

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR AU CANADA ET AU QUÉBEC

Georges L'Espérance, md, neurochirurgien

Montréal (Qc), le 4 mars 2025

LE CANADA : SYSTÈME POLITIQUE ET JURIDIQUE.

Ce qui constitue aujourd'hui le territoire canadien est habité par les Autochtones depuis plusieurs milliers d'années. Après plusieurs guerres intercoloniales, la France cède à la Grande-Bretagne la quasi-totalité de ses colonies septentrionales en 1763. Le Traité de Paris (10 février 1763) confirme officiellement l'existence d'un pays français appelé *le Canada*. Paradoxalement, ce même document confirme aussi sa disparition en tant que territoire français : la Nouvelle-France disparaît complètement et donne place à l'Empire britannique. Par la Proclamation royale faite en 1763 sous-commission du roi George III, le Canada change de nom et devient la *Province of Quebec*.

Londres proclame finalement l'Acte de Québec en 1774 qui élargit les frontières de la colonie en incluant les territoires de l'Ontario actuel. De plus, l'Acte de Québec redonne aux Canadiens français certains privilèges tels que la conservation du régime seigneurial ainsi que le droit de pratiquer la religion catholique et d'utiliser la Coutume de Paris pour régir le commerce et les rapports civils. Le droit criminel et pénal britannique est toutefois maintenu.

Dans la Province de Québec, les institutions canadiennes sont abolies, alors que des institutions et des cours de justice britanniques sont implantées graduellement. Par conséquent, l'utilisation de la Coutume de Paris (droit coutumier originaire du Nord de la France) est remplacée par la *Common law*, droit coutumier britannique.

L'Amérique du Nord britannique commence à s'unifier le 1^{er} juillet 1867 par le biais de la Confédération, avec l'union de trois colonies donnant naissance au Dominion du Canada.

Fonctionnement du fédéralisme

La Constitution garantit un partage des compétences législatives entre le Parlement et les législatures provinciales. Chacun des paliers possède l'autorité suprême sur leurs compétences respectives bien que les deux aient une compétence égale dans les matières sur l'immigration et l'agriculture. Afin de faire respecter ce partage des juridictions, plusieurs débats se traduisent souvent en Cour suprême. Au cours des années, il s'est cependant avéré que les provinces possèdent significativement plus de pouvoirs que le gouvernement fédéral au point où les provinces ont le pouvoir d'influencer indirectement l'impact de certaines compétences fédérales à l'intérieur des limites de leur territoire. Tel est le cas en matière de réglementation du trafic

et du commerce (compétence fédérale) et d'octroi de permis d'exercice et de pratique commerciale (compétence provinciale) ou d'élaboration contractuelle (compétence provinciale). Ainsi, dans cet exemple, les principes du libre-marché promus par les gouvernements fédéraux peuvent être annihilés par des politiques provinciales.

Parlements provinciaux

Chaque province est un État à part entière avec un régime également parlementaire.

Tribunaux

La judicature du Canada est définie dans la *Loi constitutionnelle de 1867*. Elle joue un rôle important dans l'interprétation des lois, et possède le pouvoir d'invalider les lois qui transgressent la Constitution. Tous les tribunaux provinciaux et fédéraux sont organisés en une seule pyramide à quatre niveaux.

La Cour suprême du Canada, constituée en 1875, est la plus haute instance judiciaire du pays, et en l'occurrence, la cour de dernier ressort nationale. « *Elle a (...) compétence sur des litiges relevant de tous les domaines du droit* », chapeautant la Cour d'appel fédérale ainsi que toutes les cours d'appel provinciales. Sous ces juridictions viennent la Cour fédérale, la Cour canadienne de l'impôt ainsi que les cours supérieures de compétence générale des provinces et des territoires. Puis au bas de la pyramide viennent les cours typiquement décrites comme des cours provinciales.

D'autre part, le mandat de la judicature est de pourvoir à la primauté du droit de façon impartiale et accessible à tous; la primauté du droit étant assurée grâce à l'indépendance de la magistrature face aux institutions politiques.

Droit positif

Droit constitutionnel

Le fondement légal du Canada repose dans la Constitution du Canada.

Le bijuridisme est un trait particulier du droit canadien. En effet, la *common law* est l'unique loi civile au Canada - comme dans la plupart des pays anglophones, sauf dans les compétences législatives du Québec où la préséance est donnée exclusivement au Code civil du Québec. Cependant, seuls les principes de la *common law* régissent la Constitution. Par conséquent, les dispositions constitutionnelles sont muables et constamment en modification jour après jour.

Droit civil mixte

Contrairement au reste du Canada, le Québec est unique en ce sens où toute loi civile est écrite. Par conséquent, seule une modification dans le respect des lois existantes par les législateurs est nécessaire. L'autorité ultime appartient à l'Assemblée nationale du Québec, dans les limites de ses compétences législatives.

HISTORIQUE DES DÉCISIONS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR.

I. Cas de Nancy B.

En novembre 1991, une jeune femme dans la vingtaine de la région de Québec et atteinte de la maladie de Guillain-Barré s'adresse à la Cour supérieure pour qu'on la débranche du respirateur qui la maintient en vie contre sa volonté.

Nancy B., paralysée de la tête aux pieds depuis plus de deux ans, est parfaitement consciente et en possession de toutes ses facultés mentales. Lors d'une commission rogatoire à l'Hôtel-Dieu de Québec où elle est aux soins intensifs, elle déclare au juge Jacques Dufour qui s'était rendu à son chevet pour entendre son témoignage :

« Je ne veux plus vivre sur une machine. La seule affaire que j'ai, c'est la télévision... C'est assez. »

Dans la décision rendue en janvier 1992 dans l'affaire Nancy B., la Cour supérieure du Québec a tranché qu'une patiente adulte capable, atteinte d'une maladie incurable et clouée au lit pour la vie avait le droit de demander à son médecin de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie. Dans sa décision, le juge Dufour a cité les articles du *Code civil du Québec* prévoyant que l'être humain est inviolable et que personne ne peut l'obliger à recevoir un traitement sans son consentement.

Cette affaire portait également sur la responsabilité criminelle du médecin qui, à la demande de Nancy B., devrait débrancher le respirateur. Après avoir évoqué les articles 216, 217, 45 et 219 du *Code criminel*, ainsi que les dispositions relatives à l'homicide, le juge a conclu que le médecin ne montrerait pas une insouciance déréglée ou téméraire s'il débranchait le respirateur à la demande de la patiente et laissait la maladie suivre son cours naturel. Il a également statué que le médecin n'aiderait pas la patiente à se suicider et ne commettrait pas un homicide, étant donné que la mort de Nancy B. résulterait de la maladie.

II. La cause de Mme Sue Rodriguez.

Le 30 septembre 1993, la Cour suprême du Canada a rendu sa décision dans l'affaire Sue Rodriguez. Cette décision était attendue depuis longtemps.

Sue Rodriguez est une femme de 42 ans atteinte de sclérose latérale amyotrophique, une maladie débilante incurable. Elle demande qu'un médecin qualifié soit autorisé à l'aider à mettre fin à sa vie, au moment de son choix. L'alinéa 241b) du *Code criminel* interdit l'aide au suicide. Mme Rodriguez a demandé à la Cour suprême de la Colombie-Britannique une ordonnance déclarant cet alinéa invalide en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la « Charte »). Sa demande a été rejetée. Mme Rodriguez a porté sa cause en appel devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, qui, à la majorité, a confirmé la décision de la première cour. Mme Rodriguez en a appelé de cette décision devant la Cour suprême du Canada, où elle a soutenu que l'alinéa 241b) violait les articles 7, 12 et 15 de la Charte.

Dans une décision à cinq contre quatre, la Cour suprême du Canada a rejeté l'appel et déclaré que l'alinéa 241b) du Code est constitutionnel.

III. Collège des médecins du Québec - 2009

Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie.
Rapport du groupe de travail en éthique clinique

Quelques extraits.

« La mort naturelle n'est plus maintenant une référence aussi fiable. Avec les progrès de la médecine, le moment de la mort est de plus en plus l'objet d'une décision. Face à la mort, nous pouvons et nous devons maintenant faire des choix. Il faut donc trouver d'autres façons cohérentes de comprendre ces choix et de les encadrer.

Dans nos sociétés, la qualité de la vie est de plus en plus importante et de plus en plus associée à la conscience et à la vie relationnelle.

En fait, l'éthique médicale fournit depuis longtemps l'un des deux arguments les plus importants pour s'opposer à l'euthanasie volontaire, l'autre étant l'argument de la pente glissante. L'argument de la pente glissante veut que l'euthanasie volontaire ouvre la porte à des jugements de plus en plus sévères, sur la qualité de vie de certaines personnes considérées inaptes et sur la nécessité de les soutenir socialement. Dans les faits, il semble que cet argument ne soit pas très probant.

Quant à l'argument de l'éthique médicale, il consiste à dire que l'intention de tuer serait absolument contraire à l'éthique des médecins. Cependant, cette affirmation est de plus en plus contestée. Plusieurs soutiennent que le serment d'Hippocrate est une référence dont il faut conserver l'esprit plutôt que la lettre. Pour eux, l'éthique médicale est une éthique du soin plutôt qu'une éthique de la vie, comme on a longtemps pensé. Selon cette éthique du soin, les médecins auraient la responsabilité d'accompagner leurs patients jusqu'au bout.

Tout en étant conscients de l'ampleur de ces débats, les membres du groupe de travail s'entendent pour dire qu'ils partagent cette nouvelle sensibilité selon laquelle il existe des situations exceptionnelles où l'euthanasie pourrait être considérée comme une étape ultime nécessaire pour assurer des soins palliatifs de qualité.

En affirmant qu'il existe des situations exceptionnelles où l'euthanasie pourrait être considérée, même par des médecins, comme faisant partie des soins appropriés, les membres sont bien conscients de faire un pas de plus.

Si l'on suit notre raisonnement, il faudrait dès maintenant recentrer le débat autour de la notion de soins à donner plutôt que de meurtre à condamner et tenter de tirer parti de ce que nous savons déjà, ici, du processus décisionnel menant habituellement à des soins appropriés. Plutôt que de vouloir se

NB : La cause oppose donc les demanderesse (Carter et Taylor) qui demandent l'abolition de l'interdiction d'AMM et Le Canada, qui défend son code criminel.

Article VII de la Charte canadienne : 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. L'article 7 garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de tous les Canadiens.

Dans leur jugement unanime dans la cause Carter – Taylor, les neuf juges de la Cour suprême ont pris acte de l'évolution de nos sociétés, de l'évolution des mœurs, de la volonté d'une très grande majorité de la population tant canadienne qu'occidentale d'avoir le contrôle de son autonomie jusque dans les derniers moments de notre vie.

La Cour suprême qui a su apporter une argumentation très raisonnable qui permettra aux patients, familles, soignants et médecins d'y trouver l'aboutissement d'une relation thérapeutique complète basée sur l'empathie, la confiance, le respect de l'autre dans tout son être et sa dignité, sans interférence de leurs propres croyances. Cette décision permettra de trouver la paix de l'esprit pour les quelques rares personnes qui, sur la route de leur fin de vie, ne trouvent pas le soulagement physique ou psychique dans les soins palliatifs de qualité ou qui ne veulent plus voir leur corps perdre progressivement de son humanité et de son autonomie alors que leur esprit les quitte.

La cour suprême devait débattre de la constitutionnalité ou non de 2 articles du **Code criminel du Canada (ccc)** .

14. Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

241. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas :

- a) conseille à une personne de se donner la mort;
- b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non.

La cour suprême conclut à l'unanimité que :

[4] Nous concluons que la prohibition de l'aide d'un médecin pour mourir à une personne (« aide médicale à mourir ») est nulle dans la mesure où elle prive de cette aide un adulte capable dans les cas où

- (1) la personne touchée consent clairement à mettre fin à ses jours; et
- (2) la personne 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.

En conséquence, la Cour accueille le pourvoi.

ET ordonne au gouvernement fédéral de modifier le code criminel et lui accorde 12 mois pour le faire. (Ce qui sera allongé à 16 mois en raison des élections fédérales d'octobre 2015).

Quelques commentaires

La Cour suprême conclut à l'unanimité que les articles 14 et 241 du Code criminel du Canada (CCC) qui assimilaient l'euthanasie à un homicide contrevenaient aux articles 1 et 7 de la Charte des droits et libertés du Canada.

La loi 2 (du Québec) présente des balises importantes et strictes sur l'aide médicale à mourir. Il existe des différences sur les critères d'admissibilité entre les recommandations de la Cour suprême du Canada et la loi québécoise mais la CSC endosse à toutes fins utiles les piliers fondamentaux de la loi 2 du Québec, qui avait été promulguée au moment de la décision de la CSC, mais pas encore en vigueur.

L'article 1 de la Charte des droits et libertés du Canada **est le suivant** :

- *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.*

Les arguments de la décision sont essentiellement les suivants.¹

[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.*
- ✓ *D'une part, il y a l'autonomie et la dignité d'un adulte capable qui cherche dans la mort un remède à des problèmes de santé graves et irrémédiables.*
- ✓ *D'autre part, il y a le caractère sacré de la vie et la nécessité de protéger les personnes vulnérables.*

[4] Nous concluons que la prohibition de l'aide d'un médecin pour mourir à une personne (« aide médicale à mourir ») est nulle dans la mesure où elle prive de cette aide un adulte apte

- ✓ *qui consent clairement à mettre fin à ses jours;*
- ✓ *et qui 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.*

[8] En 2010, une certaine forme d'aide à mourir était permise à huit endroits dans le monde : les PaysBas, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse, l'Oregon, l'État de Washington, le Montana et la Colombie.

¹ Les numéros entre parenthèses réfèrent à la numérotation des paragraphes de la décision de la Cour Suprême.

- ✓ Ensemble, ces régimes permettent de disposer d'un ensemble de données concernant les rouages pratiques et juridiques de l'aide médicale à mourir, ainsi que l'efficacité des mesures protégeant les personnes vulnérables.

[13] M^{me} Taylor² savait cependant qu'il lui serait impossible de demander une aide médicale à mourir au moment venu parce que le Code Criminel le prohibait. Elle se trouvait ainsi devant ce qu'elle a décrit comme le « choix cruel »

- ✓ de mettre fin elle-même à ses jours alors qu'elle était encore physiquement apte à le faire,
- ✓ ou renoncer à la possibilité d'exercer un droit de regard sur le moment et la manière de mourir.

[56] Nous concluons que la prohibition de l'aide médicale à mourir porte atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de M^{me} Taylor et des personnes se trouvant dans sa situation, et qu'elle le fait d'une manière excessive et de ce fait non conforme aux principes de justice fondamentale. Cette prohibition viole donc l'article 7 (de la Charte des droits et libertés).

[63] Une prohibition absolue de l'aide à mourir résulterait en une « obligation de vivre » plutôt qu'un « droit à la vie », et la légalité de tout consentement au retrait d'un traitement vital ou d'un traitement de maintien de la vie, ou du refus d'un tel traitement, serait remise en question. Le caractère sacré de la vie « n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix »

[66] La loi permet aux personnes se trouvant dans cette situation (de problèmes de santé graves et irrémédiables) de demander une sédation palliative, de refuser une alimentation et une hydratation artificielles ou de réclamer le retrait d'un équipement médical de maintien de la vie, mais leur nie le droit de demander l'aide d'un médecin pour mourir.

En d'autres termes, une personne apte, ou son délégué si elle n'est plus apte, peut demander et obtenir (c'est son droit constitutionnel) l'arrêt de toute procédure médicale quelle qu'elle soit et tout en sachant fort bien que la mort s'ensuivra à très court, court ou moyen terme, mais si cette même personne demande de l'aide médicale à mourir afin que le même résultat survienne dans des conditions humaines et en l'espace de quelques minutes plutôt que de se prolonger inutilement, ce droit lui est refusé.

[68] 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'article 241b et l'article 14 du Code criminel portent atteinte aux droits à la liberté et à la sécurité de la personne.

Commentaire.

Ce jugement historique est reconnu par des experts juristes partout dans les pays qui ont le système juridique semblable à celui du Canada. Il est déjà un modèle au plan de la reconnaissance d'une liberté fondamentale que le droit à la protection de la vie n'implique pas une obligation de vivre .

² Mme Taylor souffrait d'une SLA : sclérose latérale amyotrophique - maladie de Lou Gehrig ou maladie de Charcot

Quelques extraits de la décision de la CSC.

VIII. L'article 7

[56] Pour les motifs exposés ci-après, nous concluons que la prohibition de l'aide médicale à mourir porte atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de M^{me} Taylor et des personnes se trouvant dans sa situation, et qu'elle le fait d'une manière excessive et de ce fait non conforme aux principes de justice fondamentale. Cette prohibition viole donc l'art. 7.

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

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

[60] Dissident en Cour d'appel, le juge en chef Finch a retenu l'argument selon lequel le droit à la vie ne se limite pas à la protection de l'existence physique (par. 84-89). Selon lui, cet intérêt que l'on porte à la vie est [TRADUCTION] « intimement lié à la manière dont une personne apprécie ce que la vie lui a apporté. Déterminer le stade où la vie perd son sens, où ses avantages sont réduits à un point tel qu'elle ne vaut plus rien, [. . .] constitue une décision éminemment personnelle que "chacun" a le droit de prendre pour soi » (par. 86). De même, dans ses motifs dissidents dans l'arrêt *Rodriguez (décision de 1993 de la cour suprême qui avait interdit l'AMM à 5 voix contre 4)*, le juge Cory a reconnu que le droit à la vie comprenait celui de mourir avec dignité, parce que « la mort fait partie intégrante de la vie » (p. 630).

[63] Cela dit, 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 vital ou d'un traitement de maintien de la vie, ou du refus d'un tel traitement, serait remise en question. Le caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société. L'article 7 émane d'un profond respect pour la valeur de la vie humaine, mais il englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant le passage à la mort.

[65] La juge de première instance 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 valeurs qu'elles ont eues toute leur vie et qui reflète leur vécu » (par. 1326).

[66] 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 permet aux personnes se trouvant dans cette situation de demander une sédation palliative, de refuser une alimentation et une hydratation artificielles ou de réclamer le retrait d'un équipement médical de maintien de la vie, mais leur nie le droit de demander l'aide d'un médecin pour mourir. 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 M^{me} Taylor subir des souffrances intolérables, elle empiète sur la sécurité de leur personne.

[86] Suivant cette approche, nous concluons que la prohibition de l'aide à mourir a une portée excessive. (...) Le Canada a admis au procès que la loi s'applique à des

personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie : [TRADUCTION] « [. . .] [i] 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).

[99] Le gouvernement doit démontrer l'existence d'un lien rationnel entre la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir et l'objectif qui consiste à empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à s'enlever la vie dans un moment de faiblesse.

[104] De l'avis de la juge, une prohibition absolue se serait révélée nécessaire si la preuve avait démontré que les médecins ne sont pas en mesure d'évaluer de manière sûre la capacité, la volonté et la non-ambivalence des patients, que les médecins ne comprennent pas la règle du consentement éclairé à un traitement médical ou ne l'appliquent pas, ou si la preuve émanant des endroits où l'aide à mourir est permise faisait état du décès fortuit d'une personne résultant de sévices, d'une insouciance, d'une insensibilité ou d'un dérapage (par. 1365-1366).

[105] La juge de première instance a toutefois écarté expressément ces possibilités. Après avoir étudié la preuve, elle a conclu qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs.

[106] La juge de première instance a conclu qu'il était possible pour un médecin qualifié et expérimenté d'évaluer de manière sûre la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision, et que la coercition, l'abus d'influence et l'ambivalence pouvaient tous être évalués de façon sûre dans le cadre de ce processus (par. 795-798, 815, 837 et 843).

[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).

[114] Au procès, le Canada a traité de façon assez détaillée des risques que pose la légalisation de l'aide médicale à mourir. D'après lui, de multiples sources d'erreur et facteurs peuvent rendre un patient [TRADUCTION] « vulnérable dans la prise de sa décision » et être ainsi à l'origine du risque que des personnes n'ayant pas un désir rationnel et réfléchi de mourir trouvent en fait la mort. Il souligne l'affaiblissement des facultés cognitives, la dépression ou d'autres maladies mentales, la coercition, l'abus d'influence, la manipulation psychologique ou émotionnelle, le préjudice systémique (envers les personnes âgées ou les handicapés) et la possibilité d'ambivalence ou de diagnostic erroné comme facteurs susceptibles de passer inaperçus ou de causer des erreurs dans l'évaluation de la capacité. Le Canada soutient essentiellement qu'étant donné l'étendue de cette liste, il n'existe aucun moyen sûr de savoir qui est vulnérable et qui ne l'est pas. Par conséquent, il estime qu'une prohibition générale s'impose.

[115] La preuve retenue par la juge de première instance n'étaye pas l'argument du Canada. Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active

- 2) ou la remise ou la prescription par un médecin ou une infirmière praticienne d'une substance que la personne peut s'administrer elle-même pour provoquer sa mort. (Suicide assisté).

Il y a donc 2 grandes différences entre la loi 2 du Québec et la loi fédérale :

- Médecin OU infirmier/ère praticienne
- Aide médicale à mourir OU suicide assisté.

Les critères sont sur le fond exactement les mêmes que la loi 2 sauf que le fédéral remplace le critère de fin de vie par celui de « *mort naturelle raisonnablement prévisible.* »

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;
- 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.

%%%%%%%%%

Le droit à la vie, la vie à tout prix ou la vie à n'importe quel prix s'appelle de l'acharnement thérapeutique que la société contemporaine n'endosse plus.

Enfin, il est utile et nécessaire de rappeler que l'expérience concrète des 9 dernières années au Canada a démontré que l'AMM est dispensée de façon très rigoureuse et dans le respect absolu des lois malgré l'augmentation des cas d'AMM au Québec comme au Canada.

L'évaluation d'un patient pour AMM est un processus tout ce qu'il y a de plus humain, de personne à personne. Ajoutons qu'il s'agit d'un travail professionnel et multidisciplinaire qui implique dans la plupart des cas toute une équipe d'intervenants à divers degrés : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, préposés, pharmacien, intervenant en soins spirituels, etc.

Rappelons qu'il n'y a aucune « *participation forcée pour arranger et faciliter l'administration de l'euthanasie et du suicide assisté* » et que la clause de conscience existe. Selon le Collège des médecins du Québec, un médecin qui a une objection de conscience n'a pas à donner le soin, mais il a une obligation déontologique de faire cheminer la demande de son patient vers un médecin qui pourra en faire une évaluation objective.

En revanche, il est très discutable que des organisations, telles certaines institutions hospitalières catholiques (hors-Québec) refusent d'accorder ce soin légitime et n'hésitent pas à transférer des patients mourants dans un hôpital pour recevoir l'AMM, quel que soit l'état du patient et faisant fi de l'angoisse du patient qui s'était habitué à du personnel attentif dans les derniers jours de son existence.

Soins palliatifs et AMM

80 % des personnes qui ont reçu l'AMM bénéficiaient de soins palliatifs de fin de vie (SPFV) au moment de faire leur demande d'AMM et 89 % en avaient reçus entre la demande et l'administration de l'AMM. Parmi les personnes qui ne bénéficiaient pas de SPFV au moment de faire leur demande d'AMM, 59 % en ont reçus par la suite. Dans certains cas où la personne n'a pas bénéficié de SPFV, l'établissement a précisé que c'est la personne qui refusait les soins offerts.

L'affirmation trop souvent entendue que des patients demandent l'AMM parce qu'ils n'ont pas de soins palliatifs ne tient tout simplement pas la route au vu des données factuelles. C'est d'ailleurs aussi l'argument avancé pour obtenir du financement supplémentaire alors que la réalité ne soutient pas la pénurie de lits en soins palliatifs. En effet, tous les patients qui demandent un transfert en soins palliatifs ont leur place dans un délai raisonnable. Et les lits en maison de soins palliatifs ne sont souvent pas occupés à pleine capacité.

D'ailleurs, pourquoi est-ce que des patients qui sont en soins palliatifs de grande qualité ou même en maison de SP demanderaient-ils l'AMM si les SP répondaient à toutes les situations ? Une telle affirmation relève du paternalisme médical voire de considérations idéologiques.

Il faut absolument rappeler qu'il n'y a aucune contradiction ni exclusion entre soins palliatifs et aide médicale à mourir. La seconde fait partie de la première et n'est qu'une modalité supplémentaire d'être à l'écoute de nos patients et des citoyens.

%%%%%%%%%

PENSÉE ET PHILOSOPHIE DERRIÈRE L'AMM

En 1990, Madame la docteure Nacia Faure, endocrinologue, avançait une réflexion sur une « *Nouvelle éthique médicale : retour à une médecine humaniste.* »⁴

« D'observateurs passifs qu'ils étaient, les médecins ont acquis depuis une trentaine d'années un nouveau pouvoir, car ils sont maintenant en mesure de modifier l'évolution naturelle de plusieurs maladies. Avec cette nouvelle habileté à garder les gens en vie surgissent des questions qui devront tôt ou tard trouver réponse : l'augmentation de la durée de vie va-t-elle de pair avec une qualité de vie acceptable ? Qui doit-on traiter et qui doit-on « laisser aller » ? Les coûts impliqués sont-ils socialement justifiables ?

Durant les cinquante premières années du XX^e siècle, la médecine a fait d'énormes progrès avec le développement des antibiotiques et le contrôle des maladies infectieuses; mais cette époque où la médecine semblait faire des miracles est révolue. »

De paternaliste qu'elle était jusqu'aux années 80, la médecine a fort heureusement évolué et c'est maintenant le patient qui détient le rôle primordial dans la prise de décision qui le concerne... ou tout au moins c'est le paradigme vers lequel on devrait tendre. Les grands principes de l'éthique médicale se sont précisés.

L'autonomie du patient occupe une grande place dans le domaine des soins de fin de vie. Parallèlement, au Québec et au Canada en général, le principe d'autonomie du patient est bien reconnu dans le champ thérapeutique et à notre connaissance relativement bien respecté surtout par l'obligation faite aux soignants de consentement éclairé aux soins.

Le concept de bienveillance/bienfaisance représente pour le soignant le devoir moral de faire le bien. La bienveillance englobe les idéaux moraux et compose le fondement éthique primordial de la relation entre le médecin traitant et son patient : le problème du patient et ses besoins doivent avoir préséance sur toutes les autres considérations.

Dans nos sociétés occidentales, et depuis la Seconde Guerre mondiale, il y a une opposition croissante et constante entre le respect des règles d'autonomie et de bienveillance. L'accent sur la bienveillance au détriment de l'autonomie (paternalisme) n'est pas un idéal, mais une sur-autonomie peut produire un effet totalement contraire à la bienveillance, objectif primordial de toute approche médicale.

Il est essentiel de répéter que la souffrance existentielle existe et qu'elle est même à la base dirais-je, de notre action pour les personnes qui se savent atteintes de

⁴ *L'éthique au quotidien*. Ouvrage conjoint de 8 auteurs sous la direction de Me Martin Hébert. Québec-Amérique, 1990. Chapitre sur l'éthique médicale écrit conjointement avec Dr Georges L'Espérance

démence et même pour les personnes qui jugent quelles sont arrivées à la fin de leur passage terrestre, cette fin qui vient entacher la réalité des derniers jours, quand la personne ne trouve plus de sens au temps qu'il lui reste, quand la personne affirme que la mort tarde à venir, quand tout devient un effort parce que la machine humaine ne suit plus.

L'honorable juge Jean-Louis Baudouin écrivait en juin 2009 que « *Le premier devoir du médecin n'est plus de sauver la vie à tout prix, mais de respecter la liberté de choix de son patient* ».

Il restera à définir pour tous une nouvelle éthique de la mort, détaché de craintes ancestrales et acceptée ouvertement comme étant la conclusion inéluctable de toute vie, envers et malgré toutes les nouvelles technologies. La mort sera toujours le rendez-vous de la fin d'une existence.

&&&&&&&

On ne peut nier que dans ces matières, il y a une optique religieuse qui peut souvent occulter d'autres questions et d'autres regards. Encore une fois, cela est complètement légitime pour ceux dont c'est la croyance, mais cela ne justifie pas de l'appliquer à tous : de plus en plus de gens, dont je suis, sont athées et d'autres religions n'ont pas la même attitude devant la mort que les trois grandes religions monothéistes.

D'autres cultures n'ont pas le concept de la vie physique à tout prix comme fondement et vont par exemple plutôt favoriser la vie psychique. Il y a sur cette terre une multitude de points de vue et en ces matières, il m'apparaît que le prosélytisme n'a pas sa place.

Je veux seulement m'en tenir à un questionnement humain et à un angle spécifique, celui du paternalisme médical : de prétendre dans nos sociétés annihiler toute souffrance humaine et surtout psychologique à l'approche de la mort par la multiplication des soins palliatifs relève à mon avis d'une bienveillante illusion, mais illusion tout de même. Bien sûr qu'il faut donner accès le plus possible à des soins palliatifs, là n'est pas la question. Bien sûr qu'il y a des gens qui souffrent physiquement dans leur corps en fin de vie et qui veulent être soulagés tout en gardant leur esprit relativement clair pour profiter des derniers jours parmi leurs semblables : là n'est pas la question non plus.

Mais cela ne règle en rien la question des personnes humaines qui souffrent profondément dans leur psyché et ce malgré l'apport de molécules ou de thérapies diverses : perte de l'autonomie de base, perte de contrôle de sa propre vie, crainte et horreur de la dépendance envers les autres (famille, soignants, société), perte inéluctable des capacités cognitives, etc. Il y a de multiples raisons pour lesquelles un être humain autonome, indépendant, pensant, comprend avec une acuité douloureuse qu'il arrive au bout de son cheminement et que cette pensée lui devient intolérable.

Cela aussi est totalement légitime et représente peut-être le dernier geste d'affirmation de l'autonomie personnelle. L'être humain n'est-il pas le seul qui sait que son existence est finie, qu'elle a un début et une fin ? Il ne faut pas perdre de vue aussi que la prolongation de la vie chez un grand nombre de personnes malades relève de la médecine moderne : il n'est que justice que la médecine s'occupe aussi des personnes qu'elle a souvent conduit dans ces états de dépendance.

Il faut qu'il y ait des balises pour s'assurer que cette personne n'est pas dans un état dépressif transitoire et que sa décision découle d'une réflexion personnelle et

multifactorielle. Mais ce cheminement chez ce type d'individu est là aussi parfaitement légitime.

Ce qui pour ma part m'interpelle, c'est un relent de paternalisme médical qui veut substituer à l'autonomie de l'individu, aux décisions qui concernent sa propre vie et sa propre mort, des mécanismes cliniques qui vont le priver de l'acte ultime d'autonomie.

N'est-ce pas du paternalisme médical (et teinté parfois de relent religieux) de vouloir imposer à tout un chacun sa propre morale? Je m'inscris en faux contre cette conception : tout ne doit pas se ramener dans notre société à la médecine et encore moins au pouvoir médical.

Comme médecins, nous sommes là pour aider nos semblables avec tout ce que la médecine moderne et la technologie nous apportent, bien sûr, mais d'abord et avant tout avec l'écoute, la compréhension et l'humilité nécessaires. Ce sont à mon avis ces qualités qui doivent nous guider et aider ceux d'entre nous qui voudront le faire à pouvoir poursuivre le soulagement de l'être humain par l'acte ultime.

En écrivant cela, j'ai l'impression de faire le même raisonnement que la société a dû faire il y a 50 ans en faveur de l'avortement médical. En bout de ligne, il s'agissait, dans des situations qui existaient et qui existent, inéluctablement, d'éviter que des jeunes femmes perdent la vie ou gardent des séquelles indélébiles en leur offrant une solution simple, médicale, contrôlée, humaniste, altruiste, compréhensive. Tous ceux qui ont fait ce débat se souviennent de l'argument princeps sur le « *respect de la vie à tout prix* ».

En ce qui concerne la fin de vie, je crois qu'il ne faut pas perdre de vue que l'espérance de vie a pratiquement doublé dans les 100 dernières années, essentiellement par les mesures de santé publique il est vrai, mais aussi par les avancées de la médecine curative et des technologies. Plusieurs des personnes qui arrivent en fin de vie, et je pense ici en particulier aux maladies neurodégénératives, n'auraient jamais eu cette espérance de vie sans l'aide de la médecine. Or, quand ils arrivent à un point tel que les inconvénients de se voir en vie l'emportent largement sur les bienfaits, nous sommes très exactement dans les zones de réflexion de la bienfaisance versus la non-malfaisance et c'est là je crois où la médecine doit cesser d'être paternaliste pour devenir accompagnatrice et humaniste.

Enfin, tout comme l'avortement, ce n'est pas parce que l'accompagnement à une mort douce est balisé dans nos sociétés que tout un chacun va s'en prévaloir, loin de là. Mais ceux qui le voudront le pourront et c'est là que nous, médecins, devons jouer notre rôle : aider dans la mesure de nos moyens.

Même les meilleurs soins palliatifs donnés avec les meilleures intentions du monde resteront une vie (ou une survie) médicalisée avec parfois un paternalisme médical qui m'apparaît de plus en plus insupportable dans nos sociétés et je le dis comme médecin et comme citoyen.

Pourquoi doit-on priver les gens qui en expriment le désir réfléchi, assumé (et surtout depuis trop longtemps envisagé) d'une assistance humaine, médicale, bien encadrée, pour les aider dans ce qui représente leur ultime acte d'autonomie et d'être humains? Qui d'autre mieux que des médecins ou des soignants bien formés pour ce faire peuvent les aider dans cette ultime démarche sans souffrance induite?

Pour tous ceux qui croient en une instance supérieure, pour tous ceux qui croient que les souffrances physiques comme psychiques doivent s'endurer jusqu'à leur dernier souffle (ou celui de leurs proches), que tous ceux-là continuent de bénéficier de ce que la médecine et des soins humains peuvent leur offrir de mieux. Mais en vertu de quoi peut-on refuser aux autres ce que l'on ne voudrait probablement pas pour soi-même?

Extraits de la décision de la Cour Suprême du Canada

COUR SUPRÊME.

[8] Le portrait législatif en matière d'aide médicale à mourir a changé au cours des deux décennies qui ont suivi l'arrêt *Rodriguez*. En 1993, le juge Sopinka faisait remarquer qu'aucune autre démocratie occidentale n'autorisait expressément l'aide à mourir. Par contre, en 2010, une certaine forme d'aide à mourir était permise à huit endroits dans le monde : les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse, l'Oregon, l'État de Washington, le Montana et la Colombie.

Le phénomène de la légalisation est apparu en 1994 quand, à l'initiative de citoyens, l'Oregon a modifié ses lois afin de permettre l'aide médicale à mourir à l'égard d'une personne atteinte d'une maladie terminale. La Colombie a fait de même en 1997, à la suite d'une décision rendue par la cour constitutionnelle. Le Parlement néerlandais a établi un régime réglementaire applicable à l'aide à mourir en 2002; la Belgique n'a pas tardé à adopter un régime semblable, et le Luxembourg a emboîté le pas en 2009. Ensemble, ces régimes permettent de disposer d'un ensemble de données concernant les rouages pratiques et juridiques de l'aide médicale à mourir, ainsi que l'efficacité des mesures protégeant les personnes vulnérables.

III. L'article 7

[56] Pour les motifs exposés ci-après, nous concluons que la prohibition de l'aide médicale à mourir porte atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de M^{me} Taylor et des personnes se trouvant dans sa situation, et qu'elle le fait d'une manière excessive et de ce fait non conforme aux principes de justice fondamentale. Cette prohibition viole donc l'[art. 7](#) .

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

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

[60] Dissident en Cour d'appel, (qui a cassé la décision de la juge de 1^e instance) le juge en chef Finch a retenu l'argument selon lequel le droit à la vie ne se limite pas à la protection de l'existence physique (par. 84-89). Selon lui, cet intérêt que l'on porte à la vie est [TRADUCTION] « intimement lié à la manière dont une personne apprécie ce que la vie lui a apporté. Déterminer le stade où la vie perd son

sens, où ses avantages sont réduits à un point tel qu'elle ne vaut plus rien, [. . .] constitue une décision éminemment personnelle que "chacun" a le droit de prendre pour soi » (par. 86). De même, dans ses motifs dissidents dans l'arrêt *Rodriguez (décision de 1993 de la cour suprême qui avait interdit l'AMM à 5 voix contre 4)*, le juge Cory a reconnu que le droit à la vie comprenait celui de mourir avec dignité, parce que « la mort fait partie intégrante de la vie » (p. 630).

[62] (...) En résumé, selon la jurisprudence, le droit à la vie entre en jeu lorsqu'une mesure ou une loi prise par 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. Par contre, on a traditionnellement considéré que les préoccupations relatives à l'autonomie et à la qualité de vie étaient des droits à la liberté et à la sécurité. Nous ne voyons aucune raison de modifier cette approche en l'espèce.

[63] Cela dit, 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 vital ou d'un traitement de maintien de la vie, ou du refus d'un tel traitement, serait remise en question. Le caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société. L'article 7 émane d'un profond respect pour la valeur de la vie humaine, mais il englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant le passage à la mort. 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). **Et pour cette raison, 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. C'est de ce choix fondamental que nous allons maintenant traiter.**

(2) La liberté et la sécurité de la personne

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

[66] 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 permet aux personnes se trouvant dans cette situation de demander une sédation palliative, de refuser une alimentation et une hydratation artificielles ou de réclamer le retrait d'un équipement médical de maintien de la vie, mais leur nie le droit de demander l'aide d'un médecin pour mourir. 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 M^{me} Taylor subir des souffrances intolérables, elle empiète sur la sécurité de leur personne.

[67] Le droit protège depuis longtemps l'autonomie du patient dans la prise de décisions d'ordre médical. Dans *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, 2009 CSC 30, [2009] 2 R.C.S. 181, notre Cour, dont l'opinion majoritaire a été rédigée par la juge Abella (la dissidence ne porte pas sur ce point), a reconnu la « solide pertinence qui, dans notre système juridique, caractérise le principe selon lequel les personnes mentalement capables peuvent — et doivent pouvoir — prendre en toute liberté des décisions concernant leur intégrité corporelle » (par. 39). Ce droit de « décider de son propre sort » permet aux adultes de dicter le cours de leur propre traitement médical (par. 40) : c'est ce principe qui sous-tend la notion de « consentement éclairé » et qui est protégé par la garantie de liberté et de sécurité de la personne figurant à l'[art. 7](#) (par. 100; voir aussi *R. c. Parker* (2000), 49 O.R. (3d) 481 (C.A.)). Comme on l'a souligné dans *Fleming c. Reid* (1991), 4 O.R. (3d) 74 (C.A.), 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] 2 R.C.S. 119; *Malette c. Shulman* (1990), 72 O.R. (2d) 417 (C.A.); *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

[68] Dans *Blencoe*, les juges majoritaires de la Cour ont conclu que l'intérêt relatif à la liberté garantie par l'[art. 7](#) est en cause « lorsque des contraintes ou des prohibitions de l'État influent sur les choix importants et fondamentaux qu'une personne peut faire dans sa vie » : par. 49. 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.*). La juge de première instance a elle aussi affirmé qu'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. 241b](#)) et l'[art. 14](#) du *Code criminel* portent atteinte aux droits à la liberté et à la sécurité de la personne.

(3) Résumé de l'analyse relative à l'article 7 : la vie, la liberté et la sécurité de la personne

[70] Pour ces motifs, nous concluons que la prohibition de l'aide médicale à mourir a privé M^{me} Taylor, ainsi que d'autres personnes affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables, du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. (...).

B. *Les principes de justice fondamentale*

[75] Le Canada convient que la prohibition vise à protéger la personne vulnérable, mais prétend que son objet doit aussi être défini plus largement et qu'il consiste simplement en [TRADUCTION] « la préservation de la vie » (m.i., par. 66, 108 et 109). Nous ne pouvons pas accepter cet argument.

[76] Premièrement, il est inexact de dire que les juges majoritaires dans *Rodriguez* ont retenu « la préservation de la vie » comme objet de la prohibition de l'aide à mourir. Le juge Sopinka parle de la préservation de la vie dans son analyse des objectifs de l'[al. 241b](#) (p. 590, 614). Il précise toutefois par la suite cette remarque en disant que « [l'][alinéa 241b](#) vise à protéger la personne vulnérable qui, dans un moment de faiblesse, pourrait être incitée à se suicider » (p. 595). Le juge Sopinka poursuit en soulignant que cet objectif, « fondé sur l'intérêt de l'État à la protection de la vie, traduit la politique de l'État suivant laquelle on ne devrait pas dévaloriser la valeur de la vie humaine en permettant d'ôter la vie » (*ibid.*). Il est préférable de considérer ses remarques au sujet de la « préservation de la vie » dans *Rodriguez* comme une mention d'une valeur sociale directrice plutôt que comme une description de l'objet précis de la prohibition.

[78] (...) L'[alinéa 241b](#) ne vise pas à préserver la vie, ni même à prévenir le suicide — la tentative de suicide n'est plus un crime. Le Canada nous demande pourtant d'affirmer que l'objet de la prohibition est de préserver la vie, peu importe les circonstances. Cette formulation va au-delà du champ d'application de la disposition elle-même. Ce que vise directement la mesure, c'est le but restreint d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse.

[84] L'objet visé par la prohibition de l'aide médicale à mourir est d'empêcher que la personne vulnérable mette fin à ses jours dans un moment de faiblesse. Puisque la prohibition absolue de l'aide au suicide favorise clairement la réalisation de cet objet, la restriction de droits individuels n'est pas arbitraire.

(2) La portée excessive

[86] Suivant cette approche, nous concluons que la prohibition de l'aide à mourir a une portée excessive. Comme nous l'avons vu, l'objet de la loi est d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse. Le Canada a admis au procès que la loi s'applique à des personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie : [TRADUCTION] « [. . .] [i] 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.

[87] Le Canada plaide qu'il est difficile d'identifier de manière concluante la « personne vulnérable », et qu'on ne peut donc pas dire que la prohibition a une portée excessive. En fait, affirme le Canada, [TRADUCTION] « chaque

personne *peut* être vulnérable » du point de vue de la loi (m.i., par. 115 (en italique dans l'original)).

[88] Nous ne sommes pas de cet avis. La situation est analogue à celle de l'affaire *Bedford*, où notre Cour a conclu que la prohibition de vivre des produits de la prostitution faite à l'al. 212(1) j) du *Code criminel* était trop large. La disposition en cause dans cette affaire sanctionnait toute personne qui gagnait sa vie aux dépens d'une prostituée, sans faire de distinction entre la personne qui aiderait et protégerait une prostituée et la personne qui, à tout le moins, pourrait l'exploiter. Le Canada a soutenu, dans cette affaire comme en l'espèce, que la ligne de démarcation entre les rapports empreints d'exploitation et ceux exempts d'exploitation était floue, et que la disposition devait donc avoir une large portée afin de réprimer les actes censés l'être. La Cour a conclu qu'il est plus opportun d'examiner cette considération dans l'analyse fondée sur l'article premier (par. 143-144).

[99] Le gouvernement doit démontrer l'existence d'un lien rationnel entre la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir et l'objectif qui consiste à empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à s'enlever la vie dans un moment de faiblesse. La question est de savoir si les moyens mis en œuvre par la loi représentent une façon rationnelle pour le législateur d'atteindre son objectif. Si ce n'est pas le cas, les droits sont restreints sans raison valable. Pour prouver l'existence d'un lien rationnel, le gouvernement n'a qu'à démontrer l'existence d'un lien causal, « fondé sur la raison ou la logique », entre la violation et l'avantage recherché : *RJR-MacDonald*, par. 153.

[103] En l'espèce, la question se résume à savoir si la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir, avec ses lourdes répercussions sur les droits des demandeurs à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne protégés par l'art. 7, constitue le moyen le moins radical d'atteindre l'objectif législatif. Il incombait à la juge de première instance de décider si un régime moins attentatoire à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne pouvait contrer les risques associés à l'aide médicale à mourir, ou si le Canada avait raison de dire que le recours à des garanties ne permettait pas de contrer adéquatement ces risques.

[104] Cette question est au cœur de la présente affaire et elle était le point de mire d'une grande partie de la preuve produite au procès. Pour analyser l'atteinte minimale, la juge de première instance a entendu les témoignages de scientifiques, de praticiens de la santé et d'autres personnes qui connaissaient bien la prise de décisions concernant la fin de vie au Canada et à l'étranger. Elle a aussi pris connaissance d'une preuve abondante émanant de chacun des endroits où l'aide médicale à mourir est légale ou réglementée. De l'avis de la juge, une prohibition absolue se serait révélée nécessaire si la preuve avait démontré que les médecins ne sont pas en mesure d'évaluer de manière sûre la capacité, la volonté et la non-ambivalence des patients, que les médecins ne comprennent pas la règle du consentement éclairé à un traitement médical ou ne l'appliquent pas, ou si la preuve émanant des endroits où l'aide à mourir est permise faisait état du décès fortuit d'une personne résultant de sévices, d'une insouciance, d'une insensibilité ou d'un dérapage (par. 1365-1366).

[105] La juge de première instance a toutefois écarté expressément ces possibilités. Après avoir étudié la preuve, elle a conclu qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les

personnes vulnérables contre les abus et les erreurs. Certes, il existe des risques, mais un système soigneusement conçu et géré peut les contrer adéquatement :

[TRADUCTION] L'examen de la preuve auquel j'ai procédé dans la présente section ainsi que dans la section précédente traitant de l'expérience vécue aux endroits où l'aide à mourir est permise m'amène à conclure que les risques inhérents à l'autorisation 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. [par. 883]

[106] La juge de première instance a conclu qu'il était possible pour un médecin qualifié et expérimenté d'évaluer de manière sûre la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision, et que la coercition, l'abus d'influence et l'ambivalence pouvaient tous être évalués de façon sûre dans le cadre de ce processus (par. 795-798, 815, 837 et 843). Pour arriver à cette conclusion, elle s'est surtout appuyée sur la preuve relative à l'application de la norme du consentement éclairé dans la prise d'autres décisions d'ordre médical au Canada, notamment les décisions de fin de vie (par. 1368). Elle a estimé qu'il serait possible pour les médecins d'appliquer la norme du consentement éclairé à l'égard des patients qui demandent de l'aide pour mourir, et elle a ajouté la mise en garde suivante : les médecins devraient s'assurer que les patients sont informés comme il se doit de leur diagnostic et de leur pronostic ainsi que des soins médicaux qu'ils peuvent recevoir, y compris les soins palliatifs visant à calmer la douleur et à leur éviter la perte de leur dignité (par. 831).

[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).

[109] (...)Nous ne voyons aucune raison de rejeter les conclusions auxquelles est arrivée la juge. Ces conclusions étaient raisonnables compte tenu du dossier.

[111] Dans son affidavit, le professeur Montero passe en revue plusieurs cas récents, controversés et médiatisés d'aide à mourir en Belgique auxquels ne s'appliqueraient pas les paramètres proposés dans les présents motifs, tels que l'euthanasie pour les mineurs ou pour les personnes affectées de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mineurs. Selon le professeur Montero, ces cas démontrent que la Belgique s'est engagée dans un dérapage. À son avis, [TRADUCTION] « [u]ne fois l'euthanasie permise, il devient très difficile de s'en tenir à une interprétation stricte des conditions prévues par la loi ».

[112] Nous ne sommes pas convaincus que la preuve présentée par le professeur Montero mine les conclusions de fait de la juge de première instance. En

premier lieu, cette dernière a signalé (à juste titre selon nous) que le régime permissif de la Belgique résulte d'une culture medico-légale très différente. L'aide à mourir y était [TRADUCTION] « déjà répandue et intégrée à la culture médicale » avant sa légalisation (par. 660). Le régime ne fait que réglementer une pratique courante qui existait déjà. Puisque le Canada n'a pas connu de phénomène analogue, la juge de première instance a estimé problématique de tirer, sur la foi de la preuve provenant de la Belgique, des conclusions relatives à la mesure dans laquelle les médecins respectent les garanties législatives (par. 680). Cette distinction est pertinente tant pour évaluer le degré de respect des garanties par les médecins que pour apprécier la preuve concernant la possibilité de dérapage.

(c) *La faisabilité des garanties et la possibilité de « dérapage »*

[114] Au procès, le Canada a traité de façon assez détaillée des risques que pose la légalisation de l'aide médicale à mourir. D'après lui, de multiples sources d'erreur et facteurs peuvent rendre un patient [TRADUCTION] « vulnérable dans la prise de sa décision » et être ainsi à l'origine du risque que des personnes n'ayant pas un désir rationnel et réfléchi de mourir trouvent en fait la mort. Il souligne l'affaiblissement des facultés cognitives, la dépression ou d'autres maladies mentales, la coercition, l'abus d'influence, la manipulation psychologique ou émotionnelle, le préjudice systémique (envers les personnes âgées ou les handicapés) et la possibilité d'ambivalence ou de diagnostic erroné comme facteurs susceptibles de passer inaperçus ou de causer des erreurs dans l'évaluation de la capacité. Le Canada soutient essentiellement qu'étant donné l'étendue de cette liste, il n'existe aucun moyen sûr de savoir qui est vulnérable et qui ne l'est pas. Par conséquent, il estime qu'une prohibition générale s'impose.

[115] La preuve retenue par la juge de première instance n'étaye pas l'argument du Canada. Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont parle le Canada font déjà partie intégrante de notre régime médical.

[116] Comme l'a fait remarquer la juge de première instance, on cautionne implicitement l'évaluation individuelle de la vulnérabilité (quelle que soit sa source) dans la prise de décisions de vie ou de mort au Canada. Dans certains cas, ces décisions sont régies par des directives préalables ou prises par un mandataire spécial. Le Canada ne prétend pas que le risque présent dans ces cas nécessite une prohibition absolue (ces pratiques ne sont d'ailleurs pas réglementées par le gouvernement fédéral). Dans *A.C.*, la juge Abella a fait allusion à la vulnérabilité potentielle des adolescents qui ont à prendre des décisions de vie ou de mort quant à un traitement médical (par. 72-78). Notre Cour a pourtant reconnu implicitement la viabilité d'une évaluation individuelle de la capacité décisionnelle dans le contexte de cette affaire. Nous acceptons la conclusion de la juge de première instance selon

laquelle il est possible pour les médecins de bien évaluer la capacité décisionnelle avec la diligence requise et en portant attention à la gravité de la décision à prendre.

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

[118] Le Canada plaide également que le régime de réglementation permissif ayant reçu l'aval de la juge de première instance [TRADUCTION] « accepte trop de risques » et qu'il est d'une efficacité « hypothétique » (m.i., par. 154). En fait, le Canada soutient qu'il y a lieu de confirmer la validité d'une prohibition générale à moins que les appelants puissent démontrer qu'une autre mesure éliminerait tous les risques. Cela a pour effet d'inverser le fardeau imposé par l'article premier et d'exiger du demandeur dont les droits ont été violés de prouver l'existence de moyens moins attentatoires d'atteindre l'objet de la prohibition. Le fardeau d'établir une atteinte minimale incombe à l'État.

[119] La juge de première instance a conclu que le Canada ne s'était pas acquitté de ce fardeau. Elle a estimé que la preuve n'étayait pas la prétention qu'une prohibition générale était nécessaire pour réaliser de façon substantielle les objectifs de l'État. Nous sommes du même avis. Une crainte théorique ou hypothétique ne saurait justifier une prohibition absolue. Comme l'a indiqué la juge Deschamps au par. 68 de l'arrêt *Chaoulli*, le demandeur « n'[a] [. . .] pas le fardeau d'écarter toute crainte ou toute menace », et l'État ne peut pas non plus s'acquitter de son fardeau simplement en invoquant un effet préjudiciable sur le public. La justification en vertu de l'article premier est un processus de démonstration, et non d'intuition ou de déférence automatique envers le risque invoqué par l'État (*RJR-MacDonald*, par. 128).

[120] Enfin, on prétend que, si l'aide à mourir n'est pas absolument prohibée, le Canada dérapera vers l'euthanasie et le meurtre cautionné. Des exemples anecdotiques de cas controversés rencontrés à l'étranger ont été cités à l'appui de cet argument, et aussitôt contrés par des exemples anecdotiques de systèmes qui fonctionnent bien. La question dont nous sommes saisis doit être tranchée sur le fondement non pas d'anecdotes contradictoires, mais de la preuve. Après un examen exhaustif de la preuve, la juge de première instance a rejeté l'argument selon lequel l'adoption d'un régime de réglementation nous entraînerait dans un dérapage menant à l'homicide. Nous ne devons pas supposer à la légère qu'un tel régime fonctionnera mal, ni supposer que l'infliction d'autres sanctions pénales à ceux et celles qui enlèvent la vie d'autrui se révélera inefficace contre les abus.

[121] Comme nous ne relevons aucune erreur dans l'analyse qu'a faite la juge de première instance de l'atteinte minimale, nous concluons que la prohibition absolue ne constitue pas une atteinte minimale.