

**L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU QUÉBEC :
UN PROGRÈS LÉGISLATIF CONTROVERSÉ**

PAR : ME DENISE BOULET, B. ED., LL. B., LL.M.

INTRODUCTION

**PARTIE 1: LA SITUATION AU QUÉBEC À COMPTER DU MOIS DE
DÉCEMBRE 2015**

- A. Conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir**
- B. Personnes qui n'auront pas accès à ce soin**

PARTIE 2 : L'EFFET *CARTER* ET LA *LOI SUR LES SOINS DE FIN DE VIE*

- A. Aide au suicide**
- B. Compétence provinciale en matière de santé**
- C. Caractère sacré de la vie**

PARTIE 3 : L'AVENIR DE LA CONTROVERSE JURIDIQUE

- A. Droits fondamentaux**
 - 1. Droit à la vie**
 - 2. Droit à la liberté et à la sécurité**
 - 3. Droit à l'autodétermination**
- B. Principes fondamentaux divergents**
 - 1. Le droit de vivre (ou de mourir) dans la dignité**
 - 2. Le droit à l'égalité**
 - 3. Protection des personnes vulnérables dans une société libre et démocratique**

CONCLUSION

INTRODUCTION

Depuis le combat mené par Sue Rodriguez, à qui, par une faible majorité, la Cour suprême a refusé il y a 21 ans la reconnaissance du droit de recevoir de l'aide au suicide¹, en maintenant l'interdiction générale prévue à l'article 241 b) du *Code criminel*², les opinions et les valeurs de la société ont changé. La jurisprudence et le droit ont aussi évolué vers de nouveaux principes de justice fondamentale et d'équité sociale. La *Loi concernant les soins de fin de vie* est une des manifestations de cette évolution de même que la décision rendue le 6 février 2015 par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général)*³ portant à nouveau sur les dispositions du *Code criminel* interdisant l'aide au suicide.

Dans son arrêt, la Cour suprême a déclaré 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. »*⁴

La prise d'effet de la déclaration d'invalidité est suspendue pendant 12 mois, soit jusqu'au 5 février 2016, pour permettre 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 motifs de la décision. Or, avant cette décision, le législateur du Québec avait adopté le 5 juin 2014, la *Loi concernant les soins de fin de vie*⁵. Sanctionnée le 10 juin 2014, elle entrera en vigueur le 15 décembre 2015. Jusqu'à cette date, les personnes revendiquant l'aide médicale à mourir pourront fort probablement se voir opposer un refus de la part des personnes disposées à la donner, par crainte notamment des conséquences pénales.

Toutefois, quel sera l'état du droit à compter du 15 décembre 2015 et par la suite? Au moment d'écrire ces lignes, il est tout à fait impossible d'entrevoir la position

¹ *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519

² *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46.

³ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII).

⁴ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 127.

⁵ Ci-après de temps à autres : la « Loi 52 ».

qu'adoptera le Parlement. Il pourrait réécrire de nouveaux articles dans le *Code criminel* pour maintenir l'interdiction de l'aide au suicide puisqu'il est présentement clair que cette prohibition constitue un exercice valide de la compétence en matière de droit criminel conférée au gouvernement fédéral par le paragraphe 91(27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*.

S'il choisissait de légiférer, le Parlement devrait corriger le caractère excessif et disproportionné des dispositions invalidées afin qu'elles n'imposent pas aux personnes touchées un fardeau tel qu'il violerait leur droit à la liberté et à la sécurité. Ce faisant, le Parlement devrait, selon les règles établies par la Cour suprême, se limiter à ce qui est raisonnablement nécessaire pour atteindre ses objectifs législatifs. Si ces derniers sont de protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs, le régime adopté devrait comporter des garanties adéquatement conçues et surveillées pour que, dans les faits, ces personnes soient protégées sans qu'une telle protection se fasse au prix de la violation des droits des personnes qui ne sont pas vulnérables.

Si le Parlement déposait un projet de loi, il n'est pas exclu qu'il ne puisse franchir les étapes de l'adoption, vu qu'il s'agit d'un sujet sensible qui soulève des valeurs personnelles et comporte une part importante d'émotivité. Le Parlement pourrait aussi choisir de ne pas légiférer. Dans ces deux cas, la situation serait analogue à celle qui a suivi l'arrêt majoritaire (cinq opinions contre deux), de la Cour suprême du Canada rendu le 28 janvier 1988 concernant l'avortement et statuant que l'article 287 (alors 251) du *Code criminel* portait une atteinte injustifiée au droit de la femme enceinte « à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne » garanti par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*⁶ et qu'il était donc nul et non avenu⁷. Suite à cet arrêt, divers projets d'initiative parlementaire visant à restreindre la possibilité d'obtenir un avortement ont été déposés tant au cours de la trente-quatrième que de la trente-cinquième Législature, mais aucun n'a franchi l'étape de la deuxième lecture. Depuis, l'avortement, initialement criminel, a été décriminalisé jusqu'à ce qu'aujourd'hui, en moins de trois décennies, il soit revendiqué comme étant un droit pour les femmes⁸.

Pour l'instant, nous sommes au cœur d'une évolution juridique profonde et fondamentale puisqu'elle touche les droits individuels enchâssés dans notre constitution.

⁶ *Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U)*, 1982, c. 11. Ci après dans le texte la « *Charte* ».

⁷ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 S.C.R. 30.

⁸ Qualifié ainsi par plusieurs dont le premier ministre du Québec, Philippe Couillard et Françoise David, députée de Québec solidaire dans : Martine BIRON, « *L'accès à l'avortement menacé? Barrette le nie* », 25 mars 2015, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/03/25/001-limitation-access-avortement-projet-loi-20-barrette-collectif.shtml>>.

Notre législateur devrait-il faire une nouvelle réflexion et revisiter la *Loi concernant les soins de fin de vie* pour tenir compte de cette évolution? Celle-ci a généré un travail collectif soutenu et sans précédent qui s’est prolongé sur plusieurs années⁹. Elle a été pilotée par trois gouvernements distincts ayant des convictions parfois incompatibles, sinon diamétralement opposées. Elle a résisté à la partisanerie, ce qui, en soi, est un exploit incontestable en démocratie. Pendant les travaux ayant mené à son adoption, plusieurs intervenants devant la Commission ont réclamé une plus grande ouverture pour l’accessibilité à l’aide médicale à mourir. D’autre part, dès l’adoption de la loi, ses opposants ont clairement annoncé leurs intentions d’utiliser toutes les voies légales disponibles pour la contester devant les tribunaux.

Aujourd’hui, à la lumière de l’affaire Carter, la *Loi concernant les soins de fin de vie* est-elle trop permissive ou trop restrictive ? La situation juridique est-elle plus claire maintenant grâce à cette décision ? Bien qu’elle n’était pas spécifiquement saisie de la validité de la *Loi sur les soins de fin de vie* ni de la question de l’aide médicale à mourir, mais plutôt des dispositions du *Code criminel* interdisant le suicide assisté, la Cour suprême a-t-elle mis fin à la controverse juridique que soulevait ces questions et tué dans l’œuf les arguments de ceux qui s’y opposent? Au contraire, a-t-elle donné raison aux tenants de la thèse plus libérale et ces derniers devraient-ils poursuivre leurs travaux pour que cette pratique soit encore plus élargie ? Les tribunaux auront-ils encore des arguments à trancher au sujet de la *Loi concernant les soins de fin de vie* ?

Dans les pages qui suivent, nous nous pencherons sur les principales questions juridiques que soulève encore le sujet de l’aide médicale à mourir afin d’exposer les zones où, à notre avis, la controverse risque encore de surgir.

PARTIE 1: La situation au Québec à compter du mois de décembre 2015

A. Les conditions pour obtenir l’aide médicale à mourir

⁹ Le 4 décembre 2009, l’Assemblée nationale du Québec a créé une Commission spéciale dont le mandat était d’étudier les questions relatives au droit de mourir dans la dignité. Cette Commission spéciale a, entre autres, mené une consultation publique auprès des québécois, qui a pris fin le 22 mars 2011. Un an plus tard, soit le 22 mars 2012, le rapport de la Commission spéciale, intitulé *Mourir dans la dignité*, qui contenait 24 recommandations, a été déposé. Puis, un groupe de juristes experts a été appelé à rédiger un rapport sur l’application de ces recommandations, d’un point de vue juridique, qui a été déposé le 15 janvier 2013. Des consultations particulières se sont également tenues du 17 septembre au 10 octobre 2013, et l’étude détaillée du projet de loi s’est tenue du 21 novembre 2013 au 16 janvier 2014. Finalement, le 5 juin 2014, la *Loi concernant les soins de fin de vie* a été adoptée, et elle a été sanctionnée le 10 juin 2014.

Sans entrer dans les détails, qui seront couverts par d'autres auteurs, précisons sommairement les paramètres légaux qui doivent obligatoirement être rencontrés pour pouvoir revendiquer ce soin. La loi prescrit les conditions qui permettront à une personne d'obtenir l'aide médicale à mourir de même que les exigences qui doivent préalablement être respectées avant qu'un médecin ne puisse l'administrer. Ainsi, la personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes pourra 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 insupportable et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. »¹⁰*

Ces conditions sont cumulatives et doivent être constatées par le médecin qui administrera l'aide médicale à mourir qui aura vérifié que la demande est libre et éclairée. Ce médecin aura aussi obtenu l'avis écrit d'un second médecin indépendant qui confirmera notamment que les conditions énoncées ci-dessus ont été respectées.

