son objet⁵¹⁴.

[538] Les demandeurs soutiennent que la loi fédérale se trouve entachée par de chacun de ces vices, mais ils mettent surtout l'accent sur sa portée excessive⁵¹⁵.

[539] Les intervenants Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et Dying with Dignity Canada ajoutent, à titre subsidiaire, le principe de justice fondamentale de l'imprécision. Selon eux, «*le caractère vague, l'absence de réelle définition médicale*

⁵¹² *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, par. 94; *Carter*, par. 71 et suiv.

⁵¹³ *Carter*, par. 72, 91-92. La Cour suprême refuse de se prononcer sur « la parité » comme principe de justice fondamentale. Voir aussi Hamish STEWART, *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, p. 136 et suiv., et p. 191 et suiv.

⁵¹⁴ *Carter*, par. 72.

⁵¹⁵ Demande introductive d'instance en jugement déclaratoire, par. 231. Dans leur plan de plaidoirie, ils traitent uniquement de la portée excessive et abordent en réplique les trois principes de justice fondamentale cités dans le texte.

uniforme et l'accès inégal à l'AMM rendent la disposition contraire aux principes de justice fondamentale et donc inconstitutionnelle »⁵¹⁶.

[540] Pour sa part, le procureur général du Canada considère que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible n'a pas une portée excessive et n'apparaît ni arbitraire, ni totalement disproportionnée, ni inconstitutionnelle en raison de l'imprécision de ses termes.

[541] Chacun de ces principes de justice fondamentale s'apprécie dans son contexte et en relation avec l'objet de la disposition en cause afin de déterminer si néanmoins, les exigences constitutionnelles sont respectées.

[542] À ce stade, l'analyse doit se faire sous la loupe de la violation des droits fondamentaux des demandeurs spécifiquement. Il s'agit en effet de déterminer si ces derniers ont réussi à prouver que leur vie, leur liberté ou leur sécurité ont été violées de manière non conforme aux principes de justice fondamentale et non pas d'évaluer cette violation par rapport à des intérêts sociaux, religieux ou culturels divergents ou encore en les opposant à des avantages publics et généraux que procure la loi attaquée⁵¹⁷.

[543] La Cour suprême en effet adopte une interprétation individualiste des principes de justice fondamentale et ce, malgré le lien existant entre les moyens mis de l'avant par le législateur et les buts ultimement recherchés. Dans l'arrêt *Bedford*⁵¹⁸, elle établit le principe suivant, en rappelant que l'analyse doit s'axer sur les droits des demandeurs eux-mêmes :

[123] Les trois notions — le caractère arbitraire, la portée excessive et la disproportion totale — supposent la comparaison de l'atteinte aux droits causée par la loi avec l'objectif de la loi, et non avec son efficacité. Autrement dit, elles ne s'intéressent pas à la réalisation de l'objectif législatif ou au pourcentage de la population qui bénéficie de l'application de la loi. Elles ne tiennent pas compte des avantages accessoires pour la population en général. De plus, aucune ne requiert la détermination du pourcentage de la population qui est touchée par un effet préjudiciable. L'analyse est qualitative et non quantitative. **La question à se poser dans le cadre de l'analyse fondée sur l'art. 7 est celle de savoir si une disposition législative intrinsèquement mauvaise prive qui que ce soit du droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de sa personne; un effet totalement disproportionné, excessif ou arbitraire sur une seule personne suffit pour établir l'atteinte au droit garanti à l'art. 7.**

[notre emphase]

⁵¹⁶ Plan d'argumentation des intervenants Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et Dying with Dignity Canada, par. 88.

⁵¹⁷ *Carter*, par. 79. Le point central est en effet de déterminer l'impact d'une mesure législative sur les droits fondamentaux énoncés à l'article 7 de la *Charte* de la personne qui prétend à la violation, et non sur les objectifs sociaux plus larges auxquels la mesure vise à remédier. Voir aussi à cet effet, Hamish STEWART, *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, p. 150.

⁵¹⁸ *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, par. 123.

[544] Il devient donc clair que l'accent doit être mis ici sur la restriction des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de M. Truchon et de Mme Gladu plutôt que sur les répercussions sociales en général et sur les intérêts de l'ensemble de la société. Il suffit donc d'identifier un effet arbitraire, excessif ou totalement disproportionné sur une seule personne pour établir une atteinte à un droit garanti à l'article 7 de la *Charte*⁵¹⁹.

[545] En effet, et comme le reconnaît le procureur général du Canada, l'examen des effets du critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible sur les personnes autres que les demandeurs dont les caractéristiques sont en lien avec les objectifs de la loi demeure une question dont on doit faire l'examen à l'étape de l'article premier de la *Charte*, le cas échéant⁵²⁰.

[546] Pour déterminer s'il existe une violation par l'État des principes de justice fondamentale, le Tribunal doit en premier lieu identifier l'objectif visé par la disposition contestée⁵²¹. La détermination de l'objet est essentielle, car l'analyse des principes de justice fondamentale implique une comparaison avec celui-ci⁵²².

L'objet de la disposition attaquée

[547] Les parties insistent beaucoup, avec raison, sur l'importance de bien cerner l'objet de la disposition fédérale attaquée avant de procéder à son analyse à la lumière de la *Charte*.

[548] Dans un jugement précédent dans le cadre du même dossier, le Tribunal indiquait qu'il n'était pas question d'examiner l'ensemble du nouveau régime législatif mis en place par le législateur dans la foulée de l'arrêt *Carter*, ou encore l'ensemble des objectifs de la loi, si tant est qu'il y en ait plusieurs, qui n'étaient pas en lien avec la disposition attaquée⁵²³.

[549] Le Tribunal tenait en effet pour acquis que le nouveau régime législatif s'avérait constitutionnel ou du moins était présumé l'être à ce stade et que seule l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible devait faire l'objet d'un examen par le Tribunal.

[550] Les demandeurs allèguent que le seul objectif véritable poursuivi par le législateur demeure le même que celui identifié dans *Carter*, soit la protection des personnes vulnérables contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse⁵²⁴.

[551] Le procureur général du Canada soumet pour sa part que le nouveau régime législatif vise trois objectifs dont deux diffèrent de celui qui existait au moment où la prohibition absolue était en vigueur au Canada⁵²⁵. Ces trois objectifs s'articulent ainsi :

⁵¹⁹ *Id.*, par. 123-125 et 127.

⁵²⁰ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 83.

⁵²¹ *Carter*, par. 73; *R. c. Moriarity*, [2015] 3 R.C.S. 485, par. 24; *R. c. Safarzadeh-Markhali*, [2016] 1 R.C.S. 180, par. 24.

⁵²² *Carter*, par. 73.

⁵²³ *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2018 QCCS 317, par. 25-26.

⁵²⁴ Plan de plaidoirie des demandeurs, par. 349 et 354; Réplique des demandeurs, par. 289.

⁵²⁵ Rappelons que dans l'arrêt *Carter* la Cour suprême détermine que l'objet de la loi était d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse et rejette l'autre

1. Qu'il importe d'affirmer la valeur inhérente et l'égalité de chaque vie humaine et d'éviter d'encourager les perceptions négatives au sujet de la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées;
2. Que le suicide constitue un important enjeu de santé publique qui peut avoir des conséquences néfastes et durables sur les personnes, les familles et les collectivités⁵²⁶;
3. Que les personnes vulnérables doivent être mises à l'abri contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse.

[552] Le Tribunal tient pour acquis que le procureur général considère que les trois objectifs qu'il identifie visent tant l'ensemble du nouveau régime législatif que la disposition attaquée de mort naturelle raisonnablement prévisible⁵²⁷.

[553] Il apparaît bien établi qu'aux fins de l'analyse fondée tant sur l'article 7 que sur l'article 1 de la *Charte*, le Tribunal doit identifier l'objectif de la mesure contestée, car c'est la violation des droits fondamentaux par cette mesure et non par l'ensemble du régime législatif que les demandeurs doivent prouver et que l'État doit justifier. La Cour suprême souligne dans *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, ainsi que dans plusieurs arrêts ultérieurs⁵²⁸, y compris *Carter*, que « l'objectif pertinent est l'objectif de la mesure attentatoire »⁵²⁹ ou de la restriction⁵³⁰ et que sa formulation trop large « risque de court-circuiter l'analyse »⁵³¹.

[554] Le Tribunal se trouve de plus guidé par les enseignements de la Cour suprême dans les arrêts *Moriarity*⁵³² et *Safarzadeh-Markhali*⁵³³ sur la démarche à suivre pour bien qualifier l'objectif du législateur :

objectif proposé de « préservation de la vie » comme trop large et représentant plutôt une valeur sociale directrice qu'un objectif comme tel. *Carter*, par. 74-77 et 86. Voir aussi Feuille de route du procureur général du Canada, 19 février 2019, p. 8.

⁵²⁶ Feuille de route du procureur général du Canada, 19 février 2019, p. 8 et Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 12. Il faut toutefois noter que le 3^e objectif est formulé différemment dans le plan d'argumentation du PGC : « Protéger la santé publique en préservant la cohérence et une approche efficace de mesures de prévention du suicide ».

⁵²⁷ Au paragraphe 12 de son plan d'argumentation, le procureur général du Canada parle en effet de ces objectifs comme étant ceux de la nouvelle loi et du critère de mort naturelle raisonnablement prévisible.

⁵²⁸ *Toronto Star Newspapers Ltd. c. Canada*, [2010] 1 R.C.S. 721, par. 20 citant *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 199, par. 144; *R. c. K.R.J.*, [2016] 1 R.C.S. 906, par. 62 citant *Toronto Star Newspapers Ltd. c. Canada*, [2010] 1 R.C.S. 721, par. 20. Dans ces arrêts, les enseignements de la Cour suprême relatifs à l'identification de l'objet de la loi, sont énoncés dans le cadre de l'analyse en vertu de l'article 1 de la *Charte*.

⁵²⁹ *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 199, par. 144.

⁵³⁰ *Québec (Procureure Générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464, par. 45 citant *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 199, par. 144

⁵³¹ *Carter*, par. 77 citant *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 199, par. 144.

⁵³² *R. c. Moriarity*, [2015] 3 R.C.S. 485, par. 27-31.

⁵³³ *R. c. Safarzadeh-Markhali*, [2016] 1 R.C.S. 180, 26-29 et 31.

- a) ne pas confondre l'objectif et le moyen retenu pour l'atteindre;
- b) qualifier l'objectif en fonction du bon degré de généralité, à savoir ni trop large ni trop restreint;
- c) énoncer l'objectif de manière succincte et précise en se concentrant sur l'objet de la disposition législative contestée;
- d) à cette étape, considérer l'objectif législatif « comme valide », c'est-à-dire approprié et légitime;
- e) pour ce faire, considérer l'objectif de la mesure s'il est énoncé dans la loi, le texte, le contexte et l'économie de la loi, ainsi que des éléments de preuve extrinsèques tels que l'historique de la loi et son évolution.

[555] Cela dit, le Tribunal ne peut retenir les deux premiers objectifs mis de l'avant par le procureur général relatifs à l'affirmation de la valeur inhérente et à l'égalité de chaque vie humaine et à l'importance de prévenir le suicide. Comme dans *Carter*, le Tribunal considère que ces objectifs sont énoncés de manière trop large et constituent plutôt des vecteurs d'affirmation de valeurs ou d'enjeux sociaux⁵³⁴.

[556] Après analyse du nouveau régime législatif, de la disposition législative attaquée, des débats parlementaires et des représentations des parties, le Tribunal retient que l'objectif de l'alinéa 241.2(2)d) *C.cr.* vise à protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse, en prévenant les erreurs lors de l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir.

[557] En effet, la mesure contestée réside dans l'exclusion des personnes affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables⁵³⁵ de l'admissibilité à cette aide en raison du fait que leur mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

[558] Le préambule de la loi fédérale⁵³⁶ est rédigé en utilisant les mots « mort raisonnablement prévisible », « problèmes de santé graves et irrémédiables »,

⁵³⁴ Cet extrait du discours de la ministre de la Justice est éloquent en ce sens : « *Avant que l'aide médicale à mourir ne soit offerte aux personnes qui éprouvent des souffrances intolérables et dont l'état décline irréversiblement, ce qui correspond à l'esprit de la décision Carter, nous devons avoir toutes les assurances que nous n'exposerons pas les personnes vulnérables à quelque risque que ce soit. Nous devons avoir toutes les assurances que nous ne compromettons aucun des grands objectifs des politiques publiques ou des valeurs sociétales qui sont les nôtres, et qui nous commandent par exemple d'aider les Canadiens ayant des limitations physiques ou mentales à vivre leur vie en bonne santé et de participer pleinement à la société.* » Pièce PGC-9 : CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 22 avril 2016, « Initiatives ministérielles. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », p. 2581 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁵³⁵ Tel que définis aux alinéas 241.2(2)a) à c) *C.cr.*

⁵³⁶ Attendu que le Parlement du Canada reconnaît l'autonomie des personnes qui sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables leur causant des souffrances persistantes et intolérables et qui souhaitent demander l'aide médicale à mourir; [...] qu' à la lumière de ce qui précède, le fait de permettre l'accès à l'aide médicale à mourir aux adultes capables dont la mort est raisonnablement prévisible établit l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui

« souffrances persistantes et intolérables » et « adultes capables », de manière rapprochée aux termes « solides mesures de sauvegarde », « valeur inhérente de chaque vie humaine », « protection des personnes vulnérables » et « suicide »⁵³⁷.

[559] Le législateur met donc en corrélation plusieurs critères d'admissibilités à l'aide médicale à mourir énoncés à l'article 241.2 C.cr.⁵³⁸, les mesures de sauvegarde et l'affirmation de certaines valeurs et enjeux sociaux, le tout convergeant vers l'objectif général de la loi fédérale, qui est d'établir « *l'équilibre le plus approprié entre, d'une part, l'autonomie des personnes qui demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société* »⁵³⁹.

[560] Dans ce contexte et considérant l'économie de la loi, l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible prévue à la disposition contestée a pour point d'ancrage évidemment la protection des personnes vulnérables. D'ailleurs, la ministre de la Justice établit le lien entre les risques reliés à l'aide médicale à mourir surtout pour les personnes vulnérables et la possibilité du contrôle de ces risques dans le cas des malades mourants :

Nous avons écouté ceux qui disent que permettre l'aide à mourir pour mettre fin aux souffrances d'une personne dont la vie n'est pas menacée, plutôt que la permettre uniquement pour atténuer les souffrances d'un mourant, exposera à de plus grands risques des personnes déjà vulnérables. Nous sommes conscients que l'aide médicale à mourir change fondamentalement, à bien des égards, notre culture médicale et notre société. Il est approprié, dans ce contexte, de nous concentrer sur l'autonomisation personnelle des personnes mourantes, puisque les risques pour les personnes vulnérables sont gérables dans ces cas.⁵⁴⁰

demandent cette aide et, d'autre part, les intérêts des personnes vulnérables qui ont besoin de protection et ceux de la société.

⁵³⁷ Attendu que de solides mesures de sauvegarde qui reflètent l'irrévocabilité de l'acte consistant à mettre fin à la vie d'une personne sont essentielles pour prévenir les erreurs et les abus lors de la prestation de l'aide médicale à mourir; qu'il importe d'affirmer la valeur inhérente et l'égalité de chaque vie humaine et d'éviter d'encourager les perceptions négatives au sujet de la qualité de vie des personnes âgées, malades ou handicapées; que les personnes vulnérables doivent être protégées contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse; que le suicide constitue un important enjeu de santé publique qui peut avoir des conséquences néfastes et durables sur les personnes, les familles et les collectivités.

⁵³⁸ Dont celui de la mort naturelle raisonnablement prévisible.

⁵³⁹ Cet objet du projet de loi C-14 est confirmé par la ministre de la Justice lors des travaux parlementaires menant à l'adoption de la loi : « *En établissant des critères d'admissibilité et en définissant plus précisément, ce que la Cour suprême n'a pas fait, les qualificatifs « grave et irrémédiable », nous avons voulu mettre des éléments qui leur donne une signification. Il faudrait prendre en compte ces éléments du projet de loi dans le cadre de l'état de santé global d'une personne donnée. Le but ou l'objet de notre loi consiste à établir un équilibre entre l'autonomie personnelle et la protection des personnes vulnérables. Voilà pourquoi nous avons établi ces critères.* ». Pièce PGC-11 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2 mai 2016, p. 7 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁵⁴⁰ Pièce PGC-9 : CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 22 avril 2016, « Initiatives ministérielles. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », p. 2580 et 2581 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

[561] C'est sur cette base que la ministre considère nécessaire de restreindre l'admissibilité à cette aide par l'exigence contestée afin de protéger les personnes vulnérables⁵⁴¹. Limiter l'aide médicale à mourir aux personnes dont la mort est raisonnablement prévisible est considéré par le législateur une réponse « *logique* » à la crainte voulant que l'aide médicale à mourir soit considérée « *comme une solution appropriée pour des personnes vivant avec un handicap* », ou encore que sa disponibilité incitera les personnes vulnérables à choisir par inadvertance une mort prématurée. Cela permettrait aux médecins de « *voir clair dans ces situations difficiles* » où le libre choix des Canadiens pourrait être compromis⁵⁴².

[562] L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible est donc vue aussi comme un moyen de gestion de risques potentiels pour les personnes vulnérables, soient-elles âgées, malades, handicapées ou suicidaires, à la suite de la légalisation de l'aide médicale à mourir au Canada. Cette exigence devient à la fois un critère d'admissibilité et une mesure de sauvegarde qui vise justement à assurer la protection des personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse en limitant, pour tous, l'accès à cette aide et en ne la permettant que pour ceux qui sont réellement face à la mort.

[563] Concrètement, en imposant une limite temporelle à la possibilité de recourir à l'aide médicale à mourir, le législateur vise à limiter les erreurs potentielles qui pourraient être commises dans l'évaluation de l'admissibilité des personnes et leurs conséquences. Comme beaucoup d'experts du procureur général l'ont fait remarquer, fournir l'aide médicale à mourir à une personne qui de toute façon va mourir dans les jours ou les semaines à venir comporte moins d'impact que pour une personne qui peut vivre encore plusieurs années.

[564] Fort de cet objet, le Tribunal procédera maintenant à l'analyse des principes de justice fondamentale.

