

Mémoire du Barreau du Québec

Projet de loi n° 11 — *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*



Mars 2023

Barreau
du Québec 

Mission du Barreau du Québec

Le Barreau du Québec assure la protection du public, contribue à une justice accessible et de qualité, et défend la primauté du droit.

Remerciements

Le Barreau du Québec remercie les membres de son Groupe de travail sur l'aide médicale à mourir :

M^e Pearl Eliadis
M^e Jocelin Lecomte
M^e Hélène Guay
M^e Marie-Nancy Paquet
M^e Jonas-Sébastien Beaudry
M^e Sylvie Champagne
Mme Charlotte Adams, stagiaire en droit

Le secrétariat de ce Groupe de travail est assuré par le Secrétariat de l'Ordre et Affaires juridiques du Barreau du Québec

Édité en mars 2023 par le Barreau du Québec

ISBN (PDF) : 978-2-925336-04-4

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
Dépôt légal — Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Résumé de la position du Barreau du Québec



Respect de l'arrêt *Carter* de la Cour suprême du Canada

- ✓ La LSFV doit **inclure le handicap** dans les conditions d'admissibilité d'une demande contemporaine ou anticipée d'AMM.
- ✓ Il faut **retirer** de la LSFV l'**exigence du déclin avancé et irréversible des capacités** d'une demande contemporaine ou anticipée d'AMM.
- ✓ **Favorable** au **report de l'inclusion du trouble mental** autre que neurocognitif pour permettre de dégager les mesures adéquates de sauvegardes supplémentaires.



Impossibilité d'exclure l'AMM pour les maisons de soins palliatifs

- ✓ **Favorable** à cet ajout pour **permettre à tous les citoyens d'obtenir l'AMM**.
- ✓ Revoir l'article 72 de la LSFV.



Harmonisation de la *Loi sur les soins de fins de vie* et du *Code criminel*

- ✓ Assurer une **prévisibilité juridique** pour les citoyens et les professionnels compétents.
- ✓ Mise en œuvre d'un **projet pilote** permettant aux citoyens du Québec de formuler **une demande anticipée** et de recevoir l'AMM même s'ils ont perdu leur aptitude à consentir aux soins.



Les demandes anticipées d'AMM

- ✓ **Revoir l'encadrement des demandes anticipées**
- ✓ Permettre aux citoyens de **bénéficier de conseils juridiques d'un avocat ou notaire** pour comprendre les tenants et aboutissants d'une demande anticipée d'AMM.
- ✓ Réduire le nombre d'intervenants présents au moment de la formulation de la demande.
- ✓ **Circonscrire le rôle du professionnel compétent** afin de permettre à la personne **d'exercer son droit fondamental à l'autodétermination** pour ses soins de fin de vie.
- ✓ **Rendre simple et peu coûteuse** la formulation d'une demande anticipée ainsi que son retrait.
- ✓ Prévoir la désignation d'**un seul tiers**.
- ✓ Lors du traitement de la demande anticipée, **éviter de confondre les souffrances** énoncées dans la demande qui devront être **observées par le professionnel compétent plutôt qu'objectivables pour celui-ci**. Ce piège risque de compromettre le droit la personne **d'exercer son droit fondamental à l'autodétermination** pour ses soins de fin de vie.

- ✓ Prévoir une **obligation d'information** quant aux moyens disponibles **pour soulager les souffrances, dont les soins palliatifs**.
- ✓ Revoir les libellés des articles 29.19 et 30.1 de la LSFV afin de s'assurer que le refus de recevoir l'AMM soit respecté.



Bonifications du projet de loi

- ✓ Les groupes interdisciplinaires doivent obtenir le soutien nécessaire.
- ✓ Modifier l'expression *professionnel compétent* par *professionnel autorisé*. Les professionnels en exercice doivent tous être compétents au Québec,
- ✓ Modifier la notion de *proches* par *personnes identifiées par elle*.
- ✓ Ajouter une clause de révision obligatoire de la LSFV

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	2
1.1 L'arrêt <i>Carter</i> doit être respecté	2
1.1.1 L'inclusion du handicap neuromoteur	3
1.1.2 L'exigence du déclin avancé et irréversible des capacités doit être retirée....	5
1.1.3 L'acceptation du report de l'inclusion du trouble mental autre que neurocognitif.....	6
1.2 Les maisons de soins palliatifs ne peuvent exclure l'AMM.....	8
1.3 L'harmonisation de la <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> et le <i>Code criminel</i> est essentielle.....	9
2. LA DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR.....	9
2.1 La demande anticipée n'est actuellement pas permise par le <i>Code criminel</i>	9
2.2 Revoir l'encadrement des demandes anticipées.....	14
2.2.1 Les conditions relatives à la formulation de la demande anticipée	15
a) L'obtention de conseils juridiques.....	15
b) Les intervenants sont trop nombreux.....	15
c) Le rôle du professionnel compétent doit être circonscrit	16
d) La modification de la demande anticipée doit être simple et peu coûteuse.	16
e) Le rôle du tiers doit être précisé.....	16
f) Le retrait de la demande anticipée doit être simple et peu coûteux	18
2.2.2 Les conditions à respecter lors du traitement de l'AMM	19
a) Les souffrances objectivables : le piège à éviter	19
b) L'ajout d'une obligation d'information quant aux moyens disponibles pour soulager les souffrances.....	20
c) Le refus de recevoir l'AMM doit être respecté.....	21
3. PROPOSITIONS DE BONIFICATION DU PROJET DE LOI	22
3.1 Les groupes interdisciplinaires doivent obtenir le soutien nécessaire.....	22
3.2 La notion de « professionnel compétent »	23
3.3 La notion de « proches ».....	23
3.4 L'ajout d'une clause de révision obligatoire de la loi	23
CONCLUSION	24
ANNEXE : LIGNE DU TEMPS DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR.....	25

INTRODUCTION

Le Barreau du Québec a contribué activement à la réflexion entourant le dossier de l'aide médicale à mourir (ci-après « AMM »), dès la mise en place de la consultation de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité relevant de l'Assemblée nationale, en mai 2010¹.