B. Les personnes qui n'auront pas accès à ce soin

Dans son rapport publié en mars 2012, la Commission spéciale sur le droit de mourir dans la dignité avait exprimé qu'elle n'était pas favorable à l'accès pour tous de l'aide médicale à mourir en ces termes :

« Les critères que nous proposons pour l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir ont pour conséquence l'exclusion de certaines catégories de personnes. Ainsi, les personnes lourdement handicapées à la suite d'un accident ne pourraient voir leur demande acceptée. De plus, une personne souffrant d'une démence causée par une maladie dégénérative de cerveau ne pourrait pas faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir. »¹¹

¹⁰ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 26.

¹¹ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, Rapport final, mars 2012, pages 93 et 94 en ligne : <http://www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca/documents/rapport_mourir-dans-la-dignite.pdf>.

Le Collège des médecins avait exclu les notions de maladies dégénératives ou d'euthanasie préventive où, par exemple, une personne ayant reçu un diagnostic de maladie dégénérative qui réclamerait une aide au suicide sans être en phase finale, ou un quadraplégique qui estimerait que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue¹². Dans son souci de protéger sa loi contre les attaques prévisibles, le législateur a refusé d'accorder une ouverture plus grande pour que les personnes qui ne sont pas atteintes d'une maladie grave et incurable ni en fin de vie puissent demander l'aide à mourir. Il a également refusé que cette demande puisse se faire de manière anticipée¹³, fermant ainsi l'accès pour toutes les personnes atteintes de maladies dégénératives qui auront un impact éventuel sur leur aptitude, et ce, même si la directive anticipée est rédigée alors qu'elles sont tout à fait aptes et en mesure de donner un consentement libre et éclairé à une éventuelle aide médicale à mourir. Il a enfin refusé qu'une telle aide puisse être donnée au mineur, ou à la personne majeure inapte à consentir à ses soins, et ce, même si la personne autorisée à consentir pour lui ou le représentant légal y consentait¹⁴.

Précisons toutefois que lors de l'étude détaillée du projet de loi, il a été énoncé clairement que l'inaptitude visée par la loi était celle relative au consentement aux soins de sorte qu'une personne sous tutelle ou sous mandat de protection qui est apte à consentir à ses soins, selon les critères reconnus par la jurisprudence, pourrait recevoir de l'aide médicale à mourir.¹⁵ Ainsi, la personne doit être majeure, apte à consentir à ses soins, en fin de vie, souffrante et seul un médecin pourra procéder.

PARTIE 2 : L'effet *Carter* et la *Loi sur les soins de fin de vie*

A. Aide au suicide

Dans un jugement unanime qui renversait l'arrêt rendu 21 ans plus tôt dans l'affaire *Rodriguez*, la Cour suprême a déclaré inopérant l'article 241b) du *Code criminel* aux termes duquel quiconque aide ou encourage une personne à se donner la mort est coupable d'un acte criminel. La même conclusion a été rendue quant à l'article 14 qui édicte que nul

¹² COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La médecine, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*, 16 octobre 2009.

¹³ Le Barreau du Québec avait pourtant pris la position que si le majeur inapte avait émis ses volontés claires, ces dernières devraient être respectées par son représentant qui serait justifié d'entreprendre les démarches pour leur mise en œuvre. BARREAU DU QUÉBEC, « *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes* », Rapport, Québec, septembre 2010, en ligne : <<http://www.barreau.qc.ca/actualites-medias/communiqués/2010/20100930-soins-fin-vie.html>>, p. 122. Cette position n'a pas été retenue par le législateur : GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Débats parlementaires*, Le mardi 18 février 2014-vol. 43 No 108.

¹⁴ Cette position est conforme à celle prise par le Barreau du Québec qui était d'avis que le représentant du majeur inapte ne pourrait pas solliciter pour lui l'euthanasie. Il a pris la même position pour le mineur de moins de 14 ans qui ne pourrait pas mourir plus rapidement et ce, même si le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur demandait une assistance médicale à cette fin (p. 124). BARREAU DU QUÉBEC, « *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes* », Rapport, Québec, septembre 2010, p. 122 et 124, en ligne : <<http://www.barreau.qc.ca/actualites-medias/communiqués/2010/20100930-soins-fin-vie.html>>.

¹⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Débats parlementaires*, Le vendredi 29 novembre 2013-Vol. 43 No 66.

ne peut consentir à ce que la mort lui soit infligée. Essentiellement, la Cour a décidé que ces dispositions portent atteinte de manière injustifiée à l'article 7 de la *Charte* et sont inopérantes dans la mesure où elles prohibent à une personne adulte et capable l'aide d'un médecin pour mourir, si :

- 1) cette personne consent clairement à mettre fin à sa vie; et
- 2) elle 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 en regard de sa condition.

L'élément rationnel derrière l'intervention de la Cour était que le droit relatif aux principes de la portée excessive et du caractère totalement disproportionné des articles contestés avait évolué de façon importante depuis *Rodriguez*. C'est concernant cet aspect qu'il convient de poser un regard sur l'évolution de la pensée sociale et juridique relativement à la place de plus en plus importante qu'occupent l'autonomie et la dignité de la personne.

À cet égard, il est fort intéressant de noter que, alors qu'elle est saisie d'un débat relatif à l'aide au suicide et à la validité constitutionnelle de l'art 241 b) prohibant l'aide au suicide, la Cour pose ainsi la question : *Il s'agit de déterminer en l'espèce si l'art. 241 du Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46, peut empêcher un malade handicapé physiquement d'obtenir une aide médicale pour se donner la mort*. Elle introduisait ainsi cette notion d'aide médicale à mourir absente du jugement rendu dans *Rodriguez* qui traite d'aide à mourir, d'aide au suicide, mais en rien « *d'aide médicale* » à mourir, concept préalablement introduit dans notre législation.

La Cour suprême a donc encadré le concept du suicide assisté et du même coup cerné le débat en ce que l'aide au suicide, si elle ne provient pas d'un geste médical, pourrait selon cette décision demeurer interdite si, bien sûr, le législateur fédéral le décidait. Toutefois, si l'aide provient d'un médecin, elle pourra être prodiguée à un adulte capable, soit apte à consentir à ses soins, qui est affecté 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. La Cour suprême n'exige pas, comme le fait le législateur québécois :

- que ce soit le médecin qui administre l'aide médicale à mourir, ni
- qu'il vérifie le respect de certaines conditions, ni
- que la personne soit en fin de vie, ni
- que sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.

À ce stade de l'analyse, force est de constater que les conditions de la *Loi sur les soins de fin de vie* sont plus restrictives et plus contraignantes que celles énoncées par la Cour suprême. Or, pendant les travaux ayant mené à son adoption, plusieurs intervenants devant la Commission ont réclamé une plus grande ouverture notamment la possibilité de recevoir l'aide médicale à mourir pour toute personne atteinte d'une

maladie grave, sans que ne soit exigé qu'elle ait atteint un stade terminal et que les souffrances soient intolérables¹⁶. Il nous apparaît que l'arrêt accorde cette ouverture refusée par le législateur québécois.

D'autre part, avant même l'adoption de la loi, ses opposants, jugeant le projet de loi trop permissif et inconstitutionnel et craignant de plus le danger qu'il représentait pour les personnes vulnérables, ont clairement annoncé leurs intentions de la contester devant les tribunaux. Une requête pour jugement déclaratoire a déjà été introduite à cette fin devant la Cour supérieure¹⁷.

En conséquence, il est à prévoir qu'un nouveau débat sera éventuellement tenu devant les tribunaux qui devront déterminer, entre autres, si les conditions actuelles de la *Loi 52* violent les droits constitutionnels des personnes qui n'ont pas accès à l'aide médicale à mourir et, dans l'affirmative, si cette violation peut se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique. Nous y reviendrons. Auparavant, nous ferons un bref survol de deux questions plaidées devant la Cour suprême qui nous apparaissent maintenant résolues, soit la compétence provinciale en matière de santé et la question du caractère sacré de la vie.

B. Compétence provinciale en matière de santé

Bien que le Parlement ait compétence en matière de droit criminel et que cette compétence lui permette d'interdire l'aide au suicide, telle interdiction, même si elle visait le domaine médical, n'empiète pas sur le contenu essentiel de la compétence provinciale en matière de santé. En effet, la santé est un domaine de compétence concurrente. Le Parlement et les provinces peuvent donc valablement légiférer dans ce domaine¹⁸. Mais, cela étant, ils ne pourraient par exemple, passer outre à une compétence reconnue comme étant exclusive à un des parlements, soit fédéral ou provincial.