Le caractère arbitraire

[565] Une disposition législative devient arbitraire lorsqu'elle ne permet pas la réalisation de ses objectifs, lorsqu'il n'existe pas de lien rationnel entre son objet et la limite qu'elle impose aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte*. En pareille circonstance, elle est arbitraire puisqu'elle limite des droits sans toutefois promouvoir « *le bien public que l'on dit être l'objet de la loi* »⁵⁴³.

[566] *Carter* détermine que la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir n'était pas arbitraire car elle favorisait la réalisation de l'objectif de la loi qui était d'empêcher des

⁵⁴¹ Pièce PGC-11 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2 mai 2016, p. 2 et 8 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁵⁴² Pièce PGC-9 : CANADA, *Débats de la Chambre des communes*, 1^{re} sess., 42^e légis., 22 avril 2016, « Initiatives ministérielles. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », p. 2581 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁵⁴³ *Carter*, par. 83 et 84. Voir aussi *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, par. 111.

personnes vulnérables de mettre fin à leur vie dans un moment de faiblesse⁵⁴⁴. En ce sens, la prohibition possédait un lien avec l'objectif visé par le législateur.

[567] Puisque le Tribunal détermine que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible vise un objectif qui rejoint celui identifié dans l'arrêt *Carter* de protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse, il conclut que la disposition ne semble pas arbitraire, puisqu'il apparaît possible de considérer qu'il existe néanmoins un certain lien rationnel entre cet objectif et la disposition en cause. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible favorise la réalisation de l'objectif de protéger certaines personnes vulnérables, en évitant qu'elles puissent mettre fin à leurs jours dans un moment de faiblesse.

[568] Elle a également comme effet de réduire le nombre de personnes potentiellement admissibles à l'aide médicale à mourir, et de ce fait, minimiser théoriquement les possibilités d'erreurs dans l'évaluation de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir selon les critères du régime présentement en place.

[569] L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible n'est donc pas arbitraire.

La portée excessive

[570] Une disposition législative a une portée excessive lorsqu'elle va trop loin en voulant réaliser son objet. En somme, l'analyse de la portée excessive vise à déterminer si une loi, lorsqu'elle nie des droits fondamentaux d'une manière généralement favorable à la réalisation de son objectif, dépasse ce qui est nécessaire et du même coup, nie ou restreint les droits de certaines personnes d'une manière qui n'a plus de rapport avec la réalisation de son objet⁵⁴⁵.

[571] La Cour suprême dans l'arrêt *Carter* a jugé que la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir avait une portée excessive par rapport à l'objectif d'empêcher que des personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse puisqu'elle s'appliquait de façon générale et non exclusive à des personnes qui n'entraient pas dans cette catégorie. Plusieurs personnes capables et bien renseignées, comme madame Taylor, qui pouvaient entretenir un désir rationnel de mettre fin à leurs jours, en étaient empêchées compte tenu de la prohibition.

[572] Elle a décidé aussi que la restriction imposée à ces personnes ne possédait pas dans certains cas de lien avec l'objectif visé de protéger les personnes vulnérables et qu'elle « *[faisait] entrer dans son champ d'application une conduite qui n'[avait] aucun rapport avec l'objectif de la loi.* »⁵⁴⁶

[573] C'est le cas ici aussi. La restriction imposée par l'État que la mort soit raisonnablement prévisible avant de pouvoir demander l'aide médicale à mourir a une portée excessive puisqu'elle empêche certaines personnes, comme M. Truchon et Mme

⁵⁴⁴ *Carter*, par. 84.

⁵⁴⁵ *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101 et *Carter*, par. 85.

⁵⁴⁶ *Carter*, par. 86.

Gladu, capables et bien renseignées, qui satisfont à toutes les autres conditions protectrices de la loi et qui expriment un désir rationnel de mettre fin à leur souffrance à cause de leur condition grave et irréversible, de demander cette aide.

[574] En ce sens, la restriction excède largement l'objectif visé à un point tel qu'elle ne possède aucun lien véritable avec l'objectif de protéger des personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse. Elle leur impose plutôt de devoir faire le choix cruel dont parle la Cour suprême en ce qu'elle les force soit à souffrir de manière intolérable pour un temps indéfini qui peut durer des mois, voire des années, ou à mettre fin à leur vie par leur propre moyen, tout cela pour satisfaire un principe de précaution général.

[575] Le Tribunal ne peut donc retenir la proposition du procureur général selon laquelle l'exigence contestée vise justement à protéger les demandeurs « *lorsqu'ils perçoivent que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue en raison d'une dépendance accrue à autrui, d'une (auto)stigmatisation et de souffrance de vie ("life suffering"). Leur vulnérabilité ne tient pas à l'absence de capacité décisionnelle, mais à la possibilité qu'ils soient incités à mettre fin à leur vie par un système mis en place dans la loi.* »⁵⁴⁷ La preuve nous apprend pourtant que les demandeurs ne correspondent pas à cet énoncé.

[576] Au contraire, la loi vise à permettre justement aux personnes qui remplissent les conditions imposées par l'État de demander une aide médicale à mourir. Il est admis que les demandeurs, examinés et évalués par plusieurs experts, satisfont à l'ensemble des exigences de la loi, sauf celle d'être en fin de vie. Il ne peut être question ni d'erreur potentielle à leur sujet quant à leur admissibilité, ni de les protéger à titre de personnes vulnérables en raison de leur condition médicale.

[577] Le Tribunal conclut que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible comporte une portée excessive à l'égard des demandeurs.

Le caractère totalement disproportionné

[578] Finalement, on conclura à une contravention à ce troisième principe de justice fondamentale, si l'effet de la restriction sur la vie, la liberté ou la sécurité des demandeurs se révèle totalement disproportionné à l'objet de la mesure⁵⁴⁸. Il convient donc pour analyser ce principe de comparer l'objet de la mesure « de prime abord »⁵⁴⁹ et ses effets préjudiciables sur les droits de M. Truchon et de Mme Gladu afin de déterminer si cette incidence est sans rapport aucun avec l'objet de la loi⁵⁵⁰.

[579] Il s'agit d'un délicat exercice de pondération où l'objet de la loi peut ne pas être proportionné à ses conséquences, tout en entretenant un certain rapport avec celles-ci ou son incidence. Autrement dit, afin d'être conforme à ce principe de justice

⁵⁴⁷ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 92.

⁵⁴⁸ *Carter*, par. 89 et 90.

⁵⁴⁹ « at face value ».

⁵⁵⁰ *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, par. 125 et *Carter*, par. 89.

fondamentale, l'objet de la disposition législative peut être disproportionné par rapport à celle-ci. Il ne peut toutefois l'être totalement et ainsi perdre tout rapport avec son objet.

[580] Le procureur général plaide que les effets de la mesure attaquée ne sont pas totalement disproportionnés à son objet puisque la plupart des personnes qui pourraient envisager de demander l'aide médicale à mourir en raison de leur condition médicale et des souffrances qu'elles éprouvent deviendront éventuellement admissibles. La mesure prévoit en effet l'aide médicale à mourir pour les demandeurs quand ils atteindront le stade final de leur vie.

[581] De surcroît, la loi laisse le libre choix de vivre ou de mourir aux demandeurs. Elle leur refuse seulement un moyen de mourir « *soutenu par l'État (...) jusqu'à ce que leur trajectoire vers la mort naturelle se produise.* »⁵⁵¹

[582] Le Tribunal ne peut se rendre à ce raisonnement et conclut que l'effet préjudiciable de la disposition sur la vie, la liberté et la sécurité des demandeurs se révèle très grave et par conséquent totalement disproportionné en regard de son objectif. Elle prive les demandeurs du choix fondamental de décider du soin approprié, de leur autodétermination et du droit de décider du moment de leur mort. Elle les force de surcroît à poursuivre leur existence dans des souffrances aussi intolérables qu'inutiles, compte tenu du caractère incurable du mal dont ils sont atteints.

[583] Cette exigence crée donc une véritable obligation de vivre imposée par l'État. De l'avis du Tribunal, il s'agit précisément de ce que la Cour suprême voulait éviter à certains de nos concitoyens.

[584] Le fondement de l'arrêt *Carter* vise à permettre à des personnes, aptes à le faire de mettre fin à des souffrances intolérables lorsqu'elles se savent atteintes d'une maladie grave et incurable, qu'elles n'entretiennent plus aucun espoir d'amélioration et qu'elles assistent impuissantes au déclin avancé et irréversible de leurs capacités. L'enseignement de la Cour suprême ne vise pas à maintenir en vie et contre leur gré, des personnes qui, au bout d'un certain temps, arriveront naturellement au stade d'une mort imminente où elles pourront demander l'aide médicale à mourir, au terme de souffrances inutiles et au prix de la négation complète de leur dignité.

[585] Le Tribunal conclut donc que l'exigence attaquée se révèle disproportionnée à l'objet de la mesure.

[586] Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal estime qu'il n'apparaît pas nécessaire de se prononcer sur le caractère imprécis de l'exigence contestée comme principe de justice fondamentale⁵⁵².

⁵⁵¹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 62-70.

⁵⁵² Le Tribunal note toutefois que l'Association canadienne de protection médicale, organisme qui représente les médecins canadiens en assurance responsabilité professionnelle, a reçu plus de mille demandes d'informations au cours des 18 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la loi fédérale, en raison de l'incertitude causée en partie par le manque de clarté de l'expression « mort raisonnablement prévisible ». Pièce P-23, Annexe 2, Communications de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), *L'aide médicale à mourir ... deux ans plus tard*, juin 2018.

Conclusion sur les principes de justice fondamentale

[587] En somme, le Tribunal conclut que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible comporte une portée excessive et un caractère disproportionné d'une manière non-conforme aux principes de justice fondamentale et viole les droits de M. Truchon et de Mme Gladu garantis par l'article 7 de la *Charte*.

[588] Il revient donc au procureur général de démontrer par prépondérance, que cette atteinte aux droits fondamentaux de M. Truchon et de Mme Gladu se justifie en vertu des critères de l'article 1 de la *Charte*.

3. La violation des droits fondamentaux des demandeurs prévus à l'article 7 de la Charte se justifie-t-elle par l'article 1 ?

[589] L'article 1 de la *Charte* revêt une importance capitale dans la société canadienne et notre système de droit. Il garantit le respect des droits et libertés qui y sont inscrits tout en prévoyant en quelles circonstances ceux-ci peuvent néanmoins être limités ou restreints :

1. La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

[590] Dans l'arrêt *Oakes*⁵⁵³ la Cour suprême élabore pour la première fois la marche à suivre permettant de déterminer si la violation d'un droit garanti par la *Charte* peut se justifier en vertu de son article premier⁵⁵⁴.

[591] Pour y parvenir, le procureur général doit démontrer que l'objet de la loi est urgent et réel et que les moyens choisis demeurent proportionnels à cet objet. Une loi est proportionnée à son objet si :

1. Les moyens adoptés sont rationnellement liés à cet objet – critère du lien rationnel;
2. Elle porte atteinte de façon minimale au droit en question – critère de l'atteinte minimale;
3. Il y a proportionnalité entre les effets préjudiciables et les effets bénéfiques de la loi – critère de la proportionnalité⁵⁵⁵.

[592] Au départ, il demeure en principe ardu de justifier une violation des droits fondamentaux prévus à l'article 7 de la *Charte*, puisqu'en premier lieu, les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité d'une personne peuvent difficilement se voir supplantés par des intérêts sociaux divergents. Ensuite, parce qu'une loi qui ne respecte pas les principes de justice fondamentale est *de facto* intrinsèquement lacunaire et donc, difficile à justifier.

⁵⁵³ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

⁵⁵⁴ *Id.*

⁵⁵⁵ Voir notamment *Carter*, par. 94.

[593] Malgré ces obstacles, il est néanmoins possible de faire cette démonstration⁵⁵⁶. Les analyses auxquelles les tribunaux doivent se livrer sous l'article 7 de la *Charte* et sous l'article premier comportent en effet des différences⁵⁵⁷.

[594] La première distinction réside dans le fait que lors de l'examen des principes de justice fondamentale, on doit scruter l'objectif de la disposition législative, alors que sous l'article 1, c'est l'objectif et l'effet de la violation du droit en cause qu'il faut analyser. Si ces deux objectifs peuvent effectivement être liés, ils peuvent aussi diverger. La seconde se situe au niveau de l'analyse à laquelle doit s'astreindre le tribunal sous l'article 7 en tenant compte des droits spécifiques des personnes qui contestent la loi, alors que sous l'article 1, les intérêts plus larges de la société font l'objet de l'examen⁵⁵⁸. Ainsi, des considérations d'ordre pratique⁵⁵⁹ ou relatives à l'application de la loi⁵⁶⁰ peuvent s'ajouter à l'analyse sous l'article premier.

[595] Comme le fait cependant remarquer l'auteur Hamish Stewart, il ne s'agit toutefois pas d'une mince tâche pour le procureur général :

[...] remarkably, a majority of the Supreme Court of Canada has never found an infringement of the section 7 right to be justified under section 1. The Court has often expressly stated that infringements of section 7 rights are very difficult to justify under section 1.⁵⁶¹

[596] De manière générale, l'article 1 de la *Charte* n'exige pas que la restriction au droit apparaisse en rétrospective parfaitement équilibrée, mais plutôt qu'elle soit raisonnable et que sa justification puisse se démontrer, tel qu'en font foi les énoncés de la majorité de la Cour suprême dans *Hutterian Brethren*⁵⁶² :

[37] 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

⁵⁵⁶ La jurisprudence de la Cour suprême a évolué sur ce point. Alors qu'au départ dans le *Renvoi sur la Motor Vehicle Act (C.-B.)*, [1985] 2 R.C.S. 486, la juge Wilson avait presque fermé la porte à une justification possible d'une violation de l'article 7, des arrêts subséquents sont venus tempérer le principe : *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, *Carter, R. c. Safarzadeh-Markhali*, [2016] 1 R.C.S. 180.

⁵⁵⁷ *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, par. 125; *R. c. Smith*, [2015] 2 R.C.S. 602, par. 29.

⁵⁵⁸ Hamish STEWART, *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, chapitre 6.

⁵⁵⁹ *Carter*, par. 82

⁵⁶⁰ *Canada (Procureur général) c. Bedford*, [2013] 3 R.C.S. 1101, par. 113.

⁵⁶¹ *Id.*, p. 351.

⁵⁶² *Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 R.C.S. 567.

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.

[597] Le Tribunal procédera par conséquent à l'analyse de la mesure attentatoire en cause afin de déterminer si, à la lumière des principes de l'arrêt *Oakes*⁵⁶³, celle-ci peut se justifier au regard de l'article 1 de la *Charte*.

Restriction par une règle de droit

[598] Il ne fait aucun doute en l'instance que la restriction des droits des demandeurs tient dans une règle de droit énoncée au *Code criminel*⁵⁶⁴.

Caractère urgent et réel de l'objet de la disposition législative

[599] Le Tribunal rappelle l'objectif de la disposition législative attaquée, tel qu'identifié dans le cadre de l'analyse sous l'article 7, à savoir la protection des personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse. Malgré que les éléments pris en considérations lors de l'analyse sous les articles 7 et 1 de la *Charte* ne sont pas toujours les mêmes⁵⁶⁵, l'objectif de la disposition attaquée demeure toutefois inchangé⁵⁶⁶.

[600] Le procureur général presse le Tribunal de reconnaître que l'objet de la disposition législative contestée est urgent et réel puisqu'il vise à soustraire et à protéger les personnes vulnérables d'un moyen de mettre fin à leur vie. Les demandeurs quant à eux, s'en remettent au Tribunal sur cette question.

[601] Le Tribunal conçoit et accepte que la protection des personnes vulnérables, même dans le contexte d'un régime législatif qui contient d'importantes mesures de sauvegarde, puisse comporter un caractère urgent et réel compte tenu des implications en jeu et des conséquences possibles de mort.

La proportionnalité de la loi

[602] Avant d'analyser les trois composantes du critère de proportionnalité telles que définies par l'arrêt *Oakes*⁵⁶⁷, se pose la question de la norme de déférence que le Tribunal doit accorder au législateur en l'instance.

⁵⁶³ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

⁵⁶⁴ Art. 241.2(2)(d) C.cr.

⁵⁶⁵ Hamish STEWART, *Fundamental Justice. Section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms*, 2^e éd., Toronto, Irwin Law, 2019, p. 353.

⁵⁶⁶ *R. c. Smith*, [2015] 2 R.C.S. 602, par. 29; Mark CARTER, « Section 7 and 1 of the Charter after Bedford, Carter, and Smith : Different Questions, Same Answers? », (2017) 64 C.L.Q. 108.

⁵⁶⁷ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

La déférence

[603] Il va de soi que l'examen de la proportionnalité de la loi n'entraîne pas un exercice strict au point où la justification en vertu de l'article 1 de la *Charte* équivaut à faire passer un chameau par le chas d'une aiguille⁵⁶⁸. La solution élaborée par le législateur ne doit pas être parfaite et plusieurs solutions peuvent exister à l'égard d'un enjeu social, d'où l'importance d'accorder au législateur la déférence appropriée⁵⁶⁹.

[604] Le procureur général du Canada invite le Tribunal à faire preuve d'une « *grande déférence* »⁵⁷⁰ envers le choix exprimé par le législateur, puisqu'il s'agit selon lui, sans aucun doute, d'une « *mesure réglementaire complexe visant à remédier à un problème social* »⁵⁷¹ ou du moins mettant en jeu des comportements humains complexes⁵⁷².

[605] Les demandeurs soutiennent que bien que l'exigence en cause porte sur une question qui mette en jeu des principes opposés en matière sociale, aucune déférence particulière n'est due au législateur puisque l'exigence attaquée impose dans les faits une prohibition absolue à l'aide médicale à mourir à toutes les personnes qui sont dans la même situation qu'eux. Ce qu'ils proposent, ajoutent-ils est d'autant plus pertinent que le régime législatif en place ne constitue pas une réponse conforme à l'arrêt *Carter*⁵⁷³.

[606] L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible comporte certaines particularités. D'une part, elle s'inscrit dans le régime encadrant l'aide médicale à mourir au Canada, qui appelle certes à des notions de politique sociale complexes et qui milite pour la déférence envers le législateur. D'autre part, le Tribunal doit apprécier la validité d'une disposition du *Code criminel* dont le non-respect peut menacer directement la liberté des médecins qui y contreviendraient, ce qui réduit d'autant la retenue dont le

⁵⁶⁸ Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, 5^e éd., vol. 2, Toronto, Thomson Reuters, 2007, feuilles mobiles, à jour en 2009, par. 38.11(b), p. 38-39 : « *In view of the ease with which a less drastic alternative to virtually any law could be imagined, the process of s.1 justification looked like the camel passing through the eye of the needle* ».