Le 25 mai 2022, le projet de loi n° 38 intitulé *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives* a été présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Barreau du Québec a salué les avancées proposées par le législateur dans le cadre du projet de loi. Néanmoins, nous avons souligné certains enjeux majeurs lors de notre comparution en commission parlementaire, le 31 mai 2022. Ce projet de loi est mort au feuillet en août 2022 lors du déclenchement des élections provinciales.

Le 16 février 2023, le projet de loi n° 11 intitulé *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives* (ci-après le « projet de loi ») a été présenté à l'Assemblée nationale par la ministre déléguée à la Santé et aux Aînés, madame Sonia Bélanger.

Le projet de loi propose de modifier la *Loi concernant les soins de fin de vie*² en matière d'admissibilité à l'AMM. Plus particulièrement, il permet aux personnes atteintes d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins de formuler une demande anticipée d'AMM afin de bénéficier de cette aide une fois devenues incapables.

Le Barreau du Québec a pris connaissance avec intérêt de ce projet de loi et souhaite faire part de ses commentaires et recommandations. L'élargissement de l'AMM soulève des questions sérieuses du point de vue juridique et éthique, c'est la raison pour laquelle nous avons guidé notre réflexion selon les principes fondamentaux suivants :

- ✓ Le droit à l'autodétermination de la personne et de sa dignité;
- ✓ Le droit à l'accès aux soins de fin de vie et à l'AMM partout, sur le territoire du Québec;
- ✓ Le droit à l'égalité, droit incontournable lorsqu'il est temps de réaliser pleinement le droit à la vie et le droit à l'autonomie de chaque personne apte à consentir à l'AMM;
- ✓ La protection contre la discrimination, plus particulièrement en évitant de perpétuer les stéréotypes visant les groupes de personnes considérées vulnérables, en concluant d'entrée de jeu à leur incapacité à pleinement consentir à l'AMM.

¹ Voir à cet effet le mémoire du BARREAU DU QUÉBEC, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, septembre 2010, en ligne : <https://bit.ly/3GICFNU>.

² RLRQ, c. S-32.0001 (ci-après « LSFV »).

1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

1.1 L'arrêt *Carter* doit être respecté

Dès 2015, la Cour suprême du Canada a, dans l'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*³, déclaré inconstitutionnelle la prohibition criminelle de l'AMM au Canada. Elle a également reconnu que l'AMM devrait être accessible selon les conditions suivantes :

« [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. »⁴ (Nos soulignés)

Depuis cet arrêt phare, le Barreau du Québec réitère la nécessité de suivre les enseignements de la Cour suprême concernant les modalités de l'administration de l'AMM.

À cet égard, le projet de loi modifie l'article 26 de la LSFV qui prévoit les conditions de l'AMM :

Nouvel article 26 de la LSFV proposé par l'article 14 du projet de loi

26. Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

1° elle est majeure et apte à consentir aux soins, sauf exception relativement à cette aptitude de la personne prévue au troisième alinéa de l'article 29;

2° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

3° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ou elle a un handicap neuromoteur grave et incurable;

4° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

5° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Pour l'application du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif n'est pas considéré comme une maladie.

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

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

⁴ *Id.*, par. 4.

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

Le Barreau du Québec salue les avancées proposées par le législateur. Toutefois, certaines conditions demeurent incompatibles avec les enseignements de l'arrêt *Carter* comme nous les verrons dans les prochaines sous-sections.

1.1.1 L'inclusion du handicap neuromoteur

Le paragraphe 3 du premier alinéa du nouvel article 26 de la LSFV soulève des questionnements.

Nouvel article 26 de la LSFV proposé par l'article 14 du projet de loi

26. Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

[...]

3° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ou elle a un handicap neuromoteur grave et incurable; [...]

Lors du dépôt du projet de loi n° 38, le législateur avait élargi l'AMM aux personnes atteintes d'un handicap neuromoteur grave, mais il a par la suite retiré cette possibilité. Le projet de loi n° 11 réintroduit cet élargissement.

Le Barreau du Québec salue cette volonté d'élargir l'AMM à d'autres conditions que la maladie grave et incurable. Toutefois, nous sommes d'avis que l'élargissement ne devrait pas se limiter au handicap neuromoteur. En effet, nous estimons que la qualification de « neuromoteur » ajoute une condition supplémentaire alors que cela n'est pas prévu au *Code criminel*⁵. En effet, l'article 241.2 du *Code criminel* prévoit les critères de l'admissibilité à l'AMM, et seul un handicap grave et incurable est suffisant pour remplir la condition d'être affecté d'un problème de santé grave et irrémédiable.

« 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;

⁵ L.R.C. 1985, c. C-46 (ci-après « C.cr. »).

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) [Abrogé, 2021, ch. 2, art. 1]

Exclusion

(2.1) Pour l'application de l'alinéa (2)a), la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap. [...] »

De plus, nous estimons que la distinction entre un handicap neuromoteur et les autres handicaps, comme le handicap intellectuel, risque de soulever des contestations judiciaires basées sur la *Charte des droits et libertés de la personne*⁶ qui garantit le droit à l'égalité sans distinction, exclusion ou préférence fondée notamment sur le handicap :

« **10.** Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit. »

Le Barreau du Québec a toujours soutenu le principe énoncé dans l'affaire *Truchon* selon lequel les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, si elles sont capables de consentir aux soins de santé, devraient avoir accès à l'AMM, comme toute personne qui est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap.

⁶ RLRQ, c. C-12.

En effet, la décision *Truchon*⁷ indique clairement :

« [...] comme toute autre personne apte et bien renseignée, les personnes handicapées peuvent entretenir un désir rationnel et légitime de désirer mettre fin à leurs jours, compte tenu de leur condition, mais aussi et surtout à cause des souffrances intolérables et persistantes qu'elles vivent.