Il s'ensuit que, même si le Parlement décidait dans sa nouvelle législation de prohiber spécifiquement l'aide médicale à mourir, l'argument selon lequel il empièterait ainsi sur la compétence provinciale exclusive ne pourrait pour ce seul motif, invalider la loi. Le caractère et l'objet du texte législatif devraient être examinés pour établir un empiètement sur la compétence de la législature. En outre, telle loi devrait tenir compte de la pratique médicale contemporaine et des valeurs sociales qui prônent l'importance

¹⁶ Voir notamment : Ghislain LEBLOND et Yvon BUREAU, *Soins appropriés en fin de vie : dignité et sérénité pour tous*, Collectif Mourir digne et libre, Notes à la Commission de la santé et des services sociaux, 25 septembre 2013; ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Abrégé du Mémoire présenté par Hélène Bolduc, présidente de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) à la Commission de la santé et des services sociaux : Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi no 52, Loi concernant les soins de fin de vie*, 25 septembre 2013.

¹⁷ *L. D'Amico et Dr Paul J. Saba c. Procureur général du Québec et Procureur général du Canada*, No : 500-17-082567-143, le 26 mai 2014. L'objectif principal du recours est expliqué au paragraphe 31 de la requête « Les demandeurs veulent que le Tribunal déclare que l'euthanasie ne peut pas être légalisée au Québec, et qu'elle ne peut pas être considérée comme un soin médical ».

¹⁸ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 53.

de respect de l'autonomie décisionnelle de la personne en regard de la disposition de son corps. Il n'est pas improbable, en conséquence, que le débat concernant la compétence se retrouve de nouveau devant la Cour suprême, advenant une nouvelle législation du Parlement fédéral.

D'un autre côté, l'étude des grandes étapes ayant mené à l'adoption de la loi sur les soins de fin de vie, du mandat confié en 2010 à la Commission spéciale sur le droit de mourir dans la dignité, au dépôt de son rapport précédé par une consultation publique itinérante, suivie par des travaux parlementaires approfondis lesquels tout au long de la démarche avaient trait aux soins des personnes en fin de vie, nous permettent de croire que le législateur provincial était tout à fait à l'intérieur de son champ de compétences. Ainsi et à notre avis, un argument à l'effet contraire a dorénavant peu de chance de succès. Enfin, bien que la Cour suprême ait confirmé la juridiction des provinces, elle n'a pas analysé la *Loi sur les soins de fin de vie* dans cette perspective. Il n'est donc pas impossible qu'elle doive le faire à l'avenir.

C. Caractère sacré de la vie

Selon les opposants de l'aide au suicide, dont le *Collectif des médecins contre l'euthanasie*, toute interprétation du droit à la vie qui aboutirait à une protection des gestes visant à mettre fin à la vie violerait le droit de tout être humain d'exister, droit protégé par l'article 7 de la *Charte* qui constitue un rempart face à toute mesure étatique qui menacerait la vie d'une personne¹⁹. Pour ce *Collectif* le droit à la vie ne protège pas son contraire, soit le droit affirmatif de mettre fin à son existence, ou d'y faire mettre fin²⁰.

Or, l'affaire *Rodriguez* a bien établi que le droit à la vie n'est pas absolu. Dans *Carter*, tout en reconnaissant que le caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société, la Cour suprême précise que cette conception repose sur les croyances individuelles et sur les choix, qui se doivent d'être aussi respectés. En effet, ce profond respect pour la valeur de la vie humaine :

« (...) englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant le passage à la mort. C'est pourquoi le caractère sacré de la vie "n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix." (*Rodriguez*, p. 595, le juge Sopinka). »²¹

¹⁹ COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, Mémoire du Collectif des médecins contre l'euthanasie, 28 août 2014, par. 41 et 42, en ligne : <http://www.scc-csc.gc.ca/WebDocuments-DocumentsWeb/35591/FM160_Intervener_Collectif-des-m%C3%A9decins-contre-euthanasie.pdf>.

²⁰ COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, Mémoire du Collectif des médecins contre l'euthanasie, 28 août 2014, par. 43, en ligne : <http://www.scc-csc.gc.ca/WebDocuments-DocumentsWeb/35591/FM160_Intervener_Collectif-des-m%C3%A9decins-contre-euthanasie.pdf>.

²¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 63.

Par conséquent ce caractère sacré cède le pas au droit à la liberté et à la sécurité de la personne dans les cas où la vie a effectivement perdu son sens pour elle. Il ne s'agit pas d'accréditer l'idée que certaines vies sont si difficiles et si dépourvues de dignité qu'elles n'ont pas de véritable valeur, ni que la mort a, dans ces situations, une valeur supérieure à l'existence. Il s'agit plutôt de reconnaître que chaque personne jouit d'une dignité et d'une liberté dont le contenu lui est personnel et qui se doivent d'être respectés et protégés au même titre que sa vie.

« Dans A.C., où la demanderesse voulait, pour des motifs religieux, refuser une transfusion sanguine susceptible de lui sauver la vie, le juge Binnie a indiqué que nous pouvons avoir « instinctivement un mouvement de recul » devant la décision de demander la mort en raison de notre conception du caractère sacré de la vie (par. 219). Mais sa réponse est également pertinente en l'espèce : il est clair qu'une personne qui demande une aide médicale à mourir parce que des problèmes de santé graves et irrémédiables lui causent des souffrances intolérables “le fait à cause d'une croyance profondément personnelle et fondamentale sur la façon de vivre sa vie, ou de mourir ” (ibid.). »²²

Nous croyons donc que la Cour suprême a définitivement disposé de cet argument. Ainsi, la *Loi sur les soins de fin de vie*, qui permet de prodiguer l'aide médicale à mourir dans certaines circonstances, ne serait pas invalidée sur la seule base qu'elle porte atteinte au caractère sacré de la vie humaine.

Attardons-nous maintenant à certains autres aspects de la loi qui pourraient encore alimenter la controverse et faire l'objet de contestations devant les tribunaux.

PARTIE 3 : L'AVENIR DE LA CONTROVERSE JURIDIQUE

Selon son premier article, la *Loi sur les soins de fin de vie* a pour objectif d'assurer à une personne la possibilité de prendre des décisions compatibles avec ses propres valeurs, le respect de sa dignité et de son autonomie quant à ses soins à la fin de sa vie :

OBJET DE LA LOI

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.*

²² *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 68.

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.
[les soulignés sont nôtres]

En exigeant que pour obtenir l'aide médicale à mourir, la personne soit en fin de vie, ce que n'exigerait pas la Cour suprême, que cette aide soit administrée par un médecin qui doit vérifier que certaines conditions sont rencontrées, ce que n'exigerait pas non plus la Cour suprême, et enfin que la personne soit dans une situation où sa condition soit détériorée de façon avancée et irréversible, la *Loi sur les soins de fin de vie*, moderne au moment de son adoption est-elle déjà, en partie du moins, nulle et non avenue en regard du récent arrêt dans *Carter* ? Penchons-nous maintenant sur les principaux droits fondamentaux analysés dans l'arrêt afin de faire voir quel sort pourrait être réservé aux articles controversés de la *Loi sur les soins de fin de vie* portant sur l'aide médicale à mourir.

A. Droits fondamentaux

1. Droit à la vie

Devant la Cour suprême, le *Collectif des médecins contre l'euthanasie* soutenait que toute interprétation du droit à la vie qui aboutirait à une protection constitutionnelle de gestes qui viseraient à mettre fin à la vie devait être écartée²³. Pour ce *Collectif*, la prétention suivant laquelle un droit à la mort existerait accrédirait :

« l'idée que certaines vies sont si difficiles et si dépourvues de dignité qu'elles n'ont pas de véritable valeur et que, dans ces situations, la Constitution canadienne devrait reconnaître que la mort a une valeur supérieure à l'existence »²⁴

ce qui est « [i]ncompatible avec la notion de dignité humaine inhérente »²⁵.

C'est en ces termes que ces arguments ont été rejetés par le juge de première instance :

« (...) nous ne sommes pas d'avis que la formulation existentielle du droit à la vie exige une prohibition absolue de l'aide à mourir, ou que les personnes ne peuvent « renoncer » à leur droit à la vie. Il en résulterait une « obligation de vivre » plutôt qu'un « droit à la vie », et la légalité de tout consentement au retrait d'un traitement

²³ COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, Mémoire du Collectif des médecins contre l'euthanasie, 28 août 2014, par. 41 à 44, en ligne : <http://www.scc-csc.gc.ca/WebDocuments-DocumentsWeb/35591/FM160_Intervener_Collectif-des-m%C3%A9decins-contre-euthanasie.pdf>.

²⁴ COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, Mémoire du Collectif des médecins contre l'euthanasie, 28 août 2014, par. 47, en ligne : <http://www.scc-csc.gc.ca/WebDocuments-DocumentsWeb/35591/FM160_Intervener_Collectif-des-m%C3%A9decins-contre-euthanasie.pdf>.