⁵⁶⁹ Les termes employés par la Cour suprême varient d'un arrêt à l'autre, mais l'essence est la même : « le législateur doit disposer d'une marge de manœuvre raisonnable pour répondre à [des] pressions opposées » (*R. c. Edwards Books*, [1986] 2 R.C.S. 713, 795 cité dans *Renvoi relatif à l'art. 193 et à l'al. 195.1(1)c) du Code criminel (Man.)*, [1990] 1 R.C.S. 1123, 1196-1197); « reconnaître au gouvernement une certaine latitude dans [l']évaluation même s'il existait des mesures constituant une intrusion moindre » (*Irwin Toy Ltd. c. Québec (P.G.)*, [1989] 1 R.C.S. 927, 999-1000); « interprétation souple du critère de proportionnalité » (*États-Unis c. Cotroni*, [1989] 1 R.C.S. 1469, 1489); « les tribunaux doivent accorder une certaine latitude au législateur » (*RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*, [1995] 3 R.C.S. 1999, par. 160); « une certaine déférence » (*Harvey c. Nouveau-Brunswick (Procureur Général)*, [1996] 2 R.C.S. 876, par. 47), notamment lorsque « le problème auquel s'attaque le législateur est un problème social complexe » (*Canada (Procureur général) c. JTI-Macdonald Corp.*, [2007] 2 R.C.S. 610, par. 43).

⁵⁷⁰ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 109-110, citant *Carter*, par. 98.

⁵⁷¹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 108 citant *Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 RCS 567, par. 37 et 53 et *Frank c. Canada (Procureur général)*, 2019 CSC 1, par. 43.

⁵⁷² Voir le plan d'argumentation du procureur général du Canada, p. 22 et suiv.

⁵⁷³ Plan de plaidoirie des demandeurs, par. 673 et suiv.

Tribunal doit faire preuve. L'application rigide des enseignements de l'arrêt *Hutterian Brethren*⁵⁷⁴ n'apparaît donc pas aussi nette que le prétend le procureur général.

[607] Ensuite, le caractère complexe d'une mesure réglementaire⁵⁷⁵ ne saurait découler de sa simple adoption par le législateur. Lorsqu'on compare le régime encadrant l'aide médicale à mourir avec la prohibition absolue, toute mesure prévue peut paraître ou sembler complexe.

[608] En l'instance, sans minimiser le travail effectué par le Parlement dans un délai somme toute restreint, le Tribunal ne peut faire abstraction du fait que la question sociale complexe réglementée par le législateur a déjà fait l'objet d'une analyse constitutionnelle et sociale complète et fouillée dans *Carter* et que les exigences d'admissibilité énoncées dans sa loi constituent une version plus restrictive des paramètres établis par la Cour suprême.

[609] Enfin, le Tribunal tient à préciser que le régime fédéral sur l'aide médicale à mourir, et plus précisément l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, ne constitue pas un remède concret à un problème social ou à un mal social⁵⁷⁶. Présentée sous cet angle, la disposition contestée apparaît comme une mesure de prévention du suicide⁵⁷⁷, un problème social réel certes, mais dont le lien avec l'aide médicale à mourir doit être écarté selon ce que le Tribunal retient. Pratiquée depuis 2015 au Canada, l'aide médicale à mourir est la réponse à la reconnaissance du droit à l'autonomie et non pas une mesure réglementaire complexe visant à contrer des maux qui affligent notre société. Rien dans la preuve ne démontre que l'aide médicale à mourir est par ailleurs sujette à des dérives dans le cadre de ce régime très encadré.

[610] Compte tenu de ce qui précède et en citant le professeur Hogg, le Tribunal « *[is] willing to defer to the legislative choice on the basis that the choice was within a margin of appreciation, a zone of discretion in which reasonable legislators could disagree while still respecting the Charter right* »⁵⁷⁸. Une certaine déférence envers le législateur fédéral est donc appropriée en l'instance.

Le lien rationnel

[611] Il revenait au procureur général du Canada de démontrer que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible possède un lien rationnel avec l'objectif législatif recherché. Cette analyse est similaire à celle relative au caractère arbitraire effectuée

⁵⁷⁴ *Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 R.C.S. 567, par. 37.

⁵⁷⁵ La notion de « régime réglementaire complexe » n'est pas définie par la jurisprudence. Le Tribunal ne peut donc s'appuyer sur aucun principe déterminé ou précédent afin d'examiner l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible sous cet angle. L'exercice demeure comparatif et il est tributaire du contexte de chaque cas.

⁵⁷⁶ Le Tribunal rejette la position des intervenants Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la dignité qui affirment que « *[l]aide médicale à mourir, même restreinte aux gens en fin de vie, est et demeure un moindre mal mais quand même un mal* ». Plan d'argumentation du Collectif des médecins contre l'euthanasie et de Vivre dans la dignité, par. 6.

⁵⁷⁷ C'est l'objet spécifique de la *Loi sur le cadre fédéral de prévention du suicide*, L.C. 2012, c. 30.

⁵⁷⁸ Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, 5^e éd., vol. 2, Toronto, Thomson Reuters, 2007, feuilles mobiles, à jour en 2017, par. 38.11(b), p. 38-43.

dans le cadre de l'analyse de l'article 7 de la *Charte*, c'est-à-dire qu'il faut convaincre le Tribunal de l'existence d'un lien causal « *fondé sur la raison ou la logique* » entre la violation et l'avantage recherché⁵⁷⁹.

[612] Lorsque, comme en l'instance, la question relève d'un domaine non scientifique, mais plutôt social, il n'est point besoin d'une preuve tangible. Un raisonnement par déduction, fondé sur la logique et le bon sens suffit au procureur général du Canada pour s'acquitter du fardeau qui lui incombe⁵⁸⁰.

[613] Dans *Carter*, la Cour suprême décide que lorsqu'une activité, comme l'aide médicale à mourir pose certains risques, la prohiber constitue un moyen rationnel de réduire ces risques⁵⁸¹.

[614] De même ici, prohiber l'aide médicale à mourir en dehors de la sphère temporelle de la fin de vie ou lorsque la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible constitue un moyen rationnel de protéger au moins certaines personnes vulnérables qui pourraient vouloir mettre un terme à leur existence dans un moment de détresse⁵⁸².

[615] Il existe donc un lien rationnel entre l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible qui prohibe l'aide médicale à mourir en dehors de la sphère temporelle de la fin de vie et l'objectif de la disposition qui est de protéger les personnes vulnérables.

L'atteinte minimale

[616] L'analyse de l'atteinte minimale vise à assurer que la privation de droits reconnus par la *Charte* se limite à ce qui est raisonnable pour atteindre l'objectif visé par le législateur. En ce sens, le Tribunal doit déterminer, à la lumière de la preuve présentée, si la restriction des droits en cause est raisonnablement adaptée à l'objectif, ou comme le rappelle la Cour suprême, s'il existe des moyens moins préjudiciables d'atteindre l'objectif choisi :

[102] [...] C'est au gouvernement qu'il incombe de prouver l'absence de moyens moins attentatoires d'atteindre l'objectif « de façon réelle et substantielle ». Ce stade de l'analyse vise à garantir que la privation de droits reconnus par la *Charte* se limite à ce qui est raisonnablement nécessaire pour atteindre l'objectif de l'État.⁵⁸³

[617] Compte tenu de l'ensemble de la preuve présentée et analysée, le Tribunal conclut que le procureur général ne s'est pas acquitté de son fardeau d'établir que l'exigence de

⁵⁷⁹ *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Attorney General)*, [1995] 3 R.C.S. 199, par. 153 aussi repris dans *Carter*, par. 99. Voir aussi *R. c. Smith*, [2015] 2 R.C.S. 602, par. 29.

⁵⁸⁰ *Frank c. Canada (Procureur général)*, 2019 CSC 1, par. 64.

⁵⁸¹ *Carter*, par. 100.

⁵⁸² Voir le Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 113. « *Prohiber l'aide médicale mourir en dehors de la fin de vie est manifestement un moyen rationnel de protéger les personnes vulnérables qui ne sont pas en fin de vie et qui pourraient être incitées à se suicider dans un moment de faiblesse.* »

⁵⁸³ *Carter*, par. 102 citant *Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 R.C.S. 567, par. 53-55.

la mort naturelle raisonnablement prévisible porte atteinte d'une manière minimale aux droits garantis par l'article 7 de la *Charte* et se limite à ce qui est raisonnablement nécessaire pour réaliser de façon substantielle l'objectif visé par le législateur⁵⁸⁴.

[618] Le procureur général n'a pas réussi à démontrer que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible constitue le moyen le moins radical de protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse.

[619] Le Tribunal retient en effet de la preuve, que les médecins sont en mesure d'évaluer avec la diligence requise :

1. la capacité, la non-ambivalence et les convictions profondes qui mènent une personne à demander l'aide médicale à mourir et ce, au cas par cas;
2. la présence de coercition ou de pression extérieure qui pourrait s'exercer sur le patient;
3. le déclin avancé et irréversible des capacités;
4. la présence de souffrances persistantes liées à sa condition qui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge acceptables;
5. que la personne qui formule la demande est une personne suicidaire qui a ou non une condition psychiatrique sous-jacente.

[620] La preuve présentée ne convainc pas le Tribunal que, sans l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, le Canada verra le nombre de demandes d'aide médicale à mourir augmenter de manière exponentielle ou déraisonnable, surtout en provenance de personnes vulnérables, ce qui aboutirait à un dérapage.

[621] Le Tribunal retient plutôt que les autres critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde déjà en place dans la loi s'avèrent suffisants pour assurer que le système puisse procurer l'aide médicale à mourir aux personnes qui y ont droit.

[622] L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible prive au contraire une partie de la population canadienne de l'opportunité de demander cette aide, sous couvert de protéger des personnes vulnérables et de réduire la possibilité d'erreurs. Le procureur général n'a pas réussi pas à démontrer que cette mesure est raisonnable et minimale.

[623] A l'évidence, aucun système, mis à part la prohibition totale et absolue, ne sera jamais en mesure de prévenir toutes les erreurs. Cela dit, ces possibilités d'erreurs peuvent aussi bien exister pour une personne mourante et ne sont donc pas l'apanage des personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible.

[624] La preuve établit qu'au pays, le processus d'évaluation s'avère rigoureux, que le risque d'erreur dans l'évaluation de la capacité n'apparaît ni tangible ni réel et que les données empiriques objectives montrent que, depuis la légalisation de l'aide médicale au

⁵⁸⁴ *Carter*, par. 115.

Canada, la proportion de décès survenus de cette manière reste du même ordre que celui colligé dans les autres pays qui permettent cette aide. En effet, au Canada⁵⁸⁵ et au Québec⁵⁸⁶ le pourcentage des cas d'aide médicale à mourir par rapport au total des décès se situe entre les limites de 0,3% et 4,6% rapportées dans les pays étrangers.⁵⁸⁷

La proportionnalité des effets

[625] Il s'agit essentiellement de mettre en balance l'incidence de l'exigence de la mesure attentatoire sur les droits protégés et l'effet bénéfique de la loi sur l'intérêt du public⁵⁸⁸.

[626] Le procureur général admet que les effets de la disposition contestée peuvent se révéler sérieux pour plusieurs personnes qui souffrent, en raison du fait que leur mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible⁵⁸⁹. Il ajoute cependant que ces effets préjudiciables sont substantiellement atténués par rapport à la prohibition générale qui existait avant l'adoption de la loi, puisque le nouveau régime législatif n'empêche pas les personnes qui le souhaitent de mettre fin à leur vie sans aide ou d'obtenir les soins appropriés pour alléger leurs souffrances entre temps.⁵⁹⁰ Le Tribunal estime que cette proposition est pour le moins paradoxale et difficile à soutenir, alors que le procureur général soutient que l'objet de la disposition attaquée est précisément de protéger les personnes vulnérables contre le suicide.

[627] De plus, il plaide que les effets bénéfiques de la mesure visée sont significatifs. Selon lui, cette mesure affirme la valeur égale et intrinsèque de toute vie, sans égard au handicap ou à la maladie. Elle assure une compréhension cohérente du suicide en tant que tragédie de santé publique que l'on doit éviter à tout prix. Elle agit finalement comme garantie importante pour les personnes vulnérables qui se trouveraient à risque si l'aide médicale à mourir n'était pas restreinte au contexte de la fin de vie⁵⁹¹.

⁵⁸⁵ Entre 1^{er} juillet et 31 décembre 2017, les décès par l'aide médicale à mourir représentent 1,07% de tous les décès au Canada. Pièce P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018, p. 5, 8 et 9.

⁵⁸⁶ Entre janvier 2016 et mars 2018, les décès par l'aide médicale à mourir représentent 1,09% du nombre total des décès survenus au Québec. Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 33.

⁵⁸⁷ Pièce P-31 : SANTÉ CANADA, *Troisième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Ottawa, juin 2018, p. 9.

⁵⁸⁸ *Carter*, par. 122, voir aussi *Alberta c. Hutterian Brethren of Wilson Colony*, [2009] 2 R.C.S. 567, par. 77.

⁵⁸⁹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 159.

⁵⁹⁰ *Id.*, par. 161. Le procureur général du Canada réfère aussi au témoignage du Dr Quill qui a fait état que dans l'État de New York, où aucune forme d'euthanasie n'est permise, l'arrêt volontaire de l'alimentation et de l'hydratation constitue une mesure disponible pour quiconque qui n'est pas en fin de vie et qui veut accélérer sa mort. Témoignage du Dr Quill, 5 février 2019, p. 35-36, 38-39 et 45-46.

⁵⁹¹ Le procureur général du Canada fait plus particulièrement référence aux personnes qui pourraient être influencées dans des moments de détresse à recourir à l'aide médicale à mourir soit en raison de pressions indues externes, d'(auto) stigmatisation ou de distorsions cognitives. Voir à ce propos le Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 160.

[628] Le procureur général en conclut que la mesure est proportionnée quand elle interdit l'aide médicale à mourir dans des circonstances où les risques pour les individus vulnérables et pour la société en général sont les plus élevés⁵⁹².

La loi actuelle répond à Carter en créant un régime d'aide médicale à mourir qui respecte l'autonomie des individus au maximum possible sans mettre en péril les objectifs du gouvernement d'affirmer la valeur et la dignité égales de chaque vie humaine, sans égard à l'âge, à l'état de santé ou au handicap, de maintenir une approche cohérente en matière de prévention du suicide, et de protéger les personnes vulnérables dans un moment de détresse.⁵⁹³

[629] Pour leur part, les demandeurs peinent à voir un effet bénéfique à la disposition attaquée. Ils soutiennent d'une manière on ne peut plus générale, que les bénéfiques sont marginaux par rapport à l'étendue des inconvénients et que ceux-ci sont « *réels et importants et outrepassent largement les avantages hypothétiques et non prouvés perçus par le gouvernement* »⁵⁹⁴

[630] Le Tribunal peut concevoir que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible puisse avoir, dans l'optique du procureur général du Canada, des effets bénéfiques généraux de l'ordre de préserver la vie des personnes qui ne se trouvent pas à l'approche de la mort et qui voudraient néanmoins en finir compte tenu de leurs conditions. Ce critère aurait ainsi comme effet d'écarter d'emblée les personnes suicidaires ou atteintes d'une condition psychiatrique et qui voudraient utiliser ce moyen pour mettre fin à leurs jours alors qu'elles ne sont pas admissibles en vertu des autres critères de la loi.

[631] Cependant, de l'avis du Tribunal, les effets préjudiciables sur des personnes qui, comme M. Truchon ou Mme Gladu, ne sont pas mourantes, mais dont la condition demeure grave et irréversible, qui vivent un déclin de leurs capacités, sans aucune chance de voir leur état s'améliorer et, surtout, qui souffrent physiquement et psychologiquement d'une manière constante et intolérable, sont de loin supérieurs aux bénéfiques escomptés pour l'ensemble de la société compte tenu de la suffisance des autres mesures de sauvegarde prévues par la loi.

[632] L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible prive des personnes comme les demandeurs d'exercer leur autonomie et de leur choix de mettre un terme à leur vie au moment et de la manière souhaitée, ce qui doit demeurer pourtant une décision personnelle tout à fait fondamentale.

[633] Cette exigence les force à mettre un terme à leur vie pendant qu'elles sont encore physiquement capables de le faire ou encore à poser des gestes parfois hâtifs, d'autres qui les feront souffrir et dépérir⁵⁹⁵ afin de se rendre admissibles à l'aide médicale à mourir et d'éviter l'agonie à venir. En ce sens, elle leur dénie le droit d'avoir une mort digne et sereine.

⁵⁹² *Id.*, par. 163.

⁵⁹³ *Id.*, par. 165.

⁵⁹⁴ Plan de plaidoiries des demandeurs, par. 732 et 740.

⁵⁹⁵ Comme par exemple l'arrêt volontaire d'alimentation ou d'hydratation.

[634] L'exigence, aussi et surtout, force ces personnes à continuer une vie qui n'a plus de sens pour elles dans des conditions qu'elles jugent indignes et au prix de souffrances intolérables. Ce faisant, l'État leur envoie plutôt le message que l'expression de leur volonté et les souffrances accablantes qui les consomment ne sont pas importantes ni considérées.

[635] Les demandeurs ont démontré que l'exigence imposée nie aux personnes handicapées et gravement malades le droit de faire des choix fondamentaux en raison de la volonté de vouloir leur assurer une protection. Or, ces personnes disposent des mêmes droits à l'autodétermination et à la dignité que toute autre personne. En voulant les protéger contre elles-mêmes et en leur niant le droit d'exprimer cette autonomie, l'État envoie pourtant le message qu'il ne les considère pas comme des personnes réellement capables de décider.

[636] La preuve apportée par les demandeurs, et que le Tribunal retient, démontre plutôt que le système législatif en place s'avère tout à fait adéquat, même sans l'exigence attaquée, pour filtrer et reconnaître les personnes qui ne répondent pas aux autres critères d'admissibilité comme les personnes inaptes ou suicidaires.

[637] Le Tribunal conclut que la disposition attaquée comporte de sérieux effets sur des personnes qui, comme M. Truchon et Mme Gladu, ne sont pas mourantes et que les bénéfices escomptés par une telle mesure sont loin de surpasser les effets préjudiciables qu'elle crée.