La condition physique ou mentale des personnes handicapées ne constitue en effet qu'un élément parmi d'autres qui pourra éventuellement les rendre admissibles à l'aide médicale à mourir. Leur aptitude à consentir, les souffrances ressenties et objectivées, le déclin avancé de leurs capacités constituent tous des éléments pertinents dans l'évaluation globale de la demande. Même s'il faut rester vigilant, il est loin d'être évident qu'une personne pourra ou voudra recevoir l'aide médicale à mourir uniquement en raison de son handicap. »⁸

Néanmoins, nous reconnaissons qu'il existe un besoin criant d'accommodements et d'adaptations concernant la manière dont seront évalués les critères d'admissibilité à l'AMM pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, de même que de la formation adaptée à ces situations, destinée aux professionnels traitant ces demandes.

1.1.2 L'exigence du déclin avancé et irréversible des capacités doit être retirée

Nouvel article 26 de la LSFV proposé par l'article 13 du projet de loi

26. Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

[...]

4° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême a statué que la prohibition de l'AMM est une limite excessive au droit à la liberté et à la sécurité de la personne garanti par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*⁹. La prohibition prive la personne de faire un choix qui peut s'avérer important pour son sentiment de dignité et pour son intégrité physique. Ainsi, la personne apte doit pouvoir prendre toutes les décisions relatives à son intégrité corporelle.

⁷ *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792

⁸ *Id.*, par. 305 et 306.

⁹ Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)] (ci-après « Charte canadienne »).

De ce fait, le maintien de l'exigence du déclin avancé et irréversible des capacités du demandeur de l'AMM prévue au paragraphe 4 de l'article 26 de la LSFV n'est pas souhaitable. Cette exigence d'admissibilité n'est pas prévue dans le régime énoncé dans l'arrêt *Carter* et est discutable du point de vue de sa constitutionnalité. Elle devrait donc être retirée des critères permettant d'avoir accès à l'AMM¹⁰.

1.1.3 L'acceptation du report de l'inclusion du trouble mental autre que neurocognitif

Le deuxième alinéa du nouvel article 26 de la LSFV exclut d'une maladie admissible à l'AMM, un trouble mental étant le seul problème médical invoqué :

Nouvel article 26 de la LSFV proposé par l'article 14 du projet de loi

26. Pour obtenir l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, une personne doit, en plus de formuler une demande conforme aux dispositions du présent article, et de l'article 27 le cas échéant, satisfaire aux conditions suivantes :

[...]

3° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ou elle a un handicap neuromoteur grave et incurable;

4° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;

5° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Pour l'application du paragraphe 3° du premier alinéa, un trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif n'est pas considéré comme une maladie.

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

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

Depuis l'arrêt *Carter*, le Barreau du Québec a demandé à plusieurs reprises aux gouvernements fédéral et provincial, d'inclure dans leur réflexion sur les conditions d'accès à l'AMM les personnes atteintes uniquement de troubles mentaux¹¹. À cet égard, nous comprenons qu'il s'agit d'un sujet délicat méritant d'envisager plusieurs mesures de sauvegarde encadrant les demandes des personnes vivant avec un tel problème de santé.

¹⁰ Le Barreau du Québec avait d'ailleurs demandé le retrait de ce critère lors de l'étude des projets de loi fédéraux C-14 et C-7.

¹¹ En ce qui concerne la prohibition d'accès à l'AMM à pour les personnes atteintes de troubles mentaux seulement, même si elle est conforme à la loi fédérale actuelle, nous sommes d'avis que cette prohibition serait discriminatoire et contreviendrait à l'article 15 de la Charte canadienne.

Le 8 décembre 2021, la Commission spéciale sur les soins de fin de vie a déposé son rapport à l'Assemblée nationale¹² et elle a émis la recommandation suivante :

« RECOMMANDATION 11

La Commission recommande de ne pas élargir l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes dont le seul problème médical est un trouble mental; qu'à cet effet, l'article 26 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* soit modifié »¹³.

Le 13 mai 2022, le Groupe d'experts fédéral sur l'AMM et la maladie mentale n'a pas recommandé le maintien de la prohibition, étant d'avis qu'elle peut être levée et l'accès permis avec des mesures de sauvegarde supplémentaires. Le gouvernement devait présenter un projet de loi visant à modifier le *Code criminel* à ce sujet au Parlement du Canada au plus tard le 17 mars 2023¹⁴.

Or, le 2 février 2023, le projet de loi C-39, *Loi modifiant la Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* a été déposé à la Chambre des communes. Ce projet de loi propose de repousser d'un an la date d'admissibilité à l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué (AMM TM-SPMI).

Plus récemment, le Comité mixte spécial sur l'AMM a déposé un rapport¹⁵ dans lequel il émet les commentaires et la recommandation suivante :

« ADMISSIBILITÉ À L'AMM TM-SPMI EN MARS 2023

Bien que le Comité respecte le point de vue de certains témoins selon lequel les personnes dont le seul problème médical invoqué est un trouble mental ne devraient pas être admissibles à l'AMM, le Comité estime au contraire que ces personnes devraient pouvoir obtenir l'AMM, à condition de répondre aux critères d'admissibilité. Le Comité est également conscient de la nécessité de veiller à ce que les personnes vulnérables ne cherchent pas à demander l'AMM à défaut de pouvoir bénéficier d'un soutien social et médical adéquat. Le Comité est favorable à l'AMM TM-SPMI, mais il est inquiet du fait qu'il n'y a pas eu assez de temps pour l'élaboration des normes de pratique mentionnées par le Groupe d'experts. Les témoins ont clairement indiqué que ces normes sont essentielles pour garantir une approche réfléchie et cohérente à l'égard de l'AMM TM-SPMI. Le Comité a pris acte de l'annonce faite par les ministres de repousser l'admissibilité à l'AMM TM-SPMI. Comme nous l'avons mentionné, le projet de loi C-39 propose de repousser l'admissibilité d'un an, jusqu'en mars 2024. Le Comité est conscient du fait que ce report pourra prolonger les souffrances de certaines personnes.