²⁵ COLLECTIF DES MÉDECINS CONTRE L'EUTHANASIE, Mémoire du Collectif des médecins contre l'euthanasie, 28 août 2014, par. 49, en ligne : <http://www.scc-csc.gc.ca/WebDocuments-DocumentsWeb/35591/FM160_Intervener_Collectif-des-m%C3%A9decins-contre-euthanasie.pdf>.

vital ou d'un traitement de maintien de la vie, ou du refus d'un tel traitement, serait remise en question. (...) le droit en est venu à reconnaître que, dans certaines circonstances, il faut respecter le choix d'une personne quant à la fin de sa vie. (...) »²⁶

[les soulignés sont nôtres]

La Cour suprême n'a pas modifié la position du juge à cet égard ni celle selon laquelle la prohibition de l'aide médicale à mourir avait pour effet de forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie, par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables et que ceci portait atteinte au droit à la vie.²⁷ Ainsi, pour la Cour suprême, le droit à la vie entre en jeu lorsqu'une mesure ou une loi prise par l'État a pour effet de forcer une personne à se donner la mort prématurément ou de l'exposer à un risque accru de mort.

Ainsi, le droit reconnaît qu'il faut respecter le choix d'une personne de mettre fin à sa vie de sorte qu'une prohibition absolue d'une aide à cet égard n'est plus justifiée. Ceci dispose définitivement à notre avis de l'argument trouvant appui sur le droit à la vie pour contester la validité constitutionnelle des dispositions permettant l'aide médicale à mourir introduite dans la *Loi sur les soins de fin de vie*. Toutefois, l'analyse ne s'arrête pas là. Dans la mesure où la science médicale dispose de moyens pour permettre à une personne de mettre fin à sa vie au moment et selon les moyens de son choix, il y a lieu de se demander si l'entrave quant à l'accès comme l'impose l'article 26 de la Loi constitue une atteinte au droit à la vie.

Il faut rappeler que dès 1988, dans l'affaire *Morgentaler* la Cour suprême, sous la plume du juge Wilson, cite John Start Mill en ces termes :

« Chacun est le véritable gardien de sa propre santé, tant physique que mentale et spirituelle. L'Humanité a plus à gagner à 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. »²⁸

[les soulignés sont nôtres]

²⁶ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 63.

²⁷ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 58.

²⁸ *R. c. Morgentaler*, [1998] 1 R.C.S. 30, par. 229.

Nous croyons que non seulement l'argument qui trouve appui sur le droit à la vie ne pourrait plus servir de fondement pour contester la validité de la *Loi sur les soins de fin de vie*, mais c'est plutôt le contraire. Paradoxalement, cet argument pourrait servir de fondement pour attaquer l'article 26 et les conditions qu'il impose, dont être « *en fin de vie* » et « *atteint d'une maladie grave et incurable* » et dans une situation médicale qui « *se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités* »²⁹. Car il est possible de prétendre qu'elles violent le droit à la vie des personnes souhaitant avoir accès à l'aide médicale à mourir.

Voyons maintenant les préoccupations relatives à l'autonomie et à la qualité de vie rattachées, dans l'analyse de la Cour suprême, aux droits à la liberté et à la sécurité.

2. Droit à la liberté et à la sécurité

Aux termes de la décision, le droit de la personne à la liberté et à la sécurité soutient son autonomie et sa dignité. La liberté protège « *le droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État* »³⁰ alors que la sécurité de la personne englobe « *une notion d'autonomie personnelle qui comprend [...] la maîtrise de l'intégrité de sa personne sans aucune intervention de l'État* »³¹. La Cour suprême énonce avec approbation les conclusions du juge de première instance en ces termes :

« La juge de première instance a conclu que la prohibition de l'aide à mourir limitait le droit à la liberté et à la sécurité de la personne reconnu par l'art. 7 à M^{me} Taylor en entravant la [TRADUCTION] « prise de décisions d'ordre médical fondamentalement importantes et personnelles » (par. 1302), en lui causant de la douleur et un stress psychologique et en la privant de la maîtrise de son intégrité corporelle (par. 1293-1294). Elle a estimé que la prohibition laissait des personnes comme M^{me} Taylor subir de la douleur physique et psychologique et leur imposait un stress parce qu'il leur était impossible d'obtenir une aide médicale à mourir, ce qui portait atteinte à la sécurité de leur personne. Elle a également signalé que les personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable étaient [TRADUCTION] « privées de la possibilité de faire un choix qui peut s'avérer très important pour leur sentiment de dignité et leur intégrité personnelle », un choix « compatible avec les

²⁹ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 26.

³⁰ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 64, citant *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, 2000 CSC 44 (CanLII), [2000] 2 R.C.S. 307, par. 54.

³¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 64, citant *Rodriguez*, p. 587-588, le juge Sopinka, citant *R. c. Morgentaler*, [1998] 1 R.C.S. 30.

valeurs qu'elles ont eues toute leur vie et qui reflète leur vécu »
(par. 1326) ». ³²

[les soulignés sont nôtres]

La Cour poursuit en ces termes :

« Nous partageons l'avis de la juge de première instance. La réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordiale pour sa dignité et son autonomie. (...) La loi prive ces personnes de la possibilité de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle et aux soins médicaux et elle empiète ainsi sur leur liberté. Et en laissant des personnes comme Mme Taylor subir des souffrances intolérables, elle empiète sur la sécurité de leur personne. » ³³

[les soulignés sont nôtres]

Ainsi, toute mesure prise par l'État qui cause des souffrances physiques ou de graves souffrances psychologiques met en jeu le droit à la liberté et à la sécurité. Or, il y a lieu de regarder les choix effectués par le législateur québécois. Notamment, il a clairement choisi de refuser aux personnes devenues inaptes la possibilité de demander l'aide médicale à mourir par le biais de directives médicales anticipées rédigées alors qu'elles étaient aptes ³⁴. Il a aussi refusé l'aide médicale à mourir aux personnes aptes atteintes de maladies graves, incurables, irréversibles mais non dégénératives ni en phase terminale.

Dans l'état actuel du droit tel qu'énoncé par la Cour suprême, nous croyons que ces dernières pourraient faire valoir que leurs droits constitutionnels à la liberté et à la sécurité sont violés par les paramètres imposés par l'article 26 de la loi et en outre, que cette atteinte n'est pas conforme aux principes de justice fondamentale. En effet, il est possible de soutenir que ce régime qui restreint le droit de la personne de disposer de son corps comme elle le veut, viole les principes de justice fondamentale, car il est arbitraire. Or,

« [u]ne restriction donnée est arbitraire si elle n'a aucun lien, ou est incompatible, avec l'objectif visé par la loi. Lorsqu'il faut déterminer si une loi enfreint les principes de justice fondamentale

³² Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5 (CanLII), par. 65.

³³ Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5 (CanLII), par. 66.

³⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Prise en considération du rapport de la Commission*, Le mardi 18 février 2014-Vol. 43 No 108. Notre propos ne porte pas sur la situation de ces personnes, puisque cette question est traitée par Me Danielle Chalifoux et nous référons le lecteur à son texte : CHALIFOUX, D. « La Loi concernant les soins de fin de vie, les directives médicales anticipées et les niveaux de soins : accommodements raisonnables ? » Service de la formation permanente du Barreau du Québec, (à paraître), Éditions Yvon Blais, 2015.

au sens de l'art. 7 en raison de son caractère arbitraire, l'analyse est axée sur la question de savoir si le régime législatif viole les intérêts protégés d'une personne donnée d'une façon qui n'est pas justifiée par l'objectif de ce régime. Les principes de justice fondamentale exigent que chacun, pris individuellement, soit traité équitablement par la loi. La crainte d'abus possibles si on permet à un individu ce qui lui est refusé à tort n'est aucunement pertinente à l'étape de l'art. 7. La pondération des intérêts de la société et des intérêts de l'individu devrait se faire dans le cadre de l'analyse de l'article premier de la Charte. »

En l'espèce, le législateur québécois a adopté un régime législatif qui légalise l'aide médicale à mourir et rend illégal cette aide si elle est prodiguée à une personne qui, bien qu'apte, n'est pas « *en fin de vie* » ou n'est pas dans une situation médicale qui « *se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.* »³⁵ Or, pour citer la juge McLaughlin dans l'affaire *Rodriguez* :

*« Cette distinction a pour effet de refuser à certaines personnes le choix de mettre fin à leur vie (avec une aide médicale) pour la seule raison (que leur condition médicale n'est pas assez détériorée ou qu'elles ne sont pas en fin de vie, ce qui les empêche) (...) d'exercer sur leur personne l'autonomie dont jouissent les autres. Le fait de priver une personne du pouvoir de mettre fin à sa propre vie est arbitraire et équivaut donc à une restriction de son droit à la sécurité de sa personne qui est incompatible avec les principes de justice fondamentale. »*³⁶

Il resterait donc à déterminer si une telle violation pourrait se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique, en application de l'article premier de la *Charte* que nous traiterons plus loin, après notre analyse sur la question du droit à l'égalité. Auparavant, de brefs commentaires sur le droit à l'autodétermination.

3. Droit à l'autodétermination

Le principe de l'inviolabilité de la personne est intégré dans le Code civil depuis 1971. Il implique le droit du patient de consentir et de refuser les soins qui lui sont proposés. Ce droit s'est concrétisé de façon marquée au début des années 1990, d'abord en Ontario dans l'affaire *Malette c. Shulman*³⁷ suivie de près au Québec par deux décisions importantes³⁸ dont celle rendue dans *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*³⁹ sur

³⁵ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 26, al. 5.

³⁶ McLachlin, dissidente dans *Rodriguez*, p. 523-524.

³⁷ *Malette c. Shulman*, 1990 CanLII 6868 (ON CA).

³⁸ *Nancy B. c. Hôtel Dieu de Québec* [1992] R.J.Q 361 (C.S.), [1992] J.Q. No 1 (C.S.); *Manoir de la Pointe-Bleue (1978) inc. c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.), [1992] J.Q. no 98 (C.S.). Voir également la décision récente rendue dans *Québec (CSSS Pierre-Boucher) c. Van Landschoot*, C.S. Longueuil, no 505-17-007367-140, 16 juillet 2014, juge F. Rolland, EYB 2014-241932.

laquelle nous reviendrons. Enfin, l'article 5 de la *Loi sur les soins de fin de vie* est une codification de cette jurisprudence.

Rappelons que dans l'affaire *Malette c. Shulman*, la question centrale était le droit du patient de refuser les transfusions sanguines nécessaires pour lui sauver la vie, et l'obligation corollaire du médecin de respecter ce refus. Dans la décision, on précise que le droit à l'autodétermination qui sous-tend le droit de refuser des traitements permet à l'adulte apte de choisir une forme alternative de traitement :

« The right of self-determination which underlies the doctrine of informed consent also obviously encompasses the right to refuse medical treatment. A competent adult is generally entitled to reject a specific treatment or all treatment, or to select an alternate form of treatment, even if the decision may entail risks as serious as death and may appear mistaken in the eyes of the medical profession or of the community.

(...)

The doctrine of informed consent is plainly intended to ensure the freedom of individuals to make choices concerning their medical care. For this freedom to be meaningful, people must have the right to make choices that accord with their own values regardless of how unwise or foolish those choices may appear to others (...). »⁴⁰

Bien que cette décision ne concernait pas le sujet de l'euthanasie ni l'aide au suicide, elle porte sur le droit à l'autodétermination en matière médicale. Il s'agit du droit de la personne de faire des choix conformes à ses propres valeurs, même si ces choix peuvent apparaître déraisonnables aux autres.

Ces décisions, citées avec approbation par la Cour suprême dans le passage qui suit, permettent d'affirmer qu'il ne fait plus aucun doute aujourd'hui que le droit protège, et depuis longtemps, l'autonomie du patient dans la prise de décisions d'ordre médical. Ce droit à l'autodétermination fait partie intégrante du droit fondamental qu'est le droit à la liberté :

³⁹ *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q 361 (C.S.), [1992] J.Q. No 1 (C.S.).

⁴⁰ *Malette c. Shulman*, 1990 CanLII 6868 (ON CA), 72 O.R. (2d) 417 (C.A.), p. 11. Pendant les travaux ayant mené à l'adoption de la loi 52, plusieurs intervenants ont réclamé que l'aide médicale à mourir puisse être demandée et obtenue par le biais de directives médicales anticipées. Le Barreau du Québec était aussi favorable à cette possibilité, basant cette position à la fois sur l'évolution des dispositions du Code civil du Québec et sur cette décision : BARREAU DU QUÉBEC, « Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes », Rapport, Québec, septembre 2010, en ligne : <<http://www.barreau.qc.ca/actualites-medias/communiqués/2010/20100930-soins-fin-vie.html>>. Nous limiterons nos commentaires sur cet aspect et référerons le lecteur au texte qui en traite spécifiquement, soit CHALIFOUX, D. « La Loi concernant les soins de fin de vie, les directives médicales anticipées et les niveaux de soins : accommodements raisonnables ? Service de la formation permanente du Barreau du Québec, (à paraître), Éditions Yvon Blais, 2015.

« (...) les risques ou conséquences graves, y compris la mort, que peut entraîner la décision du patient ne permettent aucunement de porter atteinte au libre choix en matière médicale. C'est ce même principe qui s'applique dans les affaires relatives au droit de refuser de consentir à un traitement médical, ou d'en exiger le retrait ou l'interruption : voir, p. ex., *Ciarlariello c. Schacter*, 1993 CanLII 138 (CSC), [1993] 2 R.C.S. 119; *Malette c. Shulman* (1990), 1990 CanLII 6868 (ON CA), 72 O.R. (2d) 417 (C.A.); *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. »⁴¹

Ainsi, il est possible de prétendre que le droit à l'autodétermination bénéficie maintenant de la protection constitutionnelle, car il est élevé au rang du droit fondamental à la liberté. Se pose alors la question de savoir comment justifier que ce droit constitutionnel à l'autodétermination soit nié à toute une catégorie de personnes, soit celles qui ne seraient pas en phase terminale d'une maladie incurable, ni sujettes à des souffrances intolérables. Tel qu'indiqué ci-dessus, aux termes de la *Loi sur les soins de fin de vie*, le législateur qui permet qu'un acte positif puisse être posé afin de faciliter la mort, leur a refusé l'accès à l'aide médicale à mourir pourtant accessible à d'autres et ce choix est, à notre avis, maintenant attaquant.

Nous poursuivrons notre réflexion à cet égard dans les pages qui suivent en énonçant les questions qui, selon nous, demeurent sans réponse.

B. Principes fondamentaux divergents

Le sujet délicat des soins de fin de vie tire son origine en premier lieu des progrès de la médecine surtout à la fin du XXe siècle. Alors qu'auparavant la mort d'une personne gravement malade était l'aboutissement d'un processus naturel, les nouvelles techniques de soin et l'évolution des connaissances du corps et de la maladie ont entraîné des changements sur la mort faisant reculer considérablement l'espérance de vie de sorte que la mort est devenue de plus en plus un processus médical et médicalisé.

Le respirateur artificiel et les techniques de réanimation ont été développés de même que les techniques d'hydratation et d'alimentation artificielle. L'hémodialyse, la chimiothérapie, et la chirurgie de même que plusieurs traitements ont permis de prolonger une vie qui autrement se serait terminée beaucoup plus rapidement. Cette prolongation de la vie ne s'est toutefois pas toujours accompagnée d'une prolongation de la santé jusqu'au décès. Ainsi, des personnes malades ont eu à faire face à des souffrances que la médecine a cherché à apaiser, sans toujours y parvenir.

Avec ces progrès sont apparues de nouvelles réalités. Par exemple des patients dans un état neuro-végétatif permanent pouvant être maintenus en vie artificiellement et indéfiniment. Ou encore des personnes lourdement handicapées complètement

⁴¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 67.

dépendantes pour leurs besoins vitaux. Enfin, des personnes atteintes de maladies dégénératives qui subiront pendant une période prolongée la perte d'autonomie et la dégénérescence qui leur imposera de subir graduellement et inéluctablement la perte de contrôle de leur corps et de leur capacité cognitive.

En déclarant la nullité des articles 241b) et 14 du *Code criminel*, la Cour suprême a précisé que cette déclaration était censée s'appliquer aux situations de fait dont elle était saisie⁴², soit sans aucun doute les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative fatale, en l'occurrence la sclérose latérale amyotrophique (ou SLA). Cette maladie cause un affaiblissement progressif des muscles. Les patients atteints perdent tout d'abord la capacité d'utiliser leurs mains et leurs pieds, puis celle de marcher, de mastiquer, d'avalier, de parler et, finalement, de respirer. La cour a précisé aussi qu'elle ne se prononce pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée⁴³.

Ainsi, en reconnaissant la valeur de la vie, tout en respectant aussi la place qu'occupent l'autonomie et la dignité aux adultes capables, la Cour vise les personnes affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables. Elle précise de plus que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doit subir des traitements qu'il juge inacceptables⁴⁴, ce qui est confirmé par le droit au libre-choix de refuser de consentir à un traitement, d'en exiger le retrait ou l'interruption. Qu'en est-il toutefois du droit de demander l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes d'une maladie qui n'est pas « fatale », mais de nature à causer néanmoins des atteintes importantes aux fonctions vitales et ultimement à la dignité?

Prenons pour exemple la sclérose en plaques. Ce n'est pas une maladie dont on meurt, bien que les statistiques montrent que l'espérance de vie est légèrement réduite. Ceci est dû aux décès précoces de personnes gravement atteintes et qui ont de plus, souffert de complications. Les suites sont entre autres des paralysies et des spasmes, l'ataxie locomotive, des troubles de la vue, des troubles sensitifs, de la fatigue ou de la lassitude jusqu'à des graves dépressions. Les maux psychiques sont entre autres, une réaction à la gravité de la maladie par le désespoir. Le risque suicidaire est multiplié par 7 et demi chez les patients atteints par rapport à la population générale⁴⁵.

Un second exemple est la maladie de Parkinson : pathologie chronique neurodégénérative, qui affecte le système nerveux central et évolue lentement. Il s'ensuit une disparition prématurée progressive et irréversible des neurones de la substance noire. Les complications générales surviennent peu à peu : les chutes se répètent, la

⁴² *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 127.

⁴³ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 127.

⁴⁴ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 127.

⁴⁵ CENTRE NATIONAL DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES, 2015, en ligne : <http://www.mscenter.be/fr/ms_de_ziekte/evolutie.html>; SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUE, en ligne : <<https://beta.scleroseenplaques.ca/>>.

marche devient très pénible, voire impossible, les pertes d'équilibre s'aggravent, les troubles de déglutition deviennent de plus en plus gênants, imposant peu à peu au malade de rester dans son lit. Les troubles de l'élocution et de la déglutition deviennent de plus en plus handicapants. Une dépression s'installe peu à peu, une confusion, voire une démence peuvent survenir également ainsi que des troubles de la mémoire et des épisodes de délire. Ces manifestations imposent le plus souvent un placement. Toutefois, dans la plupart des cas, la maladie ne réduit pas l'espérance de vie.⁴⁶

Ces deux situations permettent de voir qu'un nombre significatif de personnes atteintes de maladies incurables présentent des signes indéniables de désespoir et de douleurs psychiques importantes manifestées par des idées suicidaires ou des dépressions. Mais pas toutes. Certains diront que considérant que le suicide n'est plus illégal au Canada depuis longtemps, rien n'empêche ces personnes de mettre fin à leur vie. Sans crainte de représailles légales, il n'est pas nécessaire de reconnaître ce droit dans une loi spécifique. Or, rien n'est plus faux en droit québécois et dans les faits.

D'une part, les idées suicidaires sont reconnues comme étant des éléments de dangerosité donnant ouverture à l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*⁴⁷. En conséquence, une personne qui tente de se suicider ou pense sérieusement à le faire, est susceptible de se retrouver sous garde en établissement dans une aile psychiatrique d'un hôpital, sous ordonnance médicale⁴⁸ suivie d'une ordonnance judiciaire quand le risque est sérieux et la garde nécessaire⁴⁹. D'autre part, nul besoin de grandes démonstrations pour reconnaître que les gestes suicidaires peuvent être souffrants, violents et traumatiques pour la personne, de même que pour ses proches, et parfois inefficaces.

⁴⁶ SOCIÉTÉ PARKINSON CANADA, « Progression de la maladie de Parkinson », 2009, en ligne : <<http://www.parkinson.ca>>.

⁴⁷ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q. c. P-38.001. Voir à titre d'illustration *Québec (CSSS du Nord de Lanaudière c. (B.) B.*, C.Q. Joliette no 705-40-002793-149, 7 août 2014, juge D. Le Reste, EYB 2014-241975.

⁴⁸ C.c.Q., art. 27.

⁴⁹ C.c.Q., art. 30. La garde en établissement peut être obtenue selon la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est une « intervention » au sens de l'article 11 C.c.Q. qui porte atteinte sans nul doute à l'inviolabilité de la personne protégée par l'article 10 C.c.Q., mais autorisée suivant ce même article et les articles 26 et suivants C.c.Q. Voir notamment Ghislain GOULET, « Des libertés bien fragiles...L'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* », dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 261, *Autonomie et protection*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007; Monique JARRY, « Dangerosité : un état de la jurisprudence » dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 165, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2002; Suzanne PHILIPS-NOOTENS « Hébergement forcé : quels intérêts? quels enjeux? Dans service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 301, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2009 et Judith LAUZON « Près de dix ans d'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril » dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 283, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008.

Cela nous amène à nous interroger sur la *Loi sur les soins de fin de vie* et sa portée en regard de l'évolution du droit depuis *Carter*. Ainsi, devrait-on maintenant continuer à refuser une plus large ouverture que celle déjà prévue à la Loi 52 afin que certaines personnes handicapées ou atteintes de maladies largement invalidantes, incurables, dégénératives ou non, n'aient toujours pas accès à l'aide médicale à mourir, pour que leur vie ne soit pas implicitement dévalorisée et éviter en outre de les rendre vulnérable à une aide à mourir non désirée?

Au contraire, le droit ne devrait-il pas accorder à ces mêmes personnes, comme celles en fin de vie, un droit de regard sur une manière de mourir qui respecterait leur autonomie et leur dignité?

En somme, ces personnes peuvent-elles aujourd'hui revendiquer le droit de mourir dans la dignité? Doit-on le leur refuser au nom du droit à la vie qu'elles ne revendiquent plus? Qu'en est-il de leur droit à l'égalité protégé par l'article 15 de la *Charte*? Ces dernières peuvent-elles attaquer la loi et soutenir qu'elles sont maintenant victimes de discrimination? Ces protections constitutionnelles leur seront-elles refusées au nom de la protection des personnes vulnérables? Penchons-nous sur ces questions.

1. Le droit de vivre (ou de mourir) dans la dignité

Il ne s'agit pas ici de prétendre qu'il est possible de revendiquer le droit de mourir, mais plutôt de se demander si la loi ne devrait pas reconnaître le pouvoir de choisir le moment et le moyen qui sera digne pour la personne gravement atteinte qui considère, elle, que sa vie est devenue indigne. Le patient qui n'est pas en fin de vie devrait-il pouvoir décider librement de ce qu'il est prêt à assumer pour que sa vie se poursuive?

Alors que depuis *Nancy B*⁵⁰, les droits à l'inviolabilité et à l'autonomie ne font plus aucun doute et reconnaissent à un patient le droit de refuser un traitement, même si son refus peut entraîner sa mort, ces droits comportent encore aujourd'hui des limites. Ils sont toutefois sans limites si le refus du traitement permet de laisser la maladie, ou la nature, suivre son cours, même si cela a pour effet de conduire à la mort. *Nancy B* n'était pas en phase terminale ni mourante au moment de la requête. La preuve révélait qu'elle souffrait, mais ces souffrances physiques n'étaient pas insoutenables. C'est son obligation d'être confinée à un lit d'hôpital et branchée à un respirateur nécessaire à sa survie qui lui causait une souffrance psychologique. Cette souffrance n'avait cependant aucun impact sur sa capacité de prendre des décisions et d'en saisir la portée.

Ainsi, ces droits à l'autonomie et à la sauvegarde de sa propre dignité, pourraient-ils être invoqués dans l'état actuel du droit pour permettre à une personne dont la mort n'est pas imminente de demander à ce que sa fin de vie soit accélérée, et ce, pour sauvegarder sa dignité? La réponse est clairement négative selon l'article 26

⁵⁰ *Nancy B. c Hôtel Dieu de Québec* [1992] R.J.Q. 361.

de la *Loi sur les soins de fin de vie*. Toutefois, il est possible de prétendre que cet article, malgré qu'il représente une percée importante dans notre législation, ne respecte plus l'évolution du droit sur ces questions. C'était vrai avant l'affaire *Carter*, cela l'est d'autant plus maintenant. Voici comment le dilemme était posé par la Cour :

« Les appelants et plusieurs intervenants nous pressent d'adopter une conception qualitative et plus large du droit à la vie. Certains prétendent que ce droit ne se limite pas à la préservation de la vie, mais qu'il protège la qualité de la vie et, par conséquent, le droit de mourir dans la dignité. D'autres prétendent que le droit à la vie protège l'autonomie personnelle et les notions fondamentales d'autodétermination et de dignité, et qu'il englobe donc le droit de décider de s'enlever la vie. »⁵¹

Il faut rappeler que dès 1988, la Cour suprême, sous la plume du juge Wilson, avait énoncé qu'une des composantes cruciales du droit à la liberté est le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales sans intervention de l'État et que ceci était inhérent à la dignité humaine :

« Ainsi, un aspect du respect de la dignité humaine sur lequel la Charte est fondée est le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales sans intervention de l'État. Ce droit constitue une composante cruciale du droit à la liberté. (...) À mon avis, ce droit, bien interprété confère à l'individu une marge d'autonomie dans la prise de décisions d'importance fondamentale pour sa personne. »⁵²

« La notion de dignité humaine trouve son expression dans presque tous les droits et libertés garantis par la Charte. Les individus se voient offrir le droit de choisir leur propre religion et leur propre philosophie de vie, de choisir qui ils fréquenteront et comment ils s'exprimeront, où ils vivront et à quelle occupation ils se livreront. Ce sont tous là des exemples de la théorie fondamentale qui sous-tend la Charte, savoir que l'État respectera les choix de chacun et, dans toute la mesure du possible, évitera de subordonner ces choix à toute conception particulière d'une vie de bien. »⁵³

[Les soulignés sont nôtres]

⁵¹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 59.

⁵² *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30, 1988 CanLII 90 (CSC), par. 228.

⁵³ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30, 1988 CanLII 90 (CSC), par. 227.

En regard de ce qui précède, il est possible de croire que, sans le dire aussi clairement parce que ce n'était pas nécessaire pour résoudre les litiges devant elle, la Cour suprême a depuis longtemps mis en place les éléments qui permettent de soutenir que le droit de vivre dans la dignité emporte aussi le droit de mourir dans la dignité pour certaines personnes souffrantes affectées de problèmes de santé graves, aux conditions et au moment de leur choix.

Or, notons que la *Loi sur les soins de fin de vie* impose aux articles 26 et 29 des conditions additionnelles et exorbitantes du droit édicté par la Cour suprême. En outre, alors qu'elle aurait pu le faire, la Cour suprême ne s'est pas penchée sur la validité de ces conditions. Le débat est donc loin d'être clos.

Ainsi, il est possible de prétendre que le droit à la dignité des personnes qui souhaiteraient obtenir l'aide médicale à mourir, mais exclues de ce soin en raison des exigences édictées par l'article 26 de la *Loi sur les soins de fin de vie* est violé puisque tout comme la situation des personnes visées dans l'affaire *Carter* :

« (...) il s'agit, pour certaines personnes, d'une décision qui [traduction] « revêt une grande importance pour leur sentiment de dignité et d'autonomie, qui est compatible avec les valeurs qu'elles ont eues toute leur vie et qui reflète leur vécu » (par. 1326). Cette décision prend sa source dans la maîtrise qu'elles 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 empiète sur leur liberté et la sécurité de leur personne. Comme nous l'avons vu, l'art. 7 reconnaît la valeur de la vie, mais respecte aussi la place qu'occupent l'autonomie et la dignité à la fin de cette vie. Nous concluons donc que, dans la mesure où ils prohibent l'aide médicale à mourir que demandent des adultes capables affectés de problèmes de santé graves et irrémédiables qui leur causent des souffrances persistantes et intolérables, l'al. 241 b) et l'art. 14 du Code criminel portent atteinte aux droits à la liberté et à la sécurité de la personne. »⁵⁴

Si le droit reconnaît aux personnes dans la situation de mesdames Taylor et Rodriguez (à titre posthume) l'accès à l'aide médicale à mourir, parce qu'il était connu qu'elles ne seraient plus capables le moment venu de se suicider, il est difficile de justifier qu'on imposerait aux autres personnes malades mais capables physiquement, d'avoir recours à des moyens qui peuvent être drastiques, traumatiques, souffrants,

⁵⁴ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 68.

dangereux et parfois inefficaces. Il peut apparaître difficile de justifier qu'on imposerait un tel processus à ces personnes sans nul doute souffrantes, et à leurs proches, alors que la médecine a les moyens d'assurer le passage vers la mort de façon non traumatique et sans souffrance. Voyons maintenant si ces personnes pourraient en outre, soutenir qu'elles sont victimes de discrimination.

2. Le droit à l'égalité

Dans *Rodriguez*, la Cour suprême, sous la plume du juge Sopinka qui s'exprimait au nom d'une faible majorité de cinq juges, s'est penché sur la question de savoir si l'interdiction générale de l'aide au suicide contrevenait au droit à l'égalité protégé par l'article 15. Il a considéré qu'il était préférable de ne pas trancher les questions « importantes et délicates » soulevées par l'application de cet article. Présument toutefois que si l'interdiction de l'aide au suicide violait l'article 15, telle violation, si elle en était une, était clairement justifiée en vertu de l'article premier de la *Charte*. L'objectif législatif était considéré comme étant urgent et réel, soit protéger et préserver le respect de la vie humaine. Il répondait aux exigences de la proportionnalité puisque l'alinéa 241 b) n'avait pas une portée excessive. L'atteinte était minimale et l'équilibre entre la restriction et l'objectif gouvernemental, était également respecté.

La juge McLachlin alors dissidente, a exprimé l'avis que l'article 15 de la *Charte* ne s'appliquait pas et que cette affaire ne concernait pas une discrimination.

Dans *Carter*, la Cour étant d'avis que la prohibition de l'aide médicale à mourir violait l'article 7 de la *Charte*, elle n'a pas examiné si elle privait les adultes affectés d'un handicap physique de leur droit à un traitement égal garanti par l'article 15. Tout en reconnaissant que prohiber une activité qui pose certains risques constitue un moyen rationnel de réduire les risques, la prohibition générale des dispositions attaquées n'était pas nécessaire pour réaliser les objectifs de l'État soit de protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs. Ces dernières pouvaient être adéquatement protégées par un régime qui comporterait des garanties.

Nous reviendrons sur la protection des personnes vulnérables. Pour l'instant, nous ne pouvons que constater que la Cour suprême a décidé de ne pas se prononcer sur la question du droit à l'égalité. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de discrimination, particulièrement à la lecture des motifs de la juge de première instance.

En effet, dans son analyse fondée sur l'article 15 de la *Charte* dans *Carter*, la juge de première instance a conclu que les dispositions attaquées créaient une distinction discriminatoire non justifiée au regard de l'article premier en ce qu'elles imposaient un fardeau disproportionné aux personnes handicapées physiquement, car pour s'enlever la vie, elles n'avaient que le refus de s'alimenter et de s'hydrater, en raison de leur

incapacité physique à la fin de leur maladie.⁵⁵ Nous savons que ce jugement et cette analyse visent la situation des personnes atteintes de la SLA.

Toutefois, les personnes grièvement malades et condamnées à des souffrances importantes et à une perte d'autonomie qui ne sont pas en fin de vie ou encore les personnes lourdement handicapées, atteintes de déficits moteurs cérébraux de type paralysie cérébrale, dégénérative ou non peuvent certainement soutenir que la loi crée une distinction fondée sur un des motifs énumérés à l'article 15, le handicap, et que cette distinction a pour effet de les priver d'un avantage, soit d'un soin : l'aide médicale à mourir alors que cette possibilité est accessible à d'autres personnes. Il reste à déterminer si cette inégalité, qui est une atteinte à un droit protégé, peut se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique.

3. Protection des personnes vulnérables dans une société libre et démocratique.

Pour justifier l'atteinte aux droits protégés par les articles 7 et 15, le gouvernement québécois devrait faire la démonstration décrétée par l'article 1, bien connu, qui se lit comme suit :

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.*

Pour ce faire, il devrait démontrer que l'objet de la loi est urgent et réel et que les moyens choisis sont proportionnels à cet objet, soit :

- 1) Que les moyens adoptés sont rationnellement liés à cet objet;
- 2) Qu'elle porte atteinte de façon minimale au droit en question, et
- 3) Qu'il y a proportionnalité entre les effets préjudiciables et les effets bénéfiques de la loi.⁵⁶

L'objectif poursuivi par le législateur lorsqu'il a énoncé les conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir, énoncées dans l'article 26 de la Loi, était de protéger les personnes vulnérables de toutes contraintes, influences injustifiées, pressions ou incitation à se donner la mort dans un moment de faiblesse, ou qui pourraient les conduire à accepter la mort sans un consentement libre et éclairé.

⁵⁵ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 29, référant au paragraphe 1076 du jugement de première instance : *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886.

⁵⁶ *R. c. Oakes*, 1986 CanLII 46 (CSC), [1986] 1 R.C.S. 103, p. 103.

Selon Le Petit Robert, le terme « vulnérabilité » est synonyme de fragilité. Ce dictionnaire définit l'adjectif « vulnérable » ainsi : « *Qui peut être facilement atteint, se défend mal* »⁵⁷. Cependant, la notion est beaucoup plus complexe que le laisse entendre cette définition, car plusieurs facteurs liés aux conditions de vie de la personne doivent être pris en compte pour déterminer si une personne est vulnérable. Dans *Carter*, le Canada qui défendait sa loi, a admis [TRADUCTION] « [...] *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* ». ⁵⁸ C'était d'ailleurs le cas de madame Taylor, « *une personne capable, bien renseignée et libre de toute coercition ou contrainte* ». ⁵⁹

Il faut reconnaître, tout comme le Canada l'a admis, que la *Loi sur les soins de fin de vie*, tout en protégeant les personnes vulnérables, s'appliquera aussi à des personnes qui ne sont pas vulnérables. Par conséquent, bien qu'il soit possible de soutenir que l'objectif poursuivi par les conditions énoncées à l'article 26 soit urgent et réel et qu'il existe un lien rationnel entre le moyen choisi et cet objectif, il est tout aussi possible de soutenir que la prohibition, c'est-à-dire, les conditions, a une portée trop large de sorte que l'atteinte n'est pas minimale :

*« la restriction de leurs droits [des personnes non vulnérables] 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. »*⁶⁰

de sorte qu'un tribunal pourrait conclure que la prohibition a une portée excessive qui ne se justifie pas dans le cadre d'une société libre et démocratique. Rappelons ce qui suit :

« Les valeurs et les principes sous-jacents d'une société libre et démocratique sont à l'origine des droits et libertés garantis par la Charte et constituent la norme fondamentale en fonction de laquelle on doit établir qu'une restriction d'un

⁵⁷ Josette REY-DEBOVE et Alain REY, *Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Le Robert, 2013, p. 2748.

⁵⁸ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 86; voir les motifs de première instance : *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886, par. 1136.

⁵⁹ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 86; voir les motifs de première instance : *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886, par. 16.

⁶⁰ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (CanLII), par. 86.

droit ou d'une liberté constituée, malgré son effet, une limite raisonnable dont la justification peut se démontrer. »⁶¹

En adoptant les conditions stipulées à l'article 26, le législateur avait pris soin d'envisager les risques que poseraient un régime permissif et la faisabilité de la mise en place de garanties pour les contrer. Notamment, il a tenu compte du fait que les médecins sont en mesure d'évaluer l'aptitude à consentir aux soins de santé d'un patient. Ces médecins ont, en outre, la responsabilité de réaliser le processus clinique qui permettra d'obtenir non seulement un consentement libre, mais éclairé à la fois sur le diagnostic, le pronostic, les moyens thérapeutiques, les soins disponibles et leurs effets. Le législateur québécois a ainsi conçu dans la *Loi sur les soins de fin de vie* un régime qui impose non seulement des limites strictes, mais surveillées.

En effet, le ministre aura un pouvoir de surveillance puisqu'il pourra exiger des établissements et des agences les informations nécessaires à l'exercice de ses fonctions⁶² et autoriser des inspections au besoin⁶³ lesquelles pourront être déléguées aux agences⁶⁴. Enfin, la loi a créé la Commission sur les soins de fin de vie qui relèvera de l'Assemblée nationale et aura comme mandat d'examiner toute question relative aux soins de fin de vie ainsi qu'un mandat de contrôle général et de surveillance⁶⁵.

Toutefois, bien que les tribunaux doivent faire preuve de déférence à l'endroit du législateur en évaluant la proportionnalité, nous croyons que ce dernier, sans en exiger la perfection, pourrait adapter son régime pour le rendre conforme à l'arrêt *Carter*. Il pourrait ainsi maintenir dans sa loi les mesures déjà en place pour protéger les personnes vulnérables, tout en respectant les droits à la vie, la liberté, la sécurité et à l'égalité des personnes qui ne le sont pas. Car, comme l'énonçait la juge de première instance dans *Carter* :

« [TRADUCTION] *Accorder une aide médicale à mourir aux personnes grièvement malades et condamnées à des souffrances irrémédiables — des personnes capables, bien informées, non ambivalentes, qui n'ont subi aucune coercition ou contrainte —, dans le cadre d'un régime comportant des garanties rigoureuses et bien appliquées, pourrait permettre de réaliser réellement et substantiellement cet objectif* »⁶⁶ (de protection des personnes vulnérables.) »

⁶¹ *R. c. Oakes*, 1986 CanLII 46 (CSC), [1986] 1 R.C.S. 103, à la p. 136.

⁶² *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 20.

⁶³ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 21.

⁶⁴ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 22.

⁶⁵ *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ c S-32.0001, art. 42.

⁶⁶ *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886, par. 1243.

CONCLUSION

La mort est inévitable pour tous les mortels. Tout le débat entourant l'aide médicale à mourir dans le cadre de la *Loi sur les soins de fin de vie* concernait les personnes en fin de vie. Le débat entourant l'aide au suicide dans l'affaire *Carter* concernait les personnes affectées 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 en regard de sa condition.

Les arguments présentés de part et d'autre ont pour fondement des valeurs sociales et morales qui trouvent toutes un appui solide dans nos textes de lois. Ces valeurs ne sont pas opposées, bien au contraire. Elles sont concordantes. Elles visent toutes la protection de la personne. C'est dans le cadre de la mise en œuvre de cette protection et de la portée qui devrait être attribuée à ces valeurs que le dilemme s'est posé et n'est toujours pas complètement résolu. Pour les uns, le législateur est allé trop loin et pour les autres, pas assez. Ces divergences révèlent bien la diversité des opinions personnelles et des idéaux collectifs, caractéristiques de notre société.

Le législateur québécois a fait preuve d'une grande prudence. Le sujet l'imposait. Cette prudence lui a dicté l'exclusion de catégories de personnes, notamment celles qui ne sont pas en fin de vie et celles qui sont atteintes de maladies chroniques qui génèrent des douleurs psychiques intolérables ou enfin celles qui se voient graduellement perdre le contrôle de leur vie par une maladie dégénérative, sachant qu'inéluctablement elles seront dépourvues de leur dignité. Ces personnes ont été entendues devant la Commission spéciale sur le droit de mourir dans la dignité, mais leur message ne s'est pas traduit dans le texte de la loi.

Ainsi, pour ces dernières, les arguments doivent donc encore être présentés, débattus et tranchés. La récente évolution législative pourra fort probablement les aider. En effet, les élus ont eu la sagesse et l'intelligence de mettre de côté des considérations partisans pour s'entendre sur un sujet aussi sensible, qui ne fera jamais l'unanimité. Néanmoins, la loi est maintenant adoptée, et entrera en vigueur dans les prochains mois. Ainsi, cet acquis législatif est fort probablement là pour rester. C'est à partir de cet acquis que les discussions se poursuivront en faveur ou contre un élargissement des conditions, en faveur ou contre ce nouveau *statut quo*.

Quelles que soient les convictions, il faut tout de même rappeler que l'État a encore le devoir et la responsabilité de protéger ses citoyens vulnérables. Notre législation qu'elle soit fédérale ou provinciale, y pourvoit. Notre Code civil, les codes de déontologie, les chartes des droits et libertés et enfin le Code criminel ont des dispositions strictes qui protègent la vie, la liberté, l'intégrité et l'autonomie de toutes les personnes. Notre législation doit aussi empêcher les dérapages et le législateur s'est doté de mesures pour ce faire dans la *Loi sur les soins de fin de vie*.

Enfin, il peut encore rester des cas où aider à mourir se ferait en dehors du contexte médical. Dans ces situations, ce ne serait plus un soin visé par la *Loi sur les soins de fin de vie*. Le législateur fédéral doit prendre position dans les prochains mois en regard des dispositions pénales relatives à l'aide au suicide. Nous espérons qu'il saura trouver, dans sa future législation, l'équilibre dans la protection des droits fondamentaux reconnus par la Cour suprême, au bénéfice de toutes les personnes, qu'elles soient vulnérables ou non.

BIBLIOGRAPHIE

Législation

Charte canadienne des droits et libertés de la personne, Partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11

Code civil du Québec, L.R.Q., c. C-1991

Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46

Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ c S-32.0001

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q. c. P-38.001

Jurisprudence

Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission), 2000 CSC 44 (CanLII), [2000] 2 R.C.S. 307

Carter c. Canada (Procureur général), 2015 CSC 5 (CanLII).

Carter v. Canada (Attorney General), 2012 BCSC 886

Malette c. Shulman, 1990 CanLII 6868 (ON CA)

Manoir de la Pointe-Bleue (1978) inc. c. Corbeil, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.), [1992] J.Q. no 98 (C.S.)

Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.), [1992] J.Q. No 1 (C.S.)

Québec (CSSS du Nord de Lanaudière) c. (B.) B., C.Q. Joliette no 705-40-002793-149, 7 aout 2014, juge D. Le Reste, EYB 2014-241975

Québec (CSSS Pierre-Boucher) c. Van Landschoot, C.S. Longueuil, no 505-17-007367-140, 16 juillet 2014, juge F. Rolland, EYB 2014-241932

R. c. Morgentaler, [1988] 1 RCS 30, 1988 CanLII 90 (CSC)

R. c. Oakes, 1986 CanLII 46 (CSC), [1986] 1 R.C.S. 103

Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519

Doctrine

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, « Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité », Rapport final, mars 2012, en ligne : <http://www.soinsdefindevie.gouv.qc.ca/documents/rapport_mourir-dans-la-dignite.pdf>

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ, *Abrégé du Mémoire présenté par Hélène Bolduc, présidente de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) à la Commission de la santé et des services sociaux :*

Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi no 52, Loi concernant les soins de fin de vie, 25 septembre 2013

BARREAU DU QUÉBEC, « Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes », Rapport, Québec, septembre 2010, en ligne : <<http://www.barreau.qc.ca/actualites-medias/communiques/2010/20100930-soins-fin-vie.html>>

BIRON, M., « L'accès à l'avortement menacé? Barrette le nie », 25 mars 2015, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/03/25/001-limitation-access-avortement-projet-loi-20-barrette-collectif.shtml>>

CENTRE NATIONAL DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES, 2015, en ligne : <http://www.mscenter.be/fr/ms_de_ziekte/evolutie.html>

CHALIFOUX, D. « La Loi concernant les soins de fin de vie, les directives médicales anticipées et les niveaux de soins : accommodements raisonnables ? » Service de la formation permanente du Barreau du Québec, (à paraître), Éditions Yvon Blais, 2015

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, La médecine, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie, 16 octobre 2009

GOULET, G., « Des libertés bien fragiles...L'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui », Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 261, Autonomie et protection, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, Débats parlementaires, Le mardi 18 février 2014-vol. 43 No 108.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, Débats parlementaires, Le vendredi 29 novembre 2013-Vol. 43 No 66

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Prise en considération du rapport de la Commission*, Le mardi 18 février 2014-Vol. 43 No 108

JARRY, M., « Dangerosité : un état de la jurisprudence », Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 165, être protégé malgré soi, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2002

L. D'Amico et Dr Paul J. Saba c. Procureur général du Québec et Procureur général du Canada, No : 500-17-082567-143, le 26 mai 2014

LAUZON, J., « Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril », Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 283, Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008

LEBLOND, G. et BUREAU, Y., *Soins appropriés en fin de vie : dignité et sérénité pour tous*, Collectif Mourir digne et libre, Notes à la Commission de la santé et des services sociaux, 25 septembre 2013

PHILIPS-NOOTENS, S., « Hébergement forcé : quels intérêts? quels enjeux? », Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. 301, La protection des personnes vulnérables, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2009

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES, en ligne :
<<https://beta.scleroseenplaques.ca/>>

SOCIÉTÉ PARKINSON CANADA, « Progression de la maladie de Parkinson », 2009,
en ligne : <<http://www.parkinson.ca>>