[638] Pour toutes ces raisons, le Tribunal conclut que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible prévue à l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* contrevient à l'article 7 de la *Charte* et ne se justifie pas en vertu de l'article 1 de la *Charte*.

4. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, prévue à l'alinéa 241.2(2)d) du Code criminel, porte-t-elle atteinte à l'article 15 de la Charte qui garantit le traitement équitable?

4.1 Principes généraux

[639] Bien qu'à l'audience, l'emphase ait surtout été mise sur l'examen du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne de l'article 7 de la *Charte*, le droit à l'égalité prévu à l'article 15 fait aussi l'objet de la contestation constitutionnelle.

[640] L'article 15 de la *Charte* qui consacre le droit à l'égalité est ainsi libellé :

15. (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

(2) Le paragraphe (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés, notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur

couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leurs déficiences mentales ou physiques.

[641] Depuis l'arrêt *Andrews*⁵⁹⁶, la Cour suprême a remanié à plusieurs reprises⁵⁹⁷ le lexique du critère d'analyse des demandes fondées sur l'article 15. Une constante demeure toutefois, qui est le rejet de l'égalité formelle basée sur le modèle du traitement identique ou analogue des individus. Il est maintenant bien établi que « [l]'égalité n'est pas une question de similitude, et le par. 15(1) ne garantit pas le droit à un traitement identique »⁵⁹⁸, car selon les circonstances, un traitement différent peut être discriminatoire ou, au contraire, nécessaire pour combattre la discrimination.

[642] La norme fondamentale qui sous-tend l'article 15 de la *Charte* repose sur l'égalité réelle⁵⁹⁹, qui « transcende les similitudes et distinctions apparentes »⁶⁰⁰ et qui se fonde sur l'idée que la loi reconnaît chaque individu « comme des êtres humains qui méritent le même respect, la même déférence et la même considération »⁶⁰¹.

[643] Afin de déterminer si la disposition législative contestée porte atteinte à l'article 15 de la *Charte*, le Tribunal doit effectuer une démarche en deux étapes⁶⁰² :

⁵⁹⁶ *Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.C.S. 143. Il s'agit du premier arrêt de la Cour suprême fondée sur l'article 15.

⁵⁹⁷ Les décisions postérieures appliquant le modèle établi dans *Andrews* ont mené à l'arrêt *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, qui a unifié l'approche divisée de la Cour suprême en élaborant un critère à trois volets. Un de ces trois volets était l'effet sur la dignité humaine de la personne ou du groupe en cause. Critiqué pour l'ajout de ce volet et pour le fait d'avoir permis un certain retour à l'égalité formelle, le critère se voit reformuler dans l'arrêt *R. c. Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483 sous deux volets : (1) la loi crée-t-elle une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue; et (2) la distinction crée-t-elle un désavantage par la perpétuation d'un préjugé ou l'application de stéréotypes. De plus, l'analyse point par point des quatre critères contextuels énoncés dans *Law* n'apparaît plus nécessaire. Ce cadre d'analyse en deux étapes et le rejet d'une approche rigide dans la considération des facteurs pertinents ont été confirmés par la Cour suprême dans l'arrêt *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396. Dans *Québec (Procureur général) c. A*, [2013] 1 R.C.S. 61, la juge Abella précise que les notions de préjugé et d'application de stéréotypes ne sont pas des éléments distincts imposant au demandeur le fardeau additionnel de prouver qu'une distinction perpétue une attitude imbuée de préjugés ou de stéréotypes à son endroit. Même si le test demeure le même, ces notions ne sont pas textuellement reproduites dans le test énoncé récemment dans les arrêts *Première Nation de Kahkewistahaw c. Taypotat*, [2015] 2 R.C.S. 548 et *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464.

⁵⁹⁸ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 31.

⁵⁹⁹ *Id.*, par. 2 cité récemment dans *R. c. Barton*, 2019 CSC 33, par. 202. Voir aussi *R. c. Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483, par. 16.

⁶⁰⁰ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 39.

⁶⁰¹ *Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.C.S. 143, 171 cité dans *R. c. Kapp*, [2008] 2 R.C.S. 483, par. 15.

⁶⁰² Celle-ci correspond d'ailleurs à la définition de la discrimination établie par le Juge McIntyre dans l'arrêt *Andrews* : « [...] [L]a discrimination peut se décrire comme une distinction, intentionnelle ou non, mais fondée sur des motifs relatifs à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, des obligations ou des désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou de restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et aux autres avantages offerts à d'autres membres de la société. [...] ».

1. La loi établit-elle, à première vue ou par son effet, une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue?
2. Dans l'affirmative, la loi impose-t-elle un fardeau ou nie-t-elle un avantage d'une manière qui a pour effet de renforcer, de perpétuer ou d'accentuer le désavantage?⁶⁰³

[644] La démarcation entre les deux étapes s'avère importante par rapport aux éléments que le Tribunal doit considérer. La première ne vise qu'à exclure, pour absence de motifs énumérés ou analogues, les demandes « *qui n'ont rien à voir avec l'égalité réelle* »⁶⁰⁴. À cette étape, il s'agit d'analyser uniquement les motifs sur lesquels repose la distinction, sans prendre en compte d'autres facteurs⁶⁰⁵. En outre, même si établir une distinction demeure un exercice intrinsèquement comparatif, il n'y a pas lieu de rechercher un groupe « *aux caractéristiques identiques* », car une analyse fondée sur la comparaison avec un tel groupe « *ne garantit pas la suppression du mal auquel le par. 15(1) vise à remédier* » et « *ne permet pas toujours de détecter l'inégalité réelle.* »⁶⁰⁶

[645] La deuxième étape de l'analyse est axée sur l'effet discriminatoire de la distinction. À cette étape, il n'est désormais ni nécessaire, « *ni souhaitable [...] d'examiner point par point* »⁶⁰⁷ les quatre facteurs développés dans l'arrêt *Law*⁶⁰⁸, à savoir : (1) la préexistence d'un désavantage, de stéréotypes, de préjugés ou de vulnérabilité subis par le demandeur; (2) la correspondance, ou l'absence de correspondance, entre le ou les motifs sur lesquels l'allégation est fondée et les besoins, les capacités ou la situation propres au demandeur ou à d'autres personnes; (3) l'objet ou l'effet d'amélioration de la loi contestée eu égard à une personne ou un groupe défavorisés dans la société; et (4) la nature et l'étendue du droit touché par la loi contestée. Certains de ces facteurs peuvent s'avérer néanmoins pertinents, à l'instar « *de l'ensemble des facteurs sociaux, politiques, économiques et historiques inhérents au groupe* »⁶⁰⁹. Ainsi, l'analyse est plutôt « *souple et contextuelle visant à déterminer si la distinction a pour effet de perpétuer un*

⁶⁰³ *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464, par. 25 citant *Première Nation de Kahkewistahaw c. Taypotat*, [2015] 2 R.C.S. 548, par. 19-20.

⁶⁰⁴ Lynn SMITH et William BLACK, « The Equality Rights », (2013) 62 S.C.L.R. (2d) 301, 336 cité dans *Première Nation de Kahkewistahaw c. Taypotat*, [2015] 2 R.C.S. 548, par. 19 et *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464, par. 26.

⁶⁰⁵ *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464, par. 26. Ainsi, la contestation d'autres exigences de la loi actuelle comme par exemple l'évaluation de l'aptitude d'une personne qui demande l'aide médicale à mourir ne serait pas nécessairement ou à première vue fondée sur un motif énuméré ou analogue prévu à l'article 15.

⁶⁰⁶ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 40 et 60 cité dans *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464, par. 27.

⁶⁰⁷ *Québec (Procureure générale) c. Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux*, [2018] 1 R.C.S. 464, par. 28.

⁶⁰⁸ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497.

⁶⁰⁹ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 39.

désavantage arbitraire à l'égard du demandeur, du fait de son appartenance à un groupe énuméré ou analogue »⁶¹⁰.

[646] Enfin, il n'y a pas lieu non plus, à ce stade de l'analyse, de considérer le caractère raisonnable de la distinction établie par la loi et implicitement les « *bonnes intentions* » animant la décision du législateur de nier à un groupe un avantage conféré par la loi. Le cas échéant, ces éléments feront l'objet de l'analyse sous l'article premier, lorsque l'État devra justifier la violation de l'article 15⁶¹¹.

[647] Le droit à l'égalité a déjà fait à deux reprises l'objet d'un examen dans le contexte précis de l'aide médicale à mourir. D'abord, par la Cour suprême dans l'arrêt *Rodriguez*⁶¹², puis, dans le jugement *Carter* de première instance.

[648] En 1993, dissident dans *Rodriguez*, le juge en chef Lamer avait été le seul membre de la Cour suprême à analyser la question de la prohibition de l'aide au suicide sous l'angle de l'article 15 de la *Charte*⁶¹³. Il était d'avis que la prohibition de l'aide au suicide créait une inégalité en empêchant les personnes affectées d'un handicap physique de mettre fin à leur vie sans aide, et ce, contrairement au reste de la population. Puisque le suicide ou la tentative de suicide ne constituait plus un crime au Canada depuis 1972⁶¹⁴, cette inégalité était imposée aux personnes incapables de mettre fin à leur vie en raison d'une déficience physique. Le handicap physique constituait donc un fardeau ou un désavantage car il limitait la capacité des personnes handicapées de prendre des décisions fondamentales sur leur vie ou leur personne et qu'ainsi leur droit à l'autodétermination s'en trouvait restreint⁶¹⁵.

[649] Toujours dans le contexte précis de l'aide médicale à mourir, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a analysé minutieusement la prohibition de l'aide médicale à mourir sous l'angle de l'article 15 de la *Charte* dans le dossier *Carter* et conclut que la disposition du *Code criminel* contrevenait à l'article 15 et n'était pas justifiée par l'article 1. La Cour suprême de son côté a déterminé que la disposition législative contrevenait aux droits garantis à l'article 7 de la *Charte*, sans poursuivre son analyse sous l'article 15.

⁶¹⁰ *Québec (Procureur général) c. A*, [2013] 1 R.C.S. 61, par. 331.

⁶¹¹ *Id.*, par. 333, citant *Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.C.S. 143, 182.

⁶¹² *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519.

⁶¹³ Les cinq juges majoritaires ont considéré préférable de ne pas trancher la question en litige par l'application de l'article 15 et de présumer plutôt que l'interdiction de l'aide au suicide violait l'art. 15, puisque la violation, s'il en était, était clairement justifiée en vertu de l'article premier. Quant aux juges dissidents, les juges L'Heureux-Dubé et McLachlin estimaient que l'article 15 ne s'appliquait pas en l'espèce, et seul le juge Cory a souscrit aux motifs avancés par le juge en chef Lamer.

⁶¹⁴ *Loi modifiant le Code criminel*, S.C. 1972, c.13, art 16.

⁶¹⁵ *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519, 530-580 (opinion dissidente du juge en chef Lamer). Il faut préciser que selon le juge Lamer, l'avantage dont Mme Rodriguez était privée n'était pas celui de se suicider (puisqu'elle ne prétendait pas que le suicide était un bénéfice) mais bien celui de choisir le suicide ou de décider elle-même de la conduite de sa vie.

[650] Certains des arguments invoqués dans *Carter BCSC* en Cour suprême de la Colombie-Britannique sont repris dans la présente cause tant en demande qu'en défense, comme nous le verrons.

[651] Appliquant les principes énoncés plus haut, il revient donc aux demandeurs de démontrer, dans un premier temps, que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible crée une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue. Dans un second temps, il leur appartient de convaincre le Tribunal que cette distinction leur impose un fardeau ou leur refuse un avantage de manière à perpétuer le désavantage.

4.2 L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible établit-elle, à première vue ou par son effet, une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue?

[652] La déficience physique constitue un motif spécifiquement énuméré au premier paragraphe de l'article 15 de la *Charte*, invoqué par les demandeurs en l'instance. Ils soutiennent, tant pour la loi fédérale que provinciale⁶¹⁶, que le fait de limiter l'aide médicale à mourir aux individus qui sont en fin de vie, crée une distinction injustifiable fondée sur la déficience physique⁶¹⁷ à deux égards :

1. Entre, d'une part, les personnes qui, comme les demandeurs, souffrent d'une maladie grave et irrémédiable mais dont la mort n'est pas jugée raisonnablement prévisible et qui ne peuvent se prévaloir de l'aide médicale à mourir et, d'autre part, les autres personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable dont la mort est raisonnablement prévisible. En somme, une distinction entre deux groupes de personnes selon que leur condition de santé ou déficience ou la nature de celles-ci les place sur une trajectoire proche de la mort ou non⁶¹⁸;
2. Entre, d'une part, les personnes qui, comme M. Truchon, sont privées du pouvoir de s'enlever la vie sans assistance en toute légalité en raison de leur déficience physique, et, d'autre part, les personnes capables de mettre fin à leur vie sans assistance qui peuvent décider de commettre ce geste, en toute légalité.⁶¹⁹ Même s'il existe des personnes handicapées qui peuvent recourir à certaines méthodes limitées malgré leur handicap, il s'agit néanmoins d'une distinction réelle car ces méthodes ne sont pas sans risque ni souffrance;

⁶¹⁶ Demande introductive d'instance en jugement déclaratoire, par. 233 et suivants; Plan d'argumentation des demandeurs, par 413.

⁶¹⁷ Demande introductive d'instance en jugement déclaratoire, par. 237.

⁶¹⁸ *Id.*, par. 234a) et 235a); Plan d'argumentation des demandeurs, par. 394-396, 400-405. Voir aussi le Plan d'argumentation des intervenants Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et Dying with Dignity Canada, par. 141a), 142a), 143, et 148a).

⁶¹⁹ Demande introductive d'instance en jugement déclaratoire, par. 234b) et 235b); Plan d'argumentation des demandeurs, par. 397-398 et 411-412. Voir aussi le Plan d'argumentation des intervenants Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et Dying with Dignity Canada, par. 141b), 142b), 144 et 148b).

[653] Le procureur général du Canada reconnaît que la mesure contestée donne lieu à une distinction⁶²⁰. Il formule toutefois trois observations sur ce volet.

1. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible ne crée pas de distinction en fonction de la nature des problèmes de santé ou des déficiences. Puisqu'en théorie, toute personne finira pas atteindre le point où sa mort est raisonnablement prévisible, la distinction porte sur le moment de l'accès à l'aide médicale à mourir qui n'est pas un motif énuméré ou analogue⁶²¹. Cette proposition se révèle, de l'avis du Tribunal, pour dire le moins, spécieuse;
2. L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible n'exclut pas les individus affectés de handicaps physiques graves⁶²²;
3. Les personnes qui ne satisfont pas à l'exigence ne sont pas forcées de continuer à vivre puisqu'elles ont la liberté et la capacité de mettre fin à leurs jours soit par des méthodes traditionnelles de suicide soit par VSED⁶²³. Cet argument est repris par les intervenants ACIC et CCD qui voient une égalité entre tous les Canadiens n'étant pas en fin de vie puisqu'ils « *sont dans la même position, c'est-à-dire qu'ils peuvent uniquement mettre fin à leurs jours en choisissant un des moyens traditionnels de suicide* ». En ce sens, les demandeurs ne rechercheraient en réalité qu'« *une méthode de suicide plus facile que celles des autres Canadiens.* »⁶²⁴

[654] Pour les motifs qui suivent, le Tribunal conclut que l'exigence contestée crée une distinction fondée sur la déficience physique. En effet, à cause de leur condition physique propre, les demandeurs ne peuvent obtenir l'aide médicale à mourir malgré le fait qu'ils satisfont par ailleurs à l'ensemble des autres exigences de la loi, et sont privés de la possibilité de mourir dans des conditions qui seraient disponibles s'ils étaient en fin de vie.

[655] Les deux premiers arguments du procureur général du Canada qui se résument au fait que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible ne distingue pas les personnes handicapées puisqu'elle les exclut comme toutes les personnes non mourantes, relèvent du principe de l'égalité formelle, écarté par la Cour suprême et ne tiennent pas compte de l'effet concret de cette exigence sur les demandeurs. Le Tribunal rejette donc ces arguments.

[656] Le troisième argument concernant la capacité des personnes handicapées de se suicider ou d'opter pour une méthode de suicide plus facile mérite quelques considérants.

⁶²⁰ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 174.

⁶²¹ *Id.*, par. 170 et 197. Voir aussi le Mémoire des intervenants Association canadienne pour l'intégration communautaire et Conseil des canadiens avec déficiences, par. 118.

⁶²² Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 171.

⁶²³ *Id.*, par. 172-173. Cet argument a été également avancé par le procureur général du Canada dans *Carter BCSC*, par. 1049, 1069 et 1075.

⁶²⁴ Mémoire des intervenants Association canadienne pour l'intégration communautaire et Conseil des canadiens avec déficiences, par. 118. Cet argument équivaut encore une fois à tort selon le Tribunal, à assimiler l'aide médicale à mourir au suicide.

[657] D'abord, il répugne au bon sens, de l'avis du Tribunal, de concevoir que des personnes comme les demandeurs se voient contraintes de recourir au VSED afin de devenir admissibles à l'aide médicale à mourir ou afin de mettre un terme à leur vie. Si la loi telle que rédigée ne force pas les demandeurs à vivre, elle les force toutefois à choisir entre souffrir, souffrir encore plus ou se suicider.

[658] Dans une société comme la nôtre, où la dignité humaine et la compassion envers la souffrance d'autrui constituent des valeurs fondamentales, le discours qui veut que des personnes comme les demandeurs ont toujours le loisir de se suicider, si elles ne veulent pas continuer à souffrir atrocement jusqu'au jour où leur mort deviendra raisonnablement prévisible est pour dire le moins troublant. La souffrance supplémentaire liée au VSED par exemple, devient alors en quelque sorte une condition d'accès à l'aide médicale à mourir. L'effet net de cette proposition est que ce faisant, le procureur général encourage plutôt des personnes qui ne peuvent se suicider à recourir au suicide qui, faut-il le rappeler, constitue un acte criminel au Canada, ce qui mène à un cul-de-sac.

[659] Tel que développé dans *Rodriguez* et *Carter*, il existe justement une distinction entre M. Truchon qui est privé du choix de se suicider en raison de sa condition physique et le reste de la population qui détient cette option. L'effet concret de l'exigence de la mort raisonnablement prévisible pour M. Truchon équivaut à celui d'une prohibition totale à l'aide médicale à mourir et à l'application du régime général de l'article 14 et de l'alinéa 241(1)b) du C.cr. En d'autres mots, en raison de sa déficience physique et du fait que sa mort naturelle n'est pas proche, M. Truchon devrait recevoir l'aide de quelqu'un pour se donner la mort, ce qui demeure un crime au pays.

[660] Cette distinction subsiste malgré le fait qu'il existe des personnes handicapées capables de se suicider par des moyens habituels ou traditionnels⁶²⁵, ou encore que l'option du VSED soit possible pour tous, puisque justement ces personnes sont restreintes à recourir à ce moyen qui mène, faut-il encore le rappeler, à une mort lente, difficile et douloureuse⁶²⁶. Comme le dit bien la juge en chef McLachlin dans l'arrêt *Lavoie*⁶²⁷, une discrimination créée par la loi n'est pas atténuée du fait qu'une personne puisse adapter ou modifier son comportement.

[661] Ensuite, affirmer que les demandeurs recherchent une méthode de suicide plus facile et une mort plus douce semble plutôt s'inscrire dans le discours de la construction sociale du handicap que le gouvernement et les intervenants cherchent justement à combattre⁶²⁸. Le Tribunal a rejeté l'idée que l'aide médicale à mourir équivaut au suicide. La demande d'aide médicale à mourir de M. Truchon et de Mme Gladu n'est pas une demande de facilitation de suicide motivée par le fait que la société les percevrait comme des personnes qui manquent de dignité et qui seraient mieux mortes en raison de leur déficience physique. Ces personnes ont vécu pleinement toute leur vie avec une

⁶²⁵ *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519, 556-557.

⁶²⁶ *Carter BCSC*, par. 1070 à 1076.

⁶²⁷ *Lavoie c. Canada*, [2002] 1 R.C.S. 769, par. 5. La juge en chef McLachlin était dissidente, mais pas sur ce point.

⁶²⁸ Voir notamment le Mémoire des intervenants Association canadienne pour l'intégration communautaire et Conseil des Canadiens avec déficiences, par. 117.

déficience physique. Ce que les demandeurs recherchent véritablement c'est que la loi reconnaisse à égale mesure la souffrance, la dignité et ultimement l'autonomie des personnes qui comme eux, sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables, et ce, sans hiérarchie, selon que la mort soit proche ou non.

[662] Même si ce qui précède s'avère en soi suffisant pour disposer de cette première étape de l'analyse, le Tribunal tient à préciser que l'exigence contestée établit aussi, par son effet, une distinction selon le type ou la nature de la déficience. Comme l'a souligné la Cour suprême, la déficience se caractérise par une diversité quasi infinie qui mène à « *des distinctions établies entre diverses déficiences* »⁶²⁹. Il peut donc exister des distinctions entre les membres d'un même groupe en fonction du type de déficience dont ils se voient atteints⁶³⁰. Il s'agit du cas ici.

[663] Donc, à l'intérieur de la catégorie restreinte des personnes handicapées qui souffrent de manière intolérable, une personne atteinte d'un handicap grave et incurable qui la place sur la trajectoire de la mort devient admissible à l'aide médicale à mourir par opposition à une personne qui, comme les demandeurs, souffre d'un handicap tout aussi grave et incurable mais qui ne la rapproche pas de la mort. Ainsi, le type de déficience physique dont souffrent les demandeurs, qui n'a pas pour effet de rendre leur mort naturelle raisonnablement prévisible, les empêche de choisir leur fin de vie alors que d'autres personnes aussi atteintes de déficiences physiques mais dont la mort est proche peuvent en bénéficier en toute légalité.

[664] En dernier lieu, dans leur plaidoirie, les demandeurs ont aussi invoqué une distinction basée sur l'âge⁶³¹. Compte tenu des conclusions auxquelles le Tribunal en arrive sur le motif de la déficience physique, il n'estime pas nécessaire d'aborder ce nouveau motif.

[665] Le Tribunal répond par l'affirmative à la question posée à la première étape de l'analyse. Il doit donc maintenant déterminer si la mesure législative attaquée comporte

⁶²⁹ *Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin; Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Lasseur*, [2003] 2 R.C.S. 504, par. 81.

⁶³⁰ D'ailleurs, le législateur n'a pas limité l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes affectées d'une déficience physique, et ce, pour éviter la discrimination envers les personnes affectées de troubles mentaux. Pièce PGC-11 : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, COMITÉ PERMANENT DE LA JUSTICE ET DES DROITS DE LA PERSONNE, *Témoignages*, 1^{re} sess., 42^e légis., 2 mai 2016, p. 2 (ministre de la Justice Wilson-Raybould). En revanche, l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible constituerait le moyen d'exclure « *les personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale* ». Pièce PGC-17 : CANADA, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1^{re} sess., 42^e légis., 6 mai 2016, fascicule n° 8, p. 8 :51 (ministre de la Santé Philpott).

⁶³¹ Plan d'argumentation des demandeurs, par. 406-410. Le Tribunal note la similitude du diagnostic de Mme Carter et de M. Truchon, ainsi que les déclarations de la ministre de la Justice voulant que la mort de Mme Carter « *était devenue raisonnablement prévisible en raison de son âge et de sa fragilité* ». Voir la pièce PGC-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 1^{er} juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Étude sur la teneur du projet de loi en Comité plénier* », p. 746 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

un effet discriminatoire en ce qu'elle renforce, perpétue ou accentue le désavantage subi par les demandeurs.

4.3 L'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible impose-t-elle un fardeau ou nie-t-elle un avantage?

[666] Les demandeurs soumettent que la distinction établie par l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible s'avère discriminatoire pour la raison suivante : la discrimination qui avait été supprimée par l'arrêt *Carter* a été rétablie par le législateur en violation de leur dignité et de leur droit à l'autonomie. Ils sont maintenant contraints à souffrir. De plus, l'exigence contestée perpétue le stéréotype selon lequel les personnes atteintes d'une déficience physique sont des personnes incapables à exercer leur autonomie décisionnelle concernant leur corps et leur vie et qui doivent donc se voir protégées⁶³².

[667] Le procureur général soutient que la distinction n'est pas discriminatoire puisque l'exigence en cause tient compte de la situation, des caractéristiques et des besoins réels des personnes handicapées comme les demandeurs, d'une manière qui respecte leur valeur en tant qu'êtres humains⁶³³. La disposition contestée ne perpétuerait pas un désavantage arbitraire et ne refléterait pas des prémisses stéréotypées au sujet de la capacité et de l'autonomie des personnes ayant une déficience physique.

[668] Il ajoute que le retrait de l'exigence contestée créerait plutôt un avantage pour les personnes handicapées en leur donnant accès au moyen de suicide le « *plus facile* »⁶³⁴ non offert aux personnes non handicapées⁶³⁵ et aurait aussi comme conséquence d'envoyer un message négatif permettant « *de renforcer et d'enraciner des stéréotypes quant à la qualité de vie et à la valeur de la vie des personnes handicapées* »⁶³⁶.

[669] Afin de déterminer si la distinction établie par l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible se révèle discriminatoire dans son objet ou par son effet, le Tribunal doit tenir compte dans son analyse contextuelle de plusieurs facteurs pertinents, dont la préexistence de stéréotypes ou de préjugés à l'égard des personnes atteintes de déficience physique et la manière dont la disposition contestée prend en considération les caractéristiques et les besoins réels des demandeurs⁶³⁷. C'est aussi en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs et en pondérant les intérêts particuliers et sociaux en cause

⁶³² Plan d'argumentation des demandeurs, par. 414-425. Voir aussi *Carter BCSC*, par. 1088.

⁶³³ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 14 et 181.

⁶³⁴ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 193. Voir aussi le Plan d'argumentation des intervenants Collectif des médecins contre l'euthanasie et *Vivre dans la dignité*, par. 145; *Mémoire de l'intervenante Alliance des chrétiens en droit*, par. 58.

⁶³⁵ Pour le professeur Shakespeare, l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible « *equalizes the situation between people with disabilities and others* ». Voir son témoignage, 1^{er} février 2019, p. 52.

⁶³⁶ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 193 et 203.

⁶³⁷ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 R.C.S. 396, par. 38; *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 69-71. Il est en effet bien établi que si la loi tient compte des caractéristiques et des besoins réels des demandeurs d'une manière qui respecte leur dignité elle ne sera pas discriminatoire. À l'inverse, une loi qui reflète des prémisses stéréotypées ou qui perpétue un désavantage ou ne tient pas compte des besoins véritables des personnes en cause, sera jugée comme telle.

que le Tribunal déterminera si la distinction établie par la mesure législative entre les demandeurs et d'autres personnes crée une discrimination en perpétuant un désavantage ou un préjugé à l'égard des demandeurs ou en leur appliquant un stéréotype⁶³⁸.

[670] Personne ne conteste que les personnes souffrant d'une déficience physique se trouvent confrontées à des stéréotypes et à des préjugés⁶³⁹.

[671] Tout comme la Cour suprême de la Colombie-Britannique, le Tribunal croit qu'il apparaît important de reconnaître que les personnes affectées d'un handicap physique de naissance ou acquis au cours de leur vie, font non seulement l'objet d'un désavantage mais aussi de préjugés et de stéréotypes dans la société.

[672] Tel que mis en preuve, en raison de leur déficience physique, la société perçoit souvent les personnes handicapées comme étant incapables de prendre les « bonnes décisions » concernant leur corps et leur vie, d'où leur vulnérabilité et la nécessité d'être protégées par l'État contre leurs « mauvais choix », incluant par exemple une demande d'aide médicale à mourir motivée par le handicap. De même, la société voit dans la déficience physique une perte de la dignité et une diminution de la qualité de vie des personnes handicapées qui rendent compréhensible leur désir de mourir. Il s'agit dans les deux cas « de la réaction problématique de la société » et « malheureusement, [de] l'État lui-même » face à la déficience physique⁶⁴⁰.

[673] Dans ce contexte de stéréotypes ou de préjugés préexistants, le Tribunal conclut que l'exigence contestée ne tient pas compte de la situation propre, des caractéristiques et des besoins réels des demandeurs d'une manière qui respecte leur valeur en tant qu'êtres humains, par rapport à d'autres personnes à qui la loi permet l'aide médicale à mourir ou reconnaît le droit de se suicider en toute légalité.

[674] Le Tribunal conclut que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible perpétue un préjugé et un désavantage pour les demandeurs et les personnes atteintes d'une déficience physique, en raison justement de cette caractéristique personnelle.

[675] Le procureur général invoque aussi l'impuissance et les limites du droit criminel à l'égard des personnes physiquement capables qui peuvent se suicider - d'où la décriminalisation de la tentative de suicide - afin d'expliquer que le fardeau imposé par le *Code criminel* aux personnes avec des déficiences physiques « ne serait pas le résultat d'une omission de prendre en considération leurs besoins et leurs capacités »⁶⁴¹.

[676] Le Tribunal ne retient pas cet argument. Dans l'arrêt *Rodriguez*, le juge en chef Lamer écrivait que « l'abrogation de l'infraction de tentative de suicide révèle que le législateur ne préservera plus la vie humaine au dépens du droit à l'autodétermination des personnes

⁶³⁸ *Withler c. Canada (Procureur général)*, [2011] 1 RCS 396, par. 71.

⁶³⁹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 178. Défense remodifiée du procureur général du Canada, par. 193.

⁶⁴⁰ *Granovsky c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [2000] 1 R.C.S. 703, par. 30-34.

⁶⁴¹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 195-196. Voir aussi le Plan d'argumentation des intervenants Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la dignité, par. 117.

physiquement capables ». ⁶⁴² Dans la même veine, la Cour suprême affirme dans *Carter* que « *le droit en est venu à reconnaître que, dans certaines circonstances, il faut respecter le choix [fondamental] d'une personne quant à la fin de sa vie* ». ⁶⁴³ Dans l'état actuel du droit, prendre en considération les besoins et les capacités des personnes atteintes d'une déficience physique implique nécessairement de tenir compte de leur droit à l'autodétermination, y compris les obstacles à son réel exercice.

[677] Le procureur général soutient finalement de nouveau l'argument voulant qu'à l'extérieur de la trajectoire de la mort, l'aide médicale à mourir équivaut au suicide et que l'exigence contestée « *reflète les différences fondamentales qui existent entre la mort assistée et le suicide, ainsi que les différences fondamentales qui existent entre l'AMM en tant qu'option « de fin de vie » et une mort médicalement facilitée pour répondre à une vie difficile lorsque la vie ne s'approche pas autrement à sa fin* » ⁶⁴⁴.

[678] Ayant déjà rejeté cet argument, le Tribunal croit néanmoins nécessaire d'apporter la précision suivante. L'exigence en cause expose un schéma législatif à l'intérieur duquel la souffrance cède le pas au lien temporel avec la mort. Si leur mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, le consentement et la souffrance des personnes handicapées ne méritent que la sympathie du législateur qui adopte une politique protectionniste, à l'égard de toutes ces personnes sans tenir compte de leur situation propre. Dès que leur mort approche, l'État est cependant prêt à reconnaître leur droit à l'autonomie. Il s'agit d'une contradiction flagrante au niveau des principes fondamentaux quant au respect de l'autonomie des personnes aptes et c'est cette absence d'égalité dans la reconnaissance du droit à l'autonomie et de la dignité qui se révèle discriminatoire en l'espèce.

[679] Avec éloquence, l'illustre juriste et philosophe Ronald Dworkin décrit ainsi le concept du droit à l'égalité applicable en l'instance ⁶⁴⁵ :

[...] Government must treat those whom it governs with concern, that is, as human beings who are capable of suffering and frustration, and with respect, that is, as human beings who are capable of forming and acting on intelligent conceptions of how their lives should be lived. Government must not only treat people with concern and respect, but with equal concern and respect. [...]

[notre soulignement]

[680] Le lien que le législateur établit entre l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible et la vulnérabilité de toutes les personnes handicapées trahit, ceci dit avec égards, une vision paternaliste à l'égard des personnes comme les demandeurs. En raison de leur handicap, l'État considère invraisemblable ⁶⁴⁶ que ces

⁶⁴² *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519, 561.

⁶⁴³ *Carter*, par. 63.

⁶⁴⁴ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 204.

⁶⁴⁵ Ronald DWORKIN, *Taking Rights Seriously*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 1977, p. 272-273.

⁶⁴⁶ Denise RÉAUME, « Dignity, Choice, and Circumstances », dans Christopher MCCRUDDEN (dir.), *Understanding Human Dignity*, Oxford, Proceedings of the British Academy/Oxford University Press,

personnes puissent exprimer un consentement valable à l'aide médicale à mourir, leur autonomie se trouvant nécessairement compromise par leur vulnérabilité⁶⁴⁷. Dans les mots du procureur général, la difficulté de « *déterminer la cause de la souffrance d'une personne* » atteinte d'une déficience physique, « *combiné[e] aux stéréotypes [...] qui associent la dépendance physique à la perte de dignité et de qualité de vie augmente le risque que des individus handicapés demandent et soient considérés admissibles à l'AMM alors que leur désir de mourir est le résultat d'autostigmatisation, de besoins non satisfaits, de capacités de résilience diminuées, de symptômes dépressifs ou de pressions sociétales subtiles* »⁶⁴⁸.

[681] En visant à contrer un seul des stéréotypes dont les personnes handicapées sont victimes – la vulnérabilité – la disposition contestée perpétue peut-être un autre stéréotype probablement plus pernicieux – soit l'incapacité à pleinement consentir à l'aide médicale à mourir. Or, la preuve démontre amplement que M. Truchon demeure parfaitement apte à exercer des choix fondamentaux concernant sa vie et sa mort. Il se trouve par conséquent privé d'exercer ces choix essentiels à sa dignité d'être humain en raison de ses caractéristiques propres dont la disposition contestée ne tient pas compte. Il ne peut ni se suicider par un moyen qu'il choisirait⁶⁴⁹, ni demander cette aide en toute légalité.

[682] La pleine autonomie des personnes placées dans la même situation que M. Truchon doit pouvoir s'exercer non seulement en fin de vie, mais aussi à tout moment au cours de leur vie et ce, même si cela signifie la mort, lorsque les autres conditions d'admissibilité à l'aide médicale à mourir sont satisfaites.

[683] Ainsi, le Tribunal conclut que l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* porte clairement atteinte au droit à l'égalité des demandeurs.

[684] Il revient maintenant au procureur général de démontrer que la violation du droit à l'égalité des demandeurs est justifiée en vertu de l'article premier de la *Charte*.

5. La violation du droit fondamental des demandeurs prévu à l'article 15 de la Charte se justifie-t-elle par l'article 1?

[685] Puisque l'analyse et les conclusions du Tribunal dans le cadre de la justification de la violation de l'article 7 de la *Charte* s'appliquent aussi à la présente section, le Tribunal se contentera simplement de préciser ce qui suit uniquement en ce qui a trait à l'article 15 de la *Charte*.

[686] Le procureur général justifie l'exigence contestée par l'appui reçu de certains groupes de défense des droits des personnes handicapées voulant qu'elle soit

2013, p. 539, à la page 540: « *Governments tend to understand dignity as simple respect for choice, and when that seems implausible, they shift to patronizing people as incapable of choice* ».

⁶⁴⁷ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 205.

⁶⁴⁸ *Id.*, par. 202. Voir aussi *Carter BCSC*, par. 1118 et 1126-1129.

⁶⁴⁹ Encore une fois, l'arrêt *Lavoie c. Canada*, [2002] 1 R.C.S. 769 de la Cour suprême indique que le fait qu'une personne puisse adapter son comportement pour éviter la discrimination n'annihile pas son effet discriminatoire.

nécessaire pour protéger les personnes vulnérables⁶⁵⁰. Bien qu'il reconnaisse toutefois que la communauté de personnes handicapées ne constitue pas un bloc monolithique, il estime irréaliste que la loi corresponde aux besoins de chaque membre de ce groupe diversifié⁶⁵¹.

[687] Selon lui, même si le retrait de l'exigence correspondait aux besoins de personnes dans la situation des demandeurs, cela compromettrait inévitablement les intérêts de nombreuses autres personnes aussi atteintes de déficiences physiques⁶⁵². L'État ne pouvant adopter des mesures adaptées à toutes les situations, l'exigence attaquée serait la seule solution à ce problème « *qui ne peut pas être résolu par une évaluation individualisée ou par une autre mesure de sauvegarde.* »⁶⁵³

[688] Si l'objectif du législateur apparaît assurément louable, soit celui de protéger les personnes vulnérables contre toute incitation à demander l'aide médicale à mourir dans un moment de détresse, l'effet concret de cette exigence est de nier aux demandeurs le droit de s'en prévaloir ou la possibilité de s'enlever la vie en faisant fi de leur autonomie décisionnelle. Il n'appartient d'ailleurs pas au Tribunal de vérifier s'il existe d'autres garanties possibles, mais seulement de déterminer si celle en jeu ici est ou non conforme à la *Charte*.

[689] Tel qu'énoncé préalablement, il ne s'agit pas du fait d'être ou non en fin de vie qui garantit l'octroi d'un véritable consentement à l'aide médicale à mourir. L'exigence contestée tient plus de l'acceptabilité sociale de permettre cette aide aux personnes mourantes que de l'incapacité des médecins de déceler les risques associés à la pratique de l'aide médicale à mourir. Or, la preuve ne démontre pas que les médecins s'avèrent incapables d'identifier les personnes dont la vulnérabilité sociale, économique ou autre motiverait leurs demandes d'aide médicale à mourir.

[690] Pour toutes ces raisons, le Tribunal conclut que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible prévue à l'alinéa 241.2(2)d) C.cr. ne satisfait pas la norme de l'atteinte minimale et de la proportionnalité des effets. Elle contrevient donc à l'article 15 de la *Charte* et ne se justifie en vertu de l'article 1.

⁶⁵⁰ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 192 et 209; Voir aussi la pièce PGC-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 1^{er} juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Étude sur la teneur du projet de loi en Comité plénier* », p. 744 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

⁶⁵¹ Plan d'argumentation du procureur général du Canada, par. 198 et 210.

⁶⁵² *Id.*, p. 54.

⁶⁵³ *Id.*, par. 199. En effet, Aux yeux du législateur, l'exigence en cause fait partie d'« *une série de garanties essentielles conçues pour donner aux Canadiens l'assurance qu'on ne puisse mettre fin à la vie d'une personne que lorsqu'elle a une volonté authentique et ferme de mourir* » PG-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 1^{er} juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Étude sur la teneur du projet de loi en Comité plénier* », p. 744 (ministre de la Justice Wilson-Raybould).

6. Le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie, est-il inconstitutionnel en vertu des mêmes principes?

[691] Les demandeurs allèguent que l'exigence de la fin de vie prévue à la loi québécoise porte atteinte à leurs droits garantis tant par l'article 7⁶⁵⁴ que par l'article 15 de la *Charte*. Leur contestation constitutionnelle de la loi provinciale demeure toutefois timide en comparaison à celle mise de l'avant pour l'exigence de la loi fédérale. Concernant la violation de l'article 7, leur plaidoirie se limite à énoncer l'objectif principal de la loi québécoise, soit l'encadrement des soins de fin de vie, par opposition à la protection des personnes vulnérables⁶⁵⁵. Quant à la violation de l'article 15, ils soumettent que les arguments invoqués en lien avec la discrimination fondée sur la déficience physique et l'âge dans le contexte de la loi fédérale sont applicables à l'égard du critère de la fin de vie de la loi provinciale⁶⁵⁶.

[692] En défense, la procureure générale du Québec s'en remet principalement au plan d'argumentation de son homologue fédéral, en insistant sur les fondements et sur la genèse de l'exigence en cause⁶⁵⁷. Elle prétend aussi que la loi est conforme à l'arrêt *Carter*⁶⁵⁸, que la prévention du suicide et le fait d'éviter de transmettre un message social de dévalorisation de la vie constituent des objectifs accessoires de la loi québécoise⁶⁵⁹ et que le critère de la fin de vie ne crée aucune distinction discriminatoire puisqu'il s'applique à toutes les personnes en fin de vie, incluant les personnes atteintes d'une déficience physique⁶⁶⁰.

[693] Avant d'analyser le critère de la fin de vie à la lumière des principes de droit constitutionnel énoncés précédemment, le Tribunal ouvre une parenthèse afin d'apporter quelques précisions générales relatives à la loi québécoise.

[694] Le Tribunal rappelle dans un premier temps, l'exercice démocratique et non partisan menant à l'adoption de la loi québécoise⁶⁶¹, une loi qui constitue indéniablement « *une avancée importante pour la dignité et l'autodétermination des personnes en fin de vie* »⁶⁶². Ce faisant, le législateur québécois a opté pour le régime le plus restrictif au monde en

⁶⁵⁴ Demande introductive d'instance, par. 231.

⁶⁵⁵ Plan de plaidoirie des demandeurs, par. 355-356.

⁶⁵⁶ *Id.*, par. 413, 424 et 425.

⁶⁵⁷ Argumentation écrite de la procureure générale du Québec, par. 114.

⁶⁵⁸ *Id.*, par. 118; Défense de la procureure générale du Québec, par. 43 et 85.

⁶⁵⁹ Défense de la procureure générale du Québec, par. 66 et 88.

⁶⁶⁰ *Id.*, par. 89.

⁶⁶¹ Voir la rubrique Historique législatif de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, aux par. [120]-[151] du présent jugement.

⁶⁶² Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 40^e légis., 22 octobre 2013, « Adoption du principe du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », p. 5038 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon citant le Barreau du Québec).

conjuguant le modèle des pays du Benelux, centré sur la souffrance, avec celui américain, axé sur la fin de vie⁶⁶³.

[695] Il faut replacer chronologiquement l'adoption et l'entrée en vigueur de la loi provinciale dans la séquence de l'arrêt *Carter* et de l'adoption de la loi fédérale. Le 16 janvier 2014, alors que la Commission permanente de la santé et des services sociaux finissait l'étude détaillée du projet de loi 52, la Cour suprême accueillait la demande d'autorisation d'appel dans *Carter*. Le 19 mars 2014, la procureure générale du Québec déposait son avis d'intervention devant la Cour suprême dans *Carter* relativement à la question de sa compétence provinciale sur la santé⁶⁶⁴.

[696] Parallèlement à l'avancement du dossier *Carter* à la Cour suprême, l'Assemblée nationale sanctionne le 10 juin 2014 la *Loi concernant les soins de fin de vie*⁶⁶⁵ qui prévoit à l'article 78 son entrée en vigueur au plus tard le 10 décembre 2015. Au cours des 18 mois de préparation en vue de l'entrée en vigueur de la loi québécoise, la Cour suprême entend l'affaire *Carter* le 15 octobre 2014 et rend sa décision le 6 février 2015.

[697] Rappelons qu'entre les mois d'août et de novembre 2015, les 11 provinces et territoires ont mis sur pied le Groupe consultatif afin d'élaborer des recommandations en réponse à l'arrêt *Carter* en vue d'une approche uniforme de la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Canada. Le Québec ne participe pas aux travaux de ce groupe d'experts, mais son approche dans l'encadrement de l'aide médicale à mourir est néanmoins considérée⁶⁶⁶. Cela dit, le Groupe consultatif retient plutôt comme critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir ceux établis par la Cour suprême dans *Carter*.

[698] Quelques jours avant l'entrée en vigueur de la loi provinciale en décembre 2015, le procureur général du Canada demande à la Cour suprême la prorogation de la suspension de la déclaration de l'inconstitutionnalité prononcée dans *Carter*. À cette occasion, le Québec demande d'être soustrait à cette suspension, ce que lui accordent les juges de la majorité⁶⁶⁷.

[699] L'intervention de la procureure générale du Québec dans l'affaire *Carter*, son absence au Groupe consultatif et sa demande d'exemption laissent sous-entendre que le gouvernement du Québec estimait avoir légiféré à l'intérieur de son champ de

⁶⁶³ *Id.* Voir aussi Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 40^e légis., 24 octobre 2013, « Adoption du principe du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », p. 5180 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

⁶⁶⁴ La procureure générale du Québec affirmait qu'il était possible de définir avec précision le contenu essentiel de la compétence provinciale en matière de santé « *comme le pouvoir de décider du type de soins de santé à offrir aux patients et de superviser la procédure relative au consentement requis pour ces soins* ». Voir *Carter*, par. 52.

⁶⁶⁵ L.Q. 2014, c. 2.

⁶⁶⁶ Pièce PGC-2 : GROUPE CONSULTATIF PROVINCIAL-TERRITORIAL D'EXPERTS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *Rapport final*, 30 novembre 2015, p. 25 et 64. Le Groupe consultatif estime que l'aide médicale à mourir « *s'inscrit dans un ensemble de soins de fin de vie* » et qu'elle « *devrait être abordée comme une pratique médicale appropriée dans un continuum de services offerts en fin de vie* ».

⁶⁶⁷ Voir la rubrique Demande de prorogation de la suspension de la prise d'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle (janvier 2016), aux par. [94]-[99] du présent jugement.

compétence en matière de santé, raison pour laquelle il ne semblait pas vouloir répondre à l'arrêt *Carter* malgré les paramètres clairs qu'il énonce.

[700] D'aucuns diront que le gouvernement du Québec attendait l'entrée en vigueur de la loi fédérale pour décider s'il s'avérait approprié de modifier sa loi. Ceci ne s'est toutefois pas matérialisé. Son immobilisme devient cependant encore plus évident lorsque le législateur fédéral adopte un régime plus permissif que celui existant au Québec, sans aucune réponse législative de la part du gouvernement québécois. En effet, tous s'entendent pour dire, et la preuve le démontre, que l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible constitue un critère plus large que celui de la fin de vie⁶⁶⁸. Par conséquent, depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale le 17 juin 2016, les critiques à l'endroit de ces incongruités ne cessent d'être réitérées dans les sphères médicale et publique québécoises. Précurseurs en matière d'aide médicale à mourir au Canada, les Québécois se voient aujourd'hui imposer les conditions les plus restrictives d'admissibilité à travers le pays, au motif qu'au Québec, l'aide médicale à mourir est définie comme un soin à l'intérieur d'une loi qui vise exclusivement les personnes en fin de vie.

[701] La procureure générale insiste sur la genèse de la loi pour ancrer le lien intrinsèque entre la fin de vie et l'aide médicale à mourir au Québec. Or, si la loi naît à un certain moment, dans un contexte spécifique de son adoption, son application concrète a lieu dans une société qui évolue et qui est influencée par des facteurs non prévus par le législateur lors de son adoption. Adoptée avant l'arrêt *Carter*, de manière à coexister avec la prohibition absolue de l'aide au suicide, la loi québécoise produit ses effets dans un environnement complètement transformé par la décriminalisation de l'aide médicale à mourir au Canada.

[702] Dès l'exemption accordée par la Cour suprême en janvier 2016, les Québécois non mourants ne se trouvaient pas admissibles à recourir à cette aide alors que dans les autres provinces, des Canadiens dans la même situation pouvaient s'en prévaloir selon les paramètres établis par la Cour suprême, en passant par la voie judiciaire⁶⁶⁹. L'adoption de la loi fédérale vient remplacer l'application des critères énoncés par la Cour suprême, mais le régime québécois demeure toujours le plus restrictif.

[703] A l'évidence la loi québécoise ne peut s'appliquer dans un cadre totalement hermétique à l'abri des répercussions de l'arrêt *Carter* ou du nouveau paysage législatif fédéral qui entraînent nécessairement un impact sur les effets qu'elle produit. En ce sens, le fait que la loi provinciale soit antérieure à *Carter* et à la loi fédérale explique, mais ne justifie pas ses effets actuels. Ce sont donc ses effets concrets sur les demandeurs dans ce nouveau contexte juridique et non celui envisagé par le législateur québécois dans un contexte juridique tout autre, que le Tribunal doit analyser.

⁶⁶⁸ Pièce PGC-20 : CANADA, *Débats du Sénat*, 1^{re} sess., 42^e légis., 1^{er} juin 2016, « *Code criminel. Projet de loi modificatif – Étude sur la teneur du projet de loi en Comité plénier* », p. 768 (ministre de la Santé Philpott) : « [...] il y a une différence entre la fin de vie et la notion de mort raisonnablement prévisible [...] le concept de prévisibilité raisonnable est moins strict que ne peut l'être celui de fin de vie ».

⁶⁶⁹ Voir la rubrique Interprétation jurisprudentielle de l'arrêt *Carter*, aux par. [483] et suivants du présent jugement.

[704] Puisque les arguments invoqués par les demandeurs portent sur les effets de la disposition contestée, le Tribunal débutera le contrôle de constitutionnalité par l'analyse sous l'article 15 de la *Charte*.

[705] Le Tribunal applique *mutatis mutandis* à la loi provinciale les principes de droit et les considérants énoncés dans le cadre de son analyse de la loi fédérale et en conclut que le critère de la fin de vie viole l'article 15 de la *Charte* et ne se justifie pas au sens de l'article 1.

[706] La procureure générale invoque les mêmes arguments que son homologue fédéral qui se rattachent à l'égalité formelle, à savoir que les demandeurs se voient traités de manière égale avec toutes les personnes qui ne sont pas en fin de vie⁶⁷⁰ et que les personnes atteintes d'une déficience physique, dans la mesure où elles se trouvent en fin de vie, ont accès aux mêmes soins offerts à la loi provinciale que les autres citoyens⁶⁷¹. Elle ajoute que le critère de la fin de vie n'est pas un motif énuméré ou analogue, car il ne s'agit pas d'une caractéristique personnelle immuable, mais plutôt d'une notion « *évolutive et variable* » selon la condition biomédicale de chaque individu⁶⁷².

[707] Le Tribunal retient que le critère de la fin de vie établit par son effet une distinction par type de maladie grave et incurable, donc par déficience physique au sens de l'article 15 de la *Charte*⁶⁷³. Là encore, la distinction se produit à l'intérieur d'un groupe très restreint de malades graves et incurables dont les capacités sont en déclin avancé et irréversible et qui éprouvent des souffrances insupportables. *A contrario*, elle ne se mesure pas par rapport à la population atteinte d'une maladie quelconque. Dans ces circonstances, une personne qui est en fin de vie a droit à un soin pour soulager ses souffrances, par opposition à une autre personne qui souffre tout autant en raison d'une maladie tout aussi grave et incurable sans la placer en fin de vie.

[708] À l'instar de l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible et pour les mêmes considérants, le critère de la fin de vie crée une distinction discriminatoire par son effet, car ultimement il nie aux demandeurs l'égalité dans la reconnaissance de leur dignité humaine.

[709] La procureure générale soumet que l'avantage⁶⁷⁴ réclamé par les demandeurs n'est pas prévu à la loi. Elle fonde son argument sur l'arrêt *Auton*⁶⁷⁵ dans lequel des

⁶⁷⁰ Argumentation écrite de la procureure générale du Québec, par. 141.

⁶⁷¹ *Id.*, par. 144.

⁶⁷² *Id.*, par. 146.

⁶⁷³ *Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin; Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Lasseur*, [2003] 2 R.C.S. 504.

⁶⁷⁴ La procureure générale du Québec utilise l'expression « l'aide médicale recherchée » pour décrire l'acte ou le traitement médical recherché par les demandeurs.

⁶⁷⁵ *Auton (Tutrice à l'instance de) c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [2004] 3 R.C.S. 657. Cet arrêt avait été soulevé par le gouvernement de la Colombie-Britannique et le procureur général du Canada dans *Carter BCSC*, par. 1051-1064 à l'appui de leur argument que l'aide médicale à mourir ne

enfants autistes et leurs parents prétendaient que le refus de la province de la Colombie-Britannique de financer une thérapie comportementale pour le traitement de l'autisme violait l'article 15 de la *Charte*. Dans cet arrêt, la Cour suprême identifie l'objet de la demande comme étant le financement d'un traitement « médicalement nécessaire » et se demande si la loi offrait effectivement à quiconque tout traitement médicalement requis. Puisque la loi ne prévoyait pas le financement de la thérapie pour les enfants autistes, la Cour suprême conclut que « *l'avantage recherché en l'espèce — le financement de tous les services médicalement requis — n'était donc pas prévu par la loi* »⁶⁷⁶.

[710] Comme l'énonce *Carter BCSC*, cet arrêt ne peut recevoir application en l'espèce. D'abord, le droit de recevoir des soins de fin de vie, y compris l'aide médicale à mourir est prévu à l'article 4 de la loi québécoise. Ainsi, toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir l'aide médicale à mourir sous réserve des exigences prévues à l'article 26.

[711] Ensuite et surtout, il importe de rappeler la raison d'être du « soin ultime » recherché par les demandeurs. Le législateur québécois prévoit le droit des personnes mourantes de recevoir l'aide médicale à mourir, d'abord afin d'alléger leurs souffrances, et non parce qu'elles sont mourantes. Contrairement à ce que soutient la procureure générale⁶⁷⁷, ce n'est pas la fin de vie mais plutôt la souffrance des personnes en fin de vie qui constitue le fondement même de l'aide médicale à mourir au sens de la loi québécoise. Sans souffrance, l'aide médicale à mourir n'est pas un soin.

[712] Tel que l'exprimait la ministre Hivon pour justifier le choix du mot « soin » dans la définition de l'aide médicale à mourir⁶⁷⁸, la personne malade ne demande pas cette aide « *pour mourir* », mais bien pour « *arrêter de souffrir* ». L'aide médicale à mourir, « *c'est une question de souffrance* »⁶⁷⁹ insupportable qu'on veut alléger par respect de la dignité humaine, et non une « *intervention* » visant le décès de la personne⁶⁸⁰ :

[...] à l'article 26 c'est très clair, les souffrances sont au cœur des critères, c'est au cœur de toute la logique. En Oregon, dans des États américains, ce n'est pas la souffrance, là, je le dis souvent, c'est d'être en fin de vie. Nous, c'est important d'avoir les deux. La souffrance, c'est fondamental, donc on le retrouve là [dans la

constituait pas en avantage prévu par la loi provinciale ou fédérale et que, par conséquent, aucune distinction fondée sur un motif énuméré ne pouvait être établie.

⁶⁷⁶ *Auton (Tutrice à l'instance de) c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [2004] 3 R.C.S. 657, par. 35.

⁶⁷⁷ Argumentation écrite de la procureure générale du Québec, par. 5.

⁶⁷⁸ Art. 3(6°) de la loi québécoise.

⁶⁷⁹ Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 21 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie (1)* », CSSS-61 page 42 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

⁶⁸⁰ Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 26 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie (3)* », CSSS-63 page 22-23 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

définition de l'aide médicale à mourir à l'art. 3] aussi, le soulagement de la souffrance.⁶⁸¹

[713] Enfin, les demandeurs ne réclament pas un élargissement de la loi québécoise par la création d'un avantage non prévu par cette loi. Ils exigent le même respect, la même reconnaissance de leur dignité et la même compassion, c'est-à-dire l'égalité réelle à l'égard des valeurs qui fondent l'aide médicale à mourir.

[714] Le Tribunal note que le législateur québécois ne semble pas indifférent à la discrimination possible selon le type de maladie, mais il n'aborde pas la question sous l'angle du critère de la fin de vie. Lors de l'étude du critère de la maladie grave et incurable, la ministre Hivon précisait que le cancer et les maladies dégénératives viennent à l'esprit lorsqu'on parle de ce critère, mais que celui-ci n'exclut pas d'autres conditions médicales, comme les maladies pulmonaires chroniques. D'ailleurs, on invoquait à ce propos la maladie de Mme Gladu à titre d'illustration⁶⁸². Cela semblait rassurer la ministre Hivon qu'« *il n'y aura pas de discrimination* » puisque « *c'est la maladie, c'est la qualification de la maladie grave et incurable, du déclin avancé et irréversible, des souffrances, qui vont faire en sorte qu'on va se qualifier* ». ⁶⁸³

[715] Or, M. Truchon et Mme Gladu satisfont à tous ces critères restrictifs sans pour autant être admissibles à l'aide médicale à mourir. En prévoyant le régime « *le plus strict* » et « *le plus balisé* »⁶⁸⁴ en matière d'aide médicale à mourir par la conjonction de la fin de vie et de la souffrance associée aux maladies graves et incurables ainsi qu'au déclin irréversible des capacités, la loi québécoise refuse l'« aide ultime » à des cas très précis où il n'y a pas d'arrimage entre les deux modèles. En effet, si dans la majorité des situations visées par la loi, la maladie grave et incurable, le déclin irréversible des capacités et les souffrances y associées font en sorte de placer le malade en fin de vie, il existe d'autres cas, comme ceux des demandeurs, où il n'y a pas de corrélation entre ces critères. Dès lors, le critère de la fin de vie prévaut et occulte la question de la souffrance.

[716] Compte tenu de ce qui précède, il y a en l'espèce discrimination par l'effet de la disposition contestée dans le contexte actuel, c'est-à-dire la période post-Carter. Le droit à l'autonomie reconnu par la Cour suprême dans cet arrêt n'est pas distinct de celui reconnu par la loi québécoise. La compétence constitutionnelle quant au domaine de

⁶⁸¹ *Id.*, CSSS-63 page 24.

⁶⁸² Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 2 décembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie (7)* », CSSS-67 page 20 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon) : « *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, dont notre collègue de Mille-Îles a parlé dans son allocution lors de l'adoption de principe.* »

⁶⁸³ *Id.*

⁶⁸⁴ Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats*, 1^{re} sess., 40^e légis., 22 et 24 octobre 2013, « Adoption du principe du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », p. 5037, 5039 et 5180 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

droit sur lesquels le fédéral et le Québec peuvent légiférer, criminel ou santé, ne saurait avoir aucun impact sur la nature et l'étendue de ce droit. Au contraire, le respect de la dignité humaine constitue le trait commun du raisonnement de la Cour suprême dans *Carter* et des travaux du législateur québécois. En limitant l'accès aux personnes mourantes à un soin respectueux de leur dignité et de leur autonomie, le critère de la fin de vie produit la même inégalité de traitement que l'exigence fédérale contestée, c'est-à-dire une inégalité dans la reconnaissance du droit à l'autonomie des personnes atteintes d'une maladie grave et incurable.

[717] Le fait que la loi québécoise ait été conçue « *spécifiquement sur la question des soins de fin de vie* » ne l'immunise pas contre ses effets discriminatoires. Victimes de stéréotypes et préjugés préexistants en raison de leur déficience physique, les demandeurs se voient refuser un soin conçu justement pour les situations exceptionnelles qui sont les leurs, hormis la fin de vie. De nouveau, ils se retrouvent à la fois protégés contre eux-mêmes en raison de la nature du soin et dévalorisés par une mesure législative qui affirme tenir compte de leurs caractéristiques propres sans véritablement le faire.

[718] Comme le Tribunal conclut que le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la loi provinciale viole le droit à l'égalité, il revient à la procureure générale du Québec de démontrer que la violation se justifie en vertu de l'article 1 de la *Charte*⁶⁸⁵.

[719] Elle soumet à ce chapitre que le critère de la fin de vie constitue un moyen rationnel, minimalement attentatoire et proportionné de poursuivre les objectifs de la loi québécoise⁶⁸⁶.

[720] Le Tribunal retient de la preuve que la genèse du projet de loi et les travaux précédant et entourant son adoption révèlent l'approche du législateur québécois. Ce dernier légifère à partir de la prémisse qu'il est inutile de souffrir, d'où la nécessité d'identifier les soins appropriés pour alléger les souffrances des personnes mourantes. L'objet de la loi énoncé à son article premier est éloquent en ce sens :

1. La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie 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.

De plus, la présente loi reconnaît la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

⁶⁸⁵ Personne ne conteste le caractère urgent et réel de l'objectif législatif de la disposition contestée. Il en va de même pour le lien rationnel entre le critère de la fin de vie et l'objectif législatif recherché.

⁶⁸⁶ Elle identifie encore une fois un objectif principal et deux objectifs accessoires. L'objectif principal serait d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie tandis que les objectifs accessoires seraient ne pas compromettre la prévention du suicide et ne pas dévaloriser la vie. Argumentation écrite de la procureure générale du Québec, par. 150 et 152.

[721] Le Tribunal situe également le critère de la fin de vie dans le cadre législatif prévalant au moment de l'adoption de la loi. Autrement dit, légiférer à propos de l'aide médicale à mourir à l'intérieur d'une loi destinée aux personnes en fin de vie permet au législateur québécois de définir l'aide à mourir comme un soin au même titre que des soins palliatifs par exemple⁶⁸⁷, sans défier l'application du *Code criminel* au Québec.

[722] La procureure générale met l'accent de nouveau sur le lien indissociable entre le critère de la fin de vie et le soin de l'aide médicale à mourir : « [...] *c'est en raison du fait que l'AMM se situe en fin de vie, et qu'elle s'inscrit dans le cadre des autres pratiques et décisions d'ordre médical rencontrées en fin de vie, que l'AMM peut être considérée comme un soin approprié et relever de l'exercice de la médecine* »⁶⁸⁸.

[723] Le Tribunal souligne qu'il s'agit des mêmes pratiques et décisions d'ordre médical mentionnées par la procureure générale qui ont permis également de conduire à la décriminalisation de l'aide médicale à mourir au Canada dans les dispositions du *Code criminel* sans que l'aide médicale à mourir soit considérée un soin.

[724] De plus, l'argument de la procureure générale minimise encore une fois, voire occulte, l'importance du critère de la souffrance dans l'objet de la loi. Au risque de se répéter, le Tribunal réitère que l'aide médicale à mourir n'est pas un soin parce qu'elle se situe en fin de vie, elle est un soin parce qu'elle soulage les souffrances des personnes en fin de vie.

[725] L'objet de la loi comprend donc deux volets : la fin de vie et la reconnaissance de la dignité et de l'autonomie. Le soin approprié, relié à la souffrance et à l'autonomie décisionnelle, ne se détermine pas par le critère de la fin de vie. Par conséquent, le Tribunal retient que l'un des objets de la loi est de reconnaître la dignité et le droit à l'autonomie des personnes en fin de la vie en assurant les soins appropriés.

[726] Il s'ensuit la question de déterminer si le critère de la fin de vie porte atteinte d'une manière minimale au droit à l'égalité des demandeurs.

[727] A l'instar du fédéral, le Québec prétend que sa loi constitue un régime réglementaire complexe et que, par conséquent le Tribunal doit lui accorder une grande déférence⁶⁸⁹.

[728] Tout en reconnaissant de nouveau le mérite du législateur pour l'adoption d'une loi avant-gardiste après un long processus de réflexion et débats, l'absence de motivation quant à son inaction à réagir aux enseignements de la Cour suprême dans *Carter* milite

⁶⁸⁷ L'aide médicale à mourir est le seul nouveau soin prévu par la loi québécoise, car les soins palliatifs y compris la sédation palliative continue existaient et étaient déjà dispensés au Québec. Voir Pièce PGQ-10 : QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1^{re} sess., 40^e légis., 27 et 28 novembre 2013, « Étude détaillée du projet de loi n° 52 – *Loi concernant les soins de fin de vie (4) et (5)* », CSSS-64 page 23 et CSSS-65 page 33 (ministre de la Santé et Services sociaux Hivon).

⁶⁸⁸ Défense de la procureure générale du Québec, par. 39.

⁶⁸⁹ Argumentation écrite de la procureure générale du Québec, par. 149.

contre une grande déférence. Vu sous cet angle, « [l']inertie ne peut servir d'argument pour justifier la déférence »⁶⁹⁰.

[729] Lorsque la Cour suprême invite en 2015 le Parlement et les législatures provinciales à « répondre, si elles choisissent de le faire, en adoptant une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans »⁶⁹¹ *Carter*, le Québec ne peut rester les bras croisés et ignorer la nouvelle réalité dans laquelle sa loi en matière d'aide médicale à mourir s'inscrit.

[730] Par son effet⁶⁹², le critère de la fin de vie ne reconnaît pas les besoins et la situation particulière des personnes comme les demandeurs. La disposition attaquée refuse aux personnes atteintes d'une maladie grave et incurable, dont les capacités sont en déclin avancé irréversible, qui éprouvent constamment des souffrances insupportables et intolérables, le droit à un soin leur permettant d'abrégier leurs souffrances. De plus, pour les motifs énoncés dans le cadre de l'analyse de la loi fédérale, les arguments de la procureure générale relatifs aux objectifs accessoires de la loi, à savoir la prévention du suicide et la préoccupation à l'égard du message social de dévalorisation de la vie, ne sauraient être retenus pour démontrer l'atteinte minimale ou le caractère proportionnel du moyen que le législateur québécois continue de préconiser pour réaliser l'objectif de la loi.

[731] Ainsi, le critère de la fin de vie ne porte pas le moins possible atteinte au droit à l'égalité des demandeurs et ne respecte pas la norme de la proportionnalité des effets car il empêche les demandeurs d'être reconnus par la loi « *comme des êtres humains égaux ou comme des membres égaux de la société canadienne [et québécoise], tous aussi capables, et méritant le même intérêt, le même respect et la même considération* »⁶⁹³.

[732] À la lumière de ce qui précède, le Tribunal conclut que le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* viole l'article 15 de la *Charte* et ne se justifie pas en vertu de l'article 1.

[733] Finalement et vu les commentaires exprimés sur la situation particulière de la loi provinciale, il n'apparaît pas nécessaire que le Tribunal examine la disposition contestée à la lumière de l'article 7.

Déclarations d'inconstitutionnalité des dispositions contestées

⁶⁹⁰ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, par. 97. Bien entendu, il ne s'agit pas en l'espèce d'une tergiversation qui dure depuis de nombreuses années ni d'une situation qui ne cesse de se détériorer. Cela dit, les souffrances éprouvées par les demandeurs au quotidien, ainsi que la perte du sens de leur vie dilatent le temps, lequel se poursuit jusqu'à leur admissibilité à l'aide médicale à mourir.

⁶⁹¹ *Carter*, par. 126.

⁶⁹² Une disposition peut être incompatible avec la *Charte* soit à cause de son objet soit à cause de son effet. Voir *R. c. Ferguson*, [2008] 1 R.C.S. 96, par. 59 citant *R. c. Big M Drug Mart Ltd.*, [1985] 1 R.C.S. 295 et *R. c. Edwards Books and Art Ltd.*, [1986] 2 R.C.S. 713.

⁶⁹³ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 51.

[734] Le Tribunal conclut que la disposition législative exigeant que la mort naturelle soit raisonnablement prévisible (al. 241(2)(d) du *Code criminel*) porte atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la *Charte* à M. Jean Truchon et à Mme Nicole Gladu, d'une manière non conforme aux principes de justice fondamentale. Il en va de même de leur droit à l'égalité garanti par l'article 15. Le Tribunal conclut de plus et que ces atteintes ne se justifient pas au regard de l'article 1 de la *Charte*.

[735] Le Tribunal conclut que la disposition exigeant que la personne soit en fin de vie (art. 26 al. 1(3) de la *Loi concernant les soins de fin de vie*) porte atteinte au droit à l'égalité que l'article 15 de la *Charte* garantit à M. Jean Truchon et à Mme Nicole Gladu et que cette atteinte ne se justifie pas au regard de l'article 1 de la *Charte*.

[736] En application du paragraphe 52(1) de la *Charte*, ces dispositions sont inopérantes et sans effet.

7. Les procureurs généraux peuvent-ils obtenir une suspension de la déclaration du caractère inopérant de ces dispositions et le cas échéant, les demandeurs peuvent-ils obtenir une exemption constitutionnelle?

[737] L'inconstitutionnalité des dispositions contestées entraîne l'application du premier paragraphe de l'article 52 de la *Loi constitutionnelle de 1982*⁶⁹⁴ :

52.(1) La Constitution du Canada est la loi suprême du Canada; elle rend inopérantes les dispositions incompatibles de toute autre règle de droit.

[738] Devant « *tout un éventail de réparations [...] possibles* »⁶⁹⁵, les remèdes exigés par les parties diffèrent notamment quant à l'opportunité de suspendre l'effet de la déclaration d'invalidité prononcée par le Tribunal.

[739] En effet, les demandeurs demandent au Tribunal : 1) une déclaration d'invalidité des dispositions contestées; 2) une déclaration d'admissibilité à l'aide médicale à mourir à leur égard; 3) l'exécution provisoire du jugement ou toute autre mesure permettant l'exécution du présent jugement à leur égard; 4) subsidiairement, une exemption constitutionnelle personnelle durant toute période de suspension des effets du jugement⁶⁹⁶.

[740] Les procureurs généraux demandent au Tribunal de suspendre la déclaration d'invalidité pendant une période de 12 mois afin de permettre aux législateurs fédéral et provincial de concevoir des lois qui respecteront les paramètres constitutionnels établis

⁶⁹⁴ Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.).

⁶⁹⁵ *R. c. Demers*, [2004] 2 R.C.S. 489, par. 56 citant *Schachter c. Canada*, [1992] 2 R.C.S. 679. Dans *Schachter*, la Cour suprême énonce que « [s]elon les circonstances, un tribunal peut simplement annuler une disposition, il peut l'annuler et suspendre temporairement l'effet de la déclaration d'invalidité ou il peut appliquer les techniques d'interprétation atténuée ou d'interprétation large ».

⁶⁹⁶ Demande introductive d'instance, par. 252, 253 et 262; Plan de plaidoirie des demandeurs, p. 137; Réplique des demandeurs, par. 365, 366 et 376.

par le Tribunal dans ce dossier⁶⁹⁷. De plus, ils s'opposent à la demande d'exemption constitutionnelle des demandeurs qui devraient attendre les mesures législatives d'un nouveau régime pour établir leur admissibilité à l'aide médicale à mourir.

[741] Pour les motifs qui suivent le Tribunal suspend l'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle pour une période de six mois et accorde aux demandeurs une exemption constitutionnelle durant cette période.

[742] Dans l'arrêt *Schachter*⁶⁹⁸, le juge en chef Lamer énumère les cas où la suspension temporaire de l'effet de la déclaration d'invalidité se montre appropriée, à savoir « *lorsque l'annulation [immédiate] de la disposition inconstitutionnelle présente un danger pour le public [...] ou porte atteinte à la primauté du droit* », ou encore, lorsque l'annulation immédiate retirerait des bénéfiques aux personnes admissibles sans les fournir à celles qui en font la demande. Dans ce dernier cas, la suspension permet au gouvernement « *de décider s'il doit annuler ou étendre les bénéfiques* ». Le juge en chef Lamer ajoute que c'est l'effet de la déclaration d'invalidité sur le public, et non les « *considérations ayant trait au rôle des tribunaux et des législateurs* »⁶⁹⁹, qui devient déterminant sur la question de la suspension.

[743] La jurisprudence a toutefois évolué depuis cet arrêt et la suspension d'une déclaration d'invalidité semble être devenue un autre volet de la théorie du dialogue⁷⁰⁰, permettant aux tribunaux de reconnaître le rôle du législateur en matière de politique sociale en lui accordant l'opportunité de modifier sa loi avant qu'elle ne devienne nulle et sans effet⁷⁰¹.

[744] Vu les circonstances particulières au présent débat, le Tribunal accordera une période de suspension de la déclaration d'invalidité aux deux législateurs d'une durée de 6 mois. Puisque le législateur fédéral a choisi d'adopter un régime législatif calqué dans son essence sur les paramètres énoncés par la Cour suprême en y ajoutant l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, l'inconstitutionnalité de celle-ci ramène l'état du droit à ce qu'il était au Canada à la suite de l'arrêt *Carter* et ne crée donc pas un vide juridique. De plus, un débat législatif complet a eu lieu, tant au niveau fédéral que provincial, de sorte que les possibles éléments de réponse devraient être facilement identifiables. Enfin, cette période de suspension permettra une concertation du Parlement et de la législature afin d'éviter de perpétuer les incongruités actuelles en matière d'aide médicale à mourir au Québec.

⁶⁹⁷ Plan d'argumentation du procureur général du Canada par. 212 et suiv.; Argumentation écrite de la procureure générale du Québec, par. 155.

⁶⁹⁸ *Schachter c. Canada*, [1992] 2 R.C.S. 679, 715-716.

⁶⁹⁹ *Id.*, 717.

⁷⁰⁰ Peter W. HOGG, *Constitutional Law of Canada*, 5^e éd., vol. 2, Toronto, Thomson Reuters, 2007, feuilles mobiles, à jour en 2015, par. 36.5(c), p. 36-18.1 : « *[The] dialogue rationale has supplanted the emergency rationale as a sufficient basis for the suspension of a declaration of invalidity. The new rationale is simply that, in many cases where the Court has found a law to be unconstitutional, the Court would prefer the legislature to design the appropriate remedy* ».

⁷⁰¹ Kent ROACH, *Constitutional Remedies in Canada*, 2^e éd., Toronto, Thomson Reuters, 1994, feuilles mobiles, à jour en avril 2013, par. 14.1530.

[745] Il s'ensuit la question de l'exemption constitutionnelle demandée par M. Truchon et Mme Gladu.

[746] Le Tribunal rejette la « lecture mécanique »⁷⁰² de l'arrêt *Demers*⁷⁰³ faite par le procureur général du Canada, selon laquelle une réparation fondée sur le paragraphe 24(1) de la *Charte* ne peut être octroyée par les tribunaux pendant la période de suspension de la déclaration d'invalidité. En l'espèce, comme dans *Carter BCSC*⁷⁰⁴, il s'agit d'un cas exceptionnel « où la réparation additionnelle fondée sur le par. 24(1) est nécessaire pour accorder une réparation efficace »⁷⁰⁵ aux demandeurs pendant la période de suspension :

Another area where constitutional exemptions could be justified is where they are used as a temporary remedy to exempt a successful *Charter* applicant or others similarly situated from a suspended declaration of invalidity. Such exemptions could be used to prevent irreparable harm during the period of a suspended declaration of invalidity. The use of such exemptions as a temporary remedy during this time would not run afoul of the court's concern in *Ferguson* about creating permanent uncertainty in laws. It would also not evade the courts' obligation to strike down unconstitutional laws under s. 52(1).⁷⁰⁶

[747] Pour reprendre les mots de la Cour suprême lors de la prorogation de la suspension dans l'affaire *Carter*, le Tribunal ne voit pas « la nécessité de prolonger injustement la souffrance »⁷⁰⁷ des demandeurs et de maintenir la violation de leurs droits fondamentaux garantis par la *Charte*. Cela dit, le Tribunal ne peut déclarer les demandeurs admissibles à l'aide médicale à mourir puisque leur situation personnelle n'est pas cristallisée dans le temps et peut évidemment avoir évolué depuis l'instruction. Leur aptitude à consentir, leur souffrance et leur condition médicale devront faire l'objet d'une nouvelle évaluation afin de déterminer s'ils peuvent s'en prévaloir selon les exigences législatives en vigueur, à l'exception de la mort naturelle raisonnablement prévisible et de la fin de vie.

VARIA

1. Les objections

[748] Dans le cadre du dossier, deux objections principales subsistent. La première concerne l'admissibilité en preuve de trois rapports d'experts du procureur général du Canada, soit ceux des Drs Kim, Gaind et Quill.

⁷⁰² *Id.*, à jour en décembre 2016, par. 14.940.

⁷⁰³ *R. c. Demers*, [2004] 2 R.C.S. 489, par. 62.

⁷⁰⁴ *Carter BCSC*, par. 1411.

⁷⁰⁵ *R. c. Ferguson*, [2008] 1 R.C.S. 96, par. 63 citant *R. c. Demers*, [2004] 2 R.C.S. 489

⁷⁰⁶ Kent ROACH, *Constitutional Remedies in Canada*, 2^e éd., Toronto, Thomson Reuters, 1994, feuilles mobiles, à jour en décembre 2015, par. 14.910.

⁷⁰⁷ *Carter c. Canada (Procureur Général)*, [2016] 1 R.C.S. 13, par. 6.

[749] Dans un jugement de gestion de l'instance rendu le 1^{er} février 2018⁷⁰⁸, le Tribunal limite à 7 le nombre d'expertises que le procureur général du Canada pouvait déposer parmi les 13 initialement annoncées.

[750] En juillet 2018, les demandeurs communiquent leurs expertises aux parties et à la cour. En septembre 2018, avant la mise en état du dossier, le procureur général dépose une demande pour permission de produire ces 3 expertises additionnelles, afin principalement de répondre aux « *questions nouvelles soulevées par les demandeurs* »⁷⁰⁹ afin que le Tribunal puisse bénéficier d'une preuve complète.

[751] Après discussions avec les parties, le Tribunal convient que la décision de les accepter soit déferée au fond. A l'audience, les demandeurs ont avisé le Tribunal qu'ils ne s'opposaient plus à la production de l'expertise du Dr Quill. Reste donc à trancher l'admissibilité en preuve des expertises des Drs Kim et Gaind dont le Tribunal a eu l'occasion d'apprécier les témoignages. Le présent jugement en fait d'ailleurs état.

[752] Comme le plaide à juste titre le procureur général, le jugement du Tribunal qui fixait le nombre d'expertises autorisées constituait avant tout une mesure de gestion visant à assurer notamment, le respect du principe de proportionnalité prévu au *Code de procédure civile*⁷¹⁰. En vertu de ce même Code, les mesures de gestion peuvent être révisées par le Tribunal et doivent être considérées avec flexibilité en fonction des particularités et de l'évolution propre à chaque dossier⁷¹¹.

[753] Dans ce contexte, les rapports des Drs Kim et Gaind s'avèrent pertinents sur plusieurs aspects du dossier, comme par exemple, en ce qui a trait à la réalité sociale dans les juridictions étrangères, ou quant aux patients qui présentent une condition psychiatrique ou encore celle relative à la prévention du suicide.

[754] Vu ce qui précède, le Tribunal rejette l'objection et permet leur production en preuve.

[755] La seconde objection concerne le dépôt par les demandeurs du dernier rapport de la Commission sur les soins de fin de vie⁷¹², après la mise en délibéré du présent dossier. Les parties ont fait valoir leurs positions respectives à ce propos par écrit au Tribunal⁷¹³.

[756] Le document en question contient essentiellement des données statistiques à jour au Québec ainsi que les observations de la Commission dont le rôle en vertu de la loi⁷¹⁴, est justement de colliger les données recueillies et de les commenter. Les précédents

⁷⁰⁸ *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2018 QCCS 317.

⁷⁰⁹ Demande du procureur général du Canada pour permission de produire des expertises additionnelles en date du 6 septembre 2018.

⁷¹⁰ RLRQ, c. C-25.01.

⁷¹¹ Voir notamment, *Attorney General of Canada c. 555 Carrière Holdings Inc./Gestion 555 Carrière inc.*, 2017 QCCS 1841 et *Pop c. Boulanger*, 2017 QCCA 1009.

⁷¹² Pièce P-38 : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du décembre 2015 au 31 mars 2018*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019.

⁷¹³ Lettre des demandeurs, 2 mai 2019; Lettre des procureurs généraux, 8 mai 2019; Lettre des intervenants Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la dignité, 7 mai 2019.

⁷¹⁴ Art. 42 et 44 de loi québécoise.

rapports de la Commission ont tous été produits en preuve du consentement des parties. Le Tribunal considère que le dernier rapport de la Commission est pertinent au présent litige. L'objection est rejetée et la production en preuve est permise.

2. Les frais de justice

[757] Les demandeurs demandent à ce que le présent dossier soit accueilli avec frais.

[758] Le Tribunal y fera droit.

3. Version anglaise du jugement

[759] Vu l'incidence possible du présent jugement au pays, une version en langue anglaise suivra.

LES CONCLUSIONS

[760] Le Tribunal a été un témoin privilégié de l'important débat de société qui s'est déroulé devant lui. Il désire en premier lieu remercier sincèrement les avocates et avocats qui ont su, malgré des contraintes de temps importantes, respecter l'échéancier et présenter leur preuve et leurs arguments avec compétence et clarté. Il importe aussi de souligner la courtoisie dont ils ont fait preuve tant entre eux qu'envers le Tribunal tout au long des débats.

[761] Le Tribunal n'a que des éloges à faire au sujet de la qualité des témoins experts qui sont venus l'instruire et qui ont activement contribué à approfondir le débat. Tous et chacun méritent d'être salués pour la qualité du travail qu'ils accomplissent dans leurs sphères de compétence respectives. Le Tribunal salue particulièrement les experts qui accompagnent et travaillent directement auprès des personnes malades ou vulnérables pour leur engagement, leur dévouement et leur compassion.

[762] Finalement, ce débat de société n'aurait pu exister sans le courage et la détermination de deux individus d'exception, M. Jean Truchon et Mme Nicole Gladu qui ont porté cette cause sur leurs épaules. Le Tribunal restera à jamais marqué par leur témoignage et tient à leur transmettre son plus profond respect.

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

[763] **ACCUEILLE** en partie la présente demande;

[764] **DÉCLARE** que l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* contrevient à l'article 7 de la *Charte canadienne* parce que non conforme aux principes de justice fondamentale et ne peut se justifier sous l'article 1 de la *Charte canadienne*;

[765] **DÉCLARE** que l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* et le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, contreviennent à l'article 15 de la *Charte canadienne* et ne peuvent se justifier sous l'article 1 de la *Charte canadienne*;

[766] **DÉCLARE** inopérants l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* et le paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*;

[767] **SUSPEND** la déclaration du caractère inopérant de l'alinéa 241.2(2)d) du *Code criminel* et du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, durant une période de six mois à compter du présent jugement;

[768] **ACCORDE** une exemption constitutionnelle à M. Jean Truchon et à Mme Nicole Gladu quant au caractère inopérant durant toute la période d'exemption constitutionnelle accordée aux législateurs;

[769] **DÉCLARE** exécutoire nonobstant appel le paragraphe 768 du présent jugement;

[770] **LE TOUT** avec les frais de justice.

CHRISTINE BAUDOIN, J.C.S.

Me Jean-Pierre Ménard
Me Jean-François Leroux
Me Céleste Perreault-Lévesque
MÉNARD, MARTIN AVOCATS
Avocats des demandeurs

Me David Lucas
Me Sarom Bahk
Me Lindy Rouillard-Labbé
Me Geneviève Bourbonnais
MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA
Avocats du procureur général du Canada

Me Mario Normandin
BERNARD, ROY (JUSTICE-QUÉBEC)
Avocats de la procureure générale du Québec

Me Sean Griffin
Me Véronique Roy
Me Laurence Angers-Routhier
Me Raphaëlle Alimi-Lacroix
Me Xin Jia Wang
Me Sarah Zorko
LANGLOIS AVOCATS
Avocats des intervenants L'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et Dying with Dignity Canada

Me Michel Racicot
MICHEL RACICOT AVOCAT
Avocat des intervenants Collectif des médecins contre l'euthanasie et Vivre dans la dignité

Me Nicolas M. Rouleau

NICOLAS M. ROULEAU

Avocat des intervenants L'Association canadienne pour l'intégration communautaire et le Conseil des Canadiens avec déficiences

Me Robert E. Reynolds

ROBERT E. REYNOLDS AVOCATS

Avocat des intervenants Alliance des Chrétiens en droit et Christian Legal Fellowship

Dates d'audience : 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 28, 29, 30 et 31 janvier 2019

-et-

1^{er}, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27 et 28 février 2019.

ANNEXE

Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46, art. 241.1-241.4

Aide médicale à mourir

Définitions

241.1 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article et aux articles 241.2 à 241.4.

aide médicale à mourir Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort;
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort. (*medical assistance in dying*)

infirmier praticien Infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut de façon autonome, à titre d'infirmier praticien ou sous toute autre appellation équivalente, poser des diagnostics, demander et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des substances et traiter des patients. (*nurse practitioner*)

médecin Personne autorisée par le droit d'une province à exercer la médecine. (*medical practitioner*)

pharmacien Personne autorisée par le droit d'une province à exercer la profession de pharmacien. (*pharmacist*)

Critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir

241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;

500-17-099119-177

e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

Problèmes de santé graves et irrémédiables

(2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;

b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Mesures de sauvegarde

(3) Avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin ou l'infirmier praticien doit, à la fois :

a) être d'avis que la personne qui a fait la demande d'aide médicale à mourir remplit tous les critères prévus au paragraphe (1);

b) s'assurer que la demande :

(i) a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou le tiers visé au paragraphe (4),

(ii) a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;

c) être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par le tiers visé au paragraphe (4) devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour;

d) s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

e) s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères prévus au paragraphe (1) a été obtenu;

500-17-099119-177

f) être convaincu que lui et l'autre médecin ou infirmier praticien visé à l'alinéa e) sont indépendants;

g) s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si lui et le médecin ou l'infirmier praticien visé à l'alinéa e) jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;

h) immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir;

i) si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.

Incapacité de signer

(4) Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

Témoins indépendants

(5) Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

a) elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;

b) elle est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;

c) elle participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande;

d) elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Indépendance des médecins et infirmiers praticiens

500-17-099119-177

(6) Pour être indépendant, ni le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir ni celui qui donne l'avis visé à l'alinéa (3)e ne peut :

a) conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;

b) savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;

c) savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

Connaissance, soins et habileté raisonnables

(7) L'aide médicale à mourir est fournie avec la connaissance, les soins et l'habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables.

Avis au pharmacien

(8) Le médecin ou l'infirmier praticien qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir, prescrit ou obtient une substance à cette fin doit, avant que la substance ne soit délivrée, informer le pharmacien qui la délivre qu'elle est destinée à cette fin.

Précision

(9) Il est entendu que le présent article n'a pas pour effet d'obliger quiconque à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir.

Non-respect des mesures de sauvegarde

241.3 Le médecin ou l'infirmier praticien qui, dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir, omet sciemment de respecter toutes les exigences prévues aux alinéas 241.2(3)b) à i) et au paragraphe 241.2(8) commet une infraction et encourt, sur déclaration de culpabilité :

a) par mise en accusation, un emprisonnement maximal de cinq ans;

b) par procédure sommaire, un emprisonnement maximal de dix-huit mois.

Renseignements à fournir — médecin ou infirmier praticien

241.31 (1) Sous réserve d'une exemption accordée au titre des règlements pris en vertu du paragraphe (3), le médecin ou l'infirmier praticien qui reçoit une demande écrite d'aide médicale à mourir doit, en conformité avec ces règlements, fournir les renseignements qui y sont exigés à la personne qui y est désignée à titre de destinataire.

Renseignements à fournir — pharmacien

500-17-099119-177

(2) Sous réserve d'une exemption accordée au titre des règlements pris en vertu du paragraphe (3), le pharmacien qui délivre une substance dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir doit, en conformité avec ces règlements, fournir les renseignements qui y sont exigés à la personne qui y est désignée à titre de destinataire.

Règlements

(3) Le ministre de la Santé prend des règlements qu'il estime nécessaires :

a) pour régir, aux fins de surveillance de l'aide médicale à mourir, la fourniture et la collecte de renseignements relatifs aux demandes d'aide médicale à mourir ou à la prestation de celle-ci, notamment :

(i) les renseignements qui doivent, à différentes étapes, être fournis par les médecins ou les infirmiers praticiens et les pharmaciens, ou par toute catégorie de ceux-ci,

(ii) les modalités, de temps ou autres, selon lesquelles ces renseignements doivent être fournis,

(iii) la désignation d'une personne à titre de destinataire des renseignements,

(iv) la collecte de renseignements provenant des coroners et des médecins légistes;

b) pour régir l'utilisation de ces renseignements, notamment leur analyse et leur interprétation, leur protection, leur publication et autre communication;

c) pour régir la destruction de ces renseignements;

d) pour soustraire, aux conditions précisées, toute catégorie de personnes aux obligations prévues aux paragraphes (1) ou (2).

Lignes directrices — certificat de décès

(3.1) Le ministre de la Santé, après consultation des représentants des provinces responsables de la santé, établit des lignes directrices sur les renseignements qu'il faut inclure dans le certificat de décès des personnes ayant eu recours à l'aide médicale à mourir, lesquelles lignes directrices peuvent notamment prévoir la manière de préciser clairement que l'aide médicale à mourir est le mode de décès et d'indiquer clairement la maladie, l'affection ou le handicap qui ont poussé la personne à y avoir recours.

Infraction et peine

(4) Le médecin ou l'infirmier praticien qui omet sciemment de se conformer au paragraphe (1) ou le pharmacien qui omet sciemment de se conformer au paragraphe (2) commet une infraction et est coupable :

a) soit d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de deux ans;

500-17-099119-177

b) soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

Infraction et peine

(5) Toute personne qui contrevient sciemment aux règlements pris en vertu du paragraphe (3) commet une infraction et est coupable :

a) soit d'un acte criminel passible d'un emprisonnement maximal de deux ans;

b) soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire.

Commission d'un faux

241.4 (1) Commet une infraction quiconque commet un faux relatif à une demande d'aide médicale à mourir.

Destruction d'un document

(2) Commet une infraction quiconque détruit un document relatif à une demande d'aide médicale à mourir avec l'intention d'entraver, selon le cas :

a) l'accès d'une personne à l'aide médicale à mourir;

b) l'évaluation légitime d'une demande d'aide médicale à mourir;

c) l'invocation par une personne de l'exemption prévue à l'un des paragraphes 227(1) ou (2), 241(2) à (5) ou 245(2);

d) la fourniture de renseignements par une personne en application de l'article 241.31.

Peine

(3) Quiconque commet l'infraction prévue aux paragraphes (1) ou (2) encourt, sur déclaration de culpabilité :

a) par mise en accusation, un emprisonnement maximal de cinq ans;

b) par procédure sommaire, un emprisonnement maximal de dix-huit mois.

Définition de *document*

(4) Au paragraphe (2), *document* s'entend au sens de l'article 321.

500-17-099119-177

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001, art. 26-32

AIDE MÉDICALE À MOURIR

26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir:

- 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;
- 3° elle est en fin de vie;
- 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci.

27. Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 26 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

28. Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.

29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit:

500-17-099119-177

1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment:

- a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;
 - b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
 - c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;
 - d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
 - e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- 2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- 3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.

30. Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 29, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès.

Si le médecin conclut toutefois qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision.

31. Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'établissement ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur général de l'établissement, ou la personne qu'il a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.

Si le médecin à qui la demande est formulée exerce sa profession dans un cabinet privé de professionnel et qu'il ne fournit pas l'aide médicale à mourir, il doit, le plus tôt possible,

500-17-099119-177

en aviser le directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) qui dessert le territoire où est située la résidence de la personne qui a formulé la demande, ou en aviser la personne qu'il a désignée. Le médecin lui transmet, le cas échéant, le formulaire qui lui a été remis et les démarches visées au premier alinéa sont alors entreprises.

Dans le cas où aucune instance locale ne dessert le territoire où est située la résidence de la personne, l'avis mentionné au deuxième alinéa est transmis au directeur général de l'établissement exploitant un centre local de services communautaires sur ce territoire ou à la personne qu'il a désignée.

32. Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne tout renseignement ou document en lien avec la demande d'aide médicale à mourir, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

Doit également être inscrite au dossier de la personne sa décision de retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou de reporter son administration.

* * * * *