Le Comité reste néanmoins saisi de cette question et veut s'assurer que les normes seront en place avant que l'AMM TM-SPMI ne soit permise. Pour cette raison, le Comité fait la recommandation suivante :

¹² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, Assemblée nationale du Québec, 2021, en ligne : <https://bit.ly/3YtVnQd>.

¹³ *Id.*, p. 58.

¹⁴ GOUVERNEMENT DU CANADA, *Rapport final du Groupe d'experts sur l'aide médicale à mourir et la maladie mentale*, Santé Canada, 2022, en ligne : <https://bit.ly/3m5WLYm>.

¹⁵ GOUVERNEMENT DU CANADA, *L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens, Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Parlement du Canada, février 2023, en ligne : <https://bit.ly/3kCVZ80>.

Recommandation 13

Que, cinq mois avant l'entrée en vigueur de l'admissibilité à l'AMM lorsque le trouble mental est le seul problème médical invoqué, un comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir soit rétabli par la Chambre des communes et le Sénat afin de vérifier le degré de préparation atteint pour une application sûre et adéquate de l'AMM (en situation de TM-SPMI). À la suite de cette évaluation, le Comité mixte spécial fera sa recommandation finale à la Chambre des communes et au Sénat. »¹⁶

Si le législateur fédéral acceptait les conclusions du Groupe d'experts et décidait de permettre l'accès, il y aurait deux régimes au Canada : un accès permis au Canada, aux personnes atteintes de maladie mentale conformément à la Charte canadienne et à la jurisprudence, et une prohibition d'accès au Québec pour ces mêmes personnes. Dans le contexte actuel de réexamen de la loi fédérale, l'introduction de cette disposition dans la loi québécoise est prématurée.

En conséquence, le Barreau du Québec est favorable au report de l'inclusion du trouble mental comme condition d'accès à l'AMM.

1.2 Les maisons de soins palliatifs ne peuvent exclure l'AMM

Nouvel article 13 de la LSFV proposé par l'article 9 du projet de loi

13. Les maisons de soins palliatifs déterminent les soins de fin de vie qu'elles offrent dans leurs locaux. Toutefois, elles ne peuvent exclure l'aide médicale à mourir des soins qu'elles offrent.

Toute maison de soins palliatifs doit, avant de recevoir une personne, lui indiquer les soins de fin de vie qu'elle offre.

Le Barreau du Québec accueille favorablement cette modification afin de permettre à tous les citoyens qui le souhaitent d'obtenir l'AMM.

Cependant, une question mérite d'être soulevée. Lors de l'adoption de la LSFV, il y a eu une possibilité pour certains établissements de s'exclure de l'administration de l'AMM en vertu de l'article 72 qui prévoit ce qui suit :

« **72.** Malgré l'article 7, un établissement qui, le 10 décembre 2015, exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et qui, parmi les soins pouvant être offerts dans le cadre de la mission d'un tel centre, n'offre que des soins palliatifs peut continuer à n'offrir que de tels soins. »

Un tel établissement doit, avant de recevoir une personne, lui indiquer les soins de fin de vie qu'il offre.

Nous nous interrogeons donc à savoir si ces établissements sont toujours autorisés à exclure l'AMM des soins qu'ils offrent aux citoyens.

¹⁶ *Id.*, p. 59 et 60.

1.3 L'harmonisation de la *Loi concernant les soins de fin de vie* et le *Code criminel* est essentielle

L'absence d'harmonisation du *Code criminel* et de la *Loi concernant les soins de fin de vie* ne peut être passée sous silence. Évidemment, nous reconnaissons que le Québec a été la première province à légiférer sur l'AMM. Toutefois, depuis 2015, une multitude de projets de loi et de modifications législatives ont vu le jour et ont fait en sorte qu'il a été difficile, voire périlleux pour les juristes, patients et médecins de s'y retrouver.

Depuis 2016, le Barreau du Québec a demandé à maintes reprises une harmonisation en collaboration avec les cinq autres ordres professionnels.

Il est primordial, pour la protection du public et les professionnels qui auront à administrer l'AMM, que les conditions soient claires, précises, et surtout qu'elles ne soient pas contradictoires.

2. LA DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

2.1 La demande anticipée n'est actuellement pas permise par le *Code criminel*

Il y a un consensus social fort au Québec afin d'élargir l'AMM aux demandes anticipées¹⁷.

Malgré la volonté du gouvernement du Québec de modifier la LSFV pour permettre les demandes anticipées d'AMM, la situation actuelle est bien différente de celle qui existait lors de l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en 2014 et de son entrée en vigueur en décembre 2015. Afin de mieux comprendre la chronologie des modifications législatives tant au fédéral qu'au provincial, une ligne du temps se retrouve en annexe du présent mémoire.

Le simple fait que le Québec ait légiféré concernant les soins de fin de vie ne lui donne pas carte blanche pour proposer des normes qui vont au-delà de ce qui est prévu dans le *Code criminel*. Ainsi, bien que le Québec ait la possibilité de légiférer en lien avec l'AMM, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une compétence concurrente avec celle du fédéral, notamment en matière de droit criminel. Dans la décision *Québec (Procureure générale) c. D'Amico*¹⁸, la Cour d'appel du Québec s'est exprimée ainsi :

« [44] Cela ne signifie pas que le gouvernement fédéral et le Parlement ne peuvent pas continuer leurs travaux sur l'aide médicale à mourir afin de développer un cadre législatif fédéral qui s'appliquerait tant au Québec qu'ailleurs au Canada. Si le Parlement adopte éventuellement une législation fédérale valide portant sur l'aide médicale à mourir qui s'applique au Québec, il faudra alors réexaminer les dispositions de la Loi concernant les soins de fin de vie portant sur l'aide médicale à mourir afin de déterminer si elles sont en conflit avec ce cadre législatif. Par contre,

¹⁷ Voir à cet effet le sondage Léger, *L'aide médicale à mourir dans les cas de maladie de type Alzheimer au stade avancé*, juin 2019, 84 % des Québécois étaient en accord avec l'idée de permettre les « demandes anticipées dès qu'un diagnostic est posé alors que la personne est encore lucide » dans les cas de maladie d'Alzheimer, p. 8, en ligne : <https://bit.ly/3y5uFSY>.

Voir aussi le sondage du Collège des médecins du Québec, *Les médecins et la population favorables à l'aide médicale à mourir*, 2021, en ligne : <https://bit.ly/3YfhXvg>.

¹⁸ 2015 QCCA 2138.

d'ici là, les dispositions invalides du *Code criminel* qui prohibent l'aide médicale à mourir ne peuvent à elles seules empêcher l'entrée en vigueur et l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie. La suspension de la déclaration d'invalidité de l'arrêt Carter ne peut pas, non plus, avoir un tel effet dans le contexte particulier en cause. » (Nos soulignés)

Concernant le partage des compétences, la Cour suprême enseigne que les pouvoirs législatifs du Parlement fédéral peuvent avoir préséance sur ceux des assemblées législatives provinciales lorsqu'il devient impossible de respecter les deux lois respectives¹⁹. Comme l'a affirmé d'ailleurs la Cour suprême dans l'arrêt *Multiple Access Ltd. c. McCutcheon*²⁰ :

« En principe, il ne semble y avoir aucune raison valable de parler de prépondérance et d'exclusion sauf lorsqu'il y a un conflit véritable, comme lorsqu'une loi dit "oui" et que l'autre dit "non"; "on demande aux mêmes citoyens d'accomplir des actes incompatibles"; l'observance de l'une entraîne l'inobservance de l'autre. »²¹

À titre d'exemple, l'on peut penser à une situation concernant l'AMM offerte aux mineurs. Puisque la loi fédérale l'interdit, il serait hasardeux pour le Québec de le permettre dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Il serait impossible pour un professionnel de la santé de se conformer aux deux lois. C'est également le cas en l'espèce, puisque la loi fédérale ne prévoit que deux exceptions au double consentement, et que le mécanisme de demande anticipée, proposé par le projet de loi, ne s'y retrouve pas.

Qui plus est, le Parlement fédéral occupe maintenant pleinement le champ en matière d'AMM par le biais de sa compétence en droit criminel. S'il est vrai que le Québec possède une pleine compétence en matière de santé et de droit civil, il ne peut adopter une disposition qui contredit une loi fédérale valablement adoptée sur le même sujet.

À cet égard, le projet de loi crée deux types de demandes d'AMM : la demande contemporaine et la demande anticipée. Le Barreau du Québec accueille favorablement l'arrivée de nouvelles dispositions particulières encadrant les demandes anticipées d'AMM.

Pour l'instant, le *Code criminel* ne prévoit que deux exceptions pour lesquelles l'AMM peut être prodiguée sans le consentement contemporain de la personne :

1. La renonciation au consentement final est permise pour la personne dont la mort est raisonnablement prévisible²²; et
2. Lors de l'auto-administration de l'AMM lorsque la personne a commencé l'auto-administration et perd conscience²³.

¹⁹ *Smith c. La Reine*, [1960] R.C.S. 776.

²⁰ [1982] 2 R.C.S. 161.

²¹ *Id.*, p. 191.

²² Art. 241.2 (3.2) b) C.cr.

²³ Art. 241.2 (3.2) C.cr.

La demande anticipée contredirait ainsi, selon nous, ces dispositions et leur non-respect constituerait une infraction criminelle²⁴.

Le projet de loi nous semble donc, quant à l'introduction des demandes anticipées d'AMM, en conflit direct avec la loi fédérale, alors que cette dernière ayant prépondérance a été adoptée valablement dans un domaine de sa compétence. Les modifications proposées à la *Loi concernant les soins de fin de vie* risquent donc d'être attaquées avec succès quant à leur validité et devenir inopérantes.

Dans ce contexte, si le projet de loi est adopté tel quel, les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées qui se conformeraient à la loi québécoise et mettraient en œuvre une demande anticipée d'AMM assumeraient le risque de s'exposer à une poursuite criminelle²⁵. Nous pouvons anticiper avec certitude que cette éventualité causera vraisemblablement une application *de facto* difficile de la loi.

Nous estimons donc que ces dispositions ne devraient pas entrer en vigueur avant la modification du *Code criminel*. Autrement, cela ne favoriserait pas l'accès pour les demandes anticipées en raison des craintes justifiées de poursuites criminelles pour les professionnels compétents autorisés à poser cet acte médical²⁶.

Lors de notre comparution en commission parlementaire concernant le projet de loi n° 38, nous avons compris la déception des parlementaires souhaitant mettre en œuvre rapidement les recommandations de la Commission transpartisane sur les soins de fin de vie²⁷. De nombreuses questions ont été posées et le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Christian Dubé nous a invités à analyser différentes options pour accélérer l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions.

Nous croyons que quatre options peuvent être envisagées :

1. Une orientation donnée par le ministre de la Justice au Directeur des poursuites criminelles et pénales (ci-après le « DPCP »);
2. Une entrée en vigueur différée dans le temps;
3. Une entrée en vigueur par décret;
4. La mise sur pied par le gouvernement fédéral d'un projet pilote au Québec pour l'administration de demandes anticipées d'AMM.

²⁴ Art. 241.3 C.cr; il faut ajouter que l'arrêt *Carter* ne donne pas ouverture à la demande anticipée d'AMM, et ce même dans un *obiter dictum*.

²⁵ Voir à cet effet l'article 241.3 C.cr.

²⁶ Voir à cet effet le mémoire du COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Mémoire sur le projet de loi n° 38, Loi modifiant la loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*, mai 2022, en ligne : <https://bit.ly/3SGJqVK>.

²⁷ *Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, décembre 2021, en ligne : <https://bit.ly/392Lxkk>.

Quant à la première option (l'orientation du ministre), les *Orientations et mesures du ministre de la Justice en matière d'affaires criminelles et pénales*²⁸ ont été modifiées en 2015 pour y intégrer des directives pour les poursuites dans le contexte de l'AMM en situation de fin de vie.

Ce texte se veut un guide à l'intention du DPCP et des procureurs aux poursuites criminelles et pénales. L'article 17.2 prévoit que :

« [...] la directrice (*sic*) des poursuites criminelles et pénales devra mettre en place le processus qu'elle estime approprié pour s'assurer que les considérations énoncées dans la présente orientation, y compris notamment le respect des exigences prévues à la Loi concernant les soins de fin de vie, seront prises en compte dans l'exercice du pouvoir discrétionnaire du poursuivant. »

Si une telle directive sert à encadrer l'exercice du pouvoir discrétionnaire à l'aide de critères établis, elle n'oblige pas pour autant le DPCP à ne pas poursuivre en matière de décès survenant à la suite de l'octroi de soins de fin de vie. En effet, par respect du principe de l'indépendance du DPCP, les *Orientations et mesures du ministre de la Justice en matière d'affaires criminelles et pénales* « [...] sont d'une généralité telle, qu'elles ne constituent aucune contrainte réelle pour le Directeur dans l'exercice de ses fonctions. »²⁹

Le DPCP pourrait toujours renoncer à déposer une plainte criminelle si les dispositions de la loi provinciale sont respectées. Cependant, la situation est différente de celle de 2015, alors que la Cour supérieure avait invalidé la *Loi concernant les soins de fin de vie* à l'occasion d'une injonction³⁰.

La deuxième option consisterait à adopter le projet de loi, sauf quant aux nouvelles dispositions concernant les demandes anticipées d'AMM pour lesquelles l'Assemblée nationale devrait prévoir un délai suffisamment long afin de permettre une modification du *Code criminel* permettant les demandes anticipées.

En ce qui a trait à la troisième option, il faudrait ajouter une nouvelle disposition transitoire permettant au gouvernement de déterminer par décret à quelle date les nouvelles dispositions concernant les demandes anticipées d'AMM adoptées, entreraient en vigueur.

Enfin, la dernière option consisterait à la mise sur pied par le gouvernement fédéral d'un projet pilote au Québec pour l'administration de demandes anticipées d'AMM. Ce projet pilote permettrait aux citoyens du Québec de bénéficier de la possibilité de formuler une demande anticipée d'AMM dès l'adoption du projet de loi.

²⁸ *Orientations et mesures du ministre de la Justice en matière d'affaires criminelles et pénales*, RLRQ, c. M -19, r. 1, art. 17.2.

²⁹ *R. c. Kyres*, 2018 QCCS 4671, par. 106.

³⁰ En effet, contrairement à la situation qui prévalait en 2015, le gouvernement fédéral a aujourd'hui adopté des dispositions particulières à l'AMM.

À cet égard, nous savons que le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir est favorable à une discussion du gouvernement fédéral avec les provinces sur l'admissibilité aux demandes anticipées d'AMM, puisqu'il a formulé les deux recommandations suivantes :

« **Recommandation 21**

Que le gouvernement du Canada modifie le *Code criminel* pour permettre les demandes anticipées à la suite d'un diagnostic de problème de santé, de maladie ou de trouble grave et incurable menant à l'incapacité.

Recommandation 22

Que le gouvernement du Canada travaille avec les provinces et les territoires, les autorités réglementaires et les barreaux provinciaux et territoriaux ainsi que les intervenants concernés pour l'adoption des mesures de sauvegarde requises pour les demandes anticipées d'AMM. »³¹

Actuellement, il existe deux projets pilotes en Colombie-Britannique concernant des lois fédérales :

Projet pilote	Description
<i>Insite</i> - Centre d'injection supervisé de Vancouver	<ul style="list-style-type: none">• En 2003, la régie régionale de la santé de Vancouver a soumis au gouvernement fédéral une demande d'exception juridique, aux termes de l'article 56 de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>³², qui lui permettrait d'exploiter le premier centre d'injection supervisé par un personnel médical (ci-après le « CIS ») en Amérique du Nord;• L'exception a été accordée après la publication de données de faisabilité indiquant qu'un CIS pourrait éventuellement réduire la consommation de drogues dans des lieux publics, les décès par surdose et le désordre public;• En considération de questions liées à l'adhésion du Canada aux traités internationaux sur les drogues, l'exception juridique a été accordée à condition que le programme se soumette à une rigoureuse évaluation scientifique³³.

³¹ Préc., note 15, p. 83.

³² L.C. 1996, c. 19.

³³ GOUVERNEMENT DU CANADA, *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche - Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés*, Santé Canada, 2008, en ligne : <https://bit.ly/3mjXDvS>;
Rapport sur les résultats de l'évaluation du Centre d'injection supervisé de Vancouver – projet pilote Insite, juin 2009, en ligne : <https://bit.ly/3lMeDIS>.

Projet pilote	Description
Décriminalisation de la possession de petites quantités de drogues illégales pour un usage personnel en Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement fédéral a accordé à la Colombie-Britannique une exemption des lois canadiennes sur les drogues en mai 2022 pour permettre aux usagers de drogues de posséder un total de 2,5 grammes d'opioïdes comme de l'héroïne et du fentanyl ainsi que du crack et de la cocaïne en poudre, de la méthamphétamine et de la MDMA, également connue sous le nom d'ecstasy³⁴; • L'exemption a été accordée en vertu de l'article 56.1 de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>³⁵.

Nous croyons que cette avenue présente de nombreux avantages, dont notamment, l'obtention des données probantes sur les demandes anticipées d'AMM.

Après réflexion, le Barreau du Québec est d'avis que la meilleure solution pour le moment, afin de rencontrer les objectifs de rendre rapidement accessibles aux citoyens les demandes anticipées d'AMM, serait de mettre sur pied un projet pilote au Québec par la collaboration des paliers fédéral et provincial de gouvernements.

Si cette option n'est pas retenue, nous suggérons alors de combiner les options deux et trois comme suit :

- Faire entrer en vigueur les articles 29.1 à 29.12 à une date différée afin que tous les formulaires soient prêts et accessibles aux citoyens. Ces derniers pourront commencer à formuler leur demande, s'ils le souhaitent;
- Prévoir que les articles 29.13 à 29.19 entreront en vigueur par décret.

De cette façon, les demandes anticipées d'AMM seront déjà incluses dans le registre lorsque le *Code criminel* sera modifié, permettant ainsi à plus de personnes de bénéficier de ce nouveau régime plus rapidement.

2.2 Revoir l'encadrement des demandes anticipées

Le Barreau du Québec comprend la nécessité d'encadrer de façon claire et précise les conditions selon lesquelles une personne pourra recevoir l'AMM au moyen d'une demande anticipée. Il ne doit pas y avoir de place à l'interprétation qui complexifierait la tâche des professionnels compétents au moment d'administrer l'AMM.

Le fait que le consentement libre et éclairé de la personne pour recevoir l'AMM sera formulé par anticipation de souffrances persistantes, intolérables et insupportables dans un avenir imprécis lui permettant de mourir en toute dignité entraîne nécessairement des défis éthiques et juridiques.

³⁴ Préc., note 32.

³⁵ NANTOU SOUMAHORA, *La possession de petites quantités de drogues bientôt décriminalisée en C.-B.*, Radio-Canada, mai 2022, en ligne : <https://bit.ly/3ZCVIq5>.

Pour déterminer les conditions de la demande anticipée, il faut, selon nous, garder à l'esprit l'objectif du législateur voulant reconnaître ce choix fondamental de toute personne, énoncé clairement dans l'arrêt *Truchon* :

« [582] Le Tribunal ne peut se rendre à ce raisonnement et conclut que l'effet préjudiciable de la disposition sur la vie, la liberté et la sécurité des demandeurs se révèle très grave et par conséquent totalement disproportionné en regard de son objectif. Elle prive les demandeurs du choix fondamental de décider du soin approprié, de leur autodétermination et du droit de décider du moment de leur mort. Elle les force de surcroît, à poursuivre leur existence dans des souffrances aussi intolérables qu'inutiles, compte tenu du caractère incurable du mal dont ils sont atteints. »³⁶
(Nos soulignés)

Cet objectif nous amène à soumettre des commentaires et des propositions dans les prochaines sous-sections, tant au niveau des conditions relatives à la formulation de la demande anticipée que concernant les conditions à respecter lors du traitement de la demande anticipée l'AMM selon les paramètres énoncés dans la demande anticipée.

2.2.1 Les conditions relatives à la formulation de la demande anticipée

Le projet de loi précise ces conditions aux nouveaux articles 29.2 à 29.11 de la LSFV.

a) L'obtention de conseils juridiques

Nous croyons qu'il serait bénéfique pour tous, que les demandeurs puissent obtenir des conseils juridiques de la part d'un juriste afin que ce dernier leur explique les tenants et les aboutissants d'une demande anticipée d'AMM. À l'instar de ce qui est fait en matière de médiation familiale, pour laquelle le gouvernement offre des heures payées avec un médiateur accrédité à tous les particuliers, le Barreau du Québec croit qu'une consultation avec un juriste (avocat ou notaire), d'une durée d'une heure et demie devrait être offerte par le gouvernement.

b) Les intervenants sont trop nombreux

Le Barreau du Québec note que la procédure prévue quant aux demandes anticipées est associée à un formalisme lourd qui risque de réduire l'accès et l'utilisation de ces demandes d'AMM à de nombreuses personnes.

En effet, nous notons la présence d'une panoplie d'intervenants qui doivent être présents au moment de la formulation de la demande (notaire ou témoins, selon le cas, professionnel compétent, le ou les tiers de confiance désignés et le témoin à la signature si la personne ne peut signer). D'ailleurs, lors de la conclusion d'un mandat de protection, le mandataire n'a pas à être présent³⁷.

³⁶ Préc., note 7, par. 582.

³⁷ Art. 2167 C.c.Q.

c) Le rôle du professionnel compétent doit être circonscrit

Le projet de loi confère au professionnel compétent un très grand rôle, tant au niveau de la rédaction des demandes anticipées que pour leur suivi et leur mise en œuvre. Entre autres, il doit assister la personne à la rédaction de la demande anticipée et doit s'assurer que les souffrances qui déclenchent l'accès à l'AMM sont médicalement reconnues. Par la suite, le professionnel compétent vérifiera les conditions, en appliquant la notion de souffrances objectivables, et décidera finalement si les conditions existent pour administrer l'AMM. Tout ce processus s'éloigne grandement des notions d'autonomie et d'expression de la volonté de la personne concernée qui doivent pourtant être au cœur des mesures visant l'AMM.

d) La modification de la demande anticipée doit être simple et peu coûteuse

Nouvel article 29.8 de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi

29.8. La demande anticipée doit être faite par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire visé à l'article 29.2.

Lorsque la demande est faite par acte notarié en minute, le formulaire dûment rempli doit être annexé à l'acte notarié. [...]

Le projet de loi propose qu'une demande anticipée d'AMM soit signée en présence d'un médecin, de deux témoins sous seing privé ou devant notaire sous forme d'acte notarié en minute.

Afin d'éviter des délais et des coûts inutiles, le Barreau du Québec propose que, si une personne formule une demande par acte notarié, le projet de loi doive prévoir expressément que toute modification subséquente ou tout retrait de demande puisse être fait sans formalisme, en remplissant le formulaire prescrit par le ministre³⁸.

e) Le rôle du tiers doit être précisé

Nouvel article 29.6 de la LSFV par l'article 18 du projet de loi

29.6. La personne peut désigner dans sa demande anticipée un tiers de confiance auquel elle confie les responsabilités suivantes :

1° aviser un professionnel de la santé ou des services sociaux qui dispense des soins à la personne en raison de sa maladie lorsqu'il croira qu'elle éprouve soit :

- a) les souffrances décrites dans sa demande;
- b) des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables;

2° lorsque la personne est devenue inapte à consentir aux soins, aviser de l'existence de la demande tout professionnel de la santé ou des services sociaux qui dispense des soins à la personne en raison de sa maladie ou en rappeler l'existence à un tel professionnel.

³⁸ Voir les nouveaux articles 29.1 et 29.11 de la LSFV proposés par l'article 18 du projet de loi.

La personne peut également désigner dans sa demande un second tiers de confiance qui, lorsque le premier est empêché d'agir, refuse ou néglige de le faire, le remplace.

Un tiers de confiance ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

Le Barreau du Québec s'interroge sur les raisons ayant motivé le législateur à prévoir, au nouvel article 29.6 de la LSFV, la possibilité de désigner deux tiers de confiance, dans la mesure où le tiers ne joue aucun rôle actif dans la décision de l'octroi de l'AMM et qu'il ne semblait pas y avoir d'enjeu actuel en lien avec l'absence d'une telle possibilité. Selon nous, la désignation d'un seul tiers de confiance est suffisante pour atteindre les objectifs poursuivis. Subsidiairement, nous estimons suffisant de prévoir la désignation d'un second tiers uniquement dans l'éventualité où le tiers désigné serait dans un cas d'empêchement d'agir. Autrement, il y a un risque de conflit inutile entre les deux tiers désignés qui n'est pas souhaitable.

Nous craignons que cette mesure engendre des risques et des complications d'accès si par exemple, le tiers de confiance ne peut être présent lorsque la personne formule sa demande. Également, le tiers désigné doit être présent lors de la rédaction de la demande anticipée et doit signer le formulaire³⁹. Encore une fois, ce niveau de formalisme accru ne nous apparaît pas nécessaire ni opportun dans l'optique d'offrir un meilleur accès à l'AMM.

Nous sommes également préoccupés par le fait que la constatation du tiers que, les souffrances sont persistantes, insupportables et ne peuvent être apaisées pour la personne devenue inapte, découlera de son appréciation personnelle. Cet ajout doit être clarifié. Le fait qu'un tiers croit que la personne éprouve des souffrances de cette nature pourrait ajouter une possibilité à la mise en œuvre de la demande anticipée qui ne serait pas prévue à la demande anticipée. De plus, le tiers devrait jouer un rôle secondaire : rapporter au professionnel compétent dans le cas d'une situation d'inaptitude à consentir, constatée médicalement, le fait que les souffrances décrites à la demande anticipée lui paraissent être rencontrées afin de donner suite à celle-ci.

À cet égard, un arrimage doit être fait avec le nouvel article 29.3 de la LSFV puisque la demande anticipée peut être mise en œuvre uniquement si les conditions exprimées dans la demande anticipée sont remplies. Cette autre possibilité devrait être portée à la connaissance de la personne qui formule une demande anticipée, voire paraître dans sa demande anticipée.

Enfin, le Barreau du Québec suggère quelques précisions par souci de clarté du texte :

- Au premier alinéa : afin de rendre la désignation d'une tierce personne claire et optionnelle, il pourrait être judicieux d'ajouter, « si elle le souhaite » après « anticipée » et avant « un tiers », le tout entre virgules.
- Au paragraphe 1 (a) : Ajouter « anticipée » après « sa demande ».

³⁹ Nouvel article 29.7 de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi.

f) Le retrait de la demande anticipée doit être simple et peu coûteux

Nouvel article 29.11 de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi

29.11. Une personne apte à consentir aux soins peut, en tout temps, retirer sa demande anticipée au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Les deuxième et troisième alinéas de l'article 29.2 s'appliquent au formulaire de retrait d'une telle demande, avec les adaptations nécessaires.

La personne qui souhaite retirer sa demande doit être assistée par un professionnel compétent. Après signature du formulaire, ce professionnel le date et le contresigne afin d'y attester que la personne est apte à consentir aux soins. Il doit s'assurer que la demande est radiée, dans les plus brefs délais, du registre établi en vertu de l'article 63.

Une personne ne peut modifier une demande anticipée que par la formulation d'une nouvelle demande anticipée, suivant l'une des formes prévues à l'article 29.8. Cette nouvelle demande anticipée remplace celle rédigée antérieurement dès qu'elle est versée, conformément à l'article 29.10, au registre établi en vertu de l'article 63.

La procédure pour retirer les demandes anticipées nous paraît aussi lourde et peu opérationnelle que la demande initiale. Le Barreau du Québec se questionne à savoir pourquoi le législateur ne permet pas au demandeur de modifier sa demande initiale de façon simple, sans autre formalité. Celui-ci doit se soumettre de nouveau aux règles strictes prévues par le projet de loi en remplissant un formulaire de retrait prescrit par le ministre ou, s'il souhaite uniquement modifier sa demande, en recommençant le processus du début.

Nous estimons que cette rigueur n'est pas souhaitable ni nécessaire, et qu'elle ne sera qu'un frein à la formulation de demandes anticipées d'AMM, comme c'est le cas actuellement pour les directives médicales anticipées, lesquelles, pouvant être grandement utiles, ne sont pratiquement pas utilisées.

2.2.2 Les conditions à respecter lors du traitement de l'AMM

a) Les souffrances objectivables : le piège à éviter

Nouvel article 29.3 de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi

29.3. La personne qui formule une demande anticipée doit être assistée par un professionnel compétent.

Avec l'aide de ce professionnel, la personne doit décrire de façon détaillée dans sa demande les souffrances physiques ou psychiques qui devront être considérées, une fois qu'elle sera devenue inapte à consentir aux soins et qu'un professionnel compétent constatera qu'elle paraît objectivement éprouver ces souffrances, et ce, en raison de sa maladie, comme la manifestation de son consentement à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues par la présente loi seront satisfaites.

Le professionnel doit s'assurer que les souffrances décrites dans la demande remplissent les conditions suivantes :

1° elles sont médicalement reconnues pouvant découler de la maladie dont la personne est atteinte;

2° elles sont objectivables pour un professionnel compétent qui aurait à les constater avant d'administrer l'aide médicale à mourir.

Le Barreau du Québec s'interroge sur la notion de « souffrances objectivables par un professionnel compétent » lorsque ce dernier évalue si l'administration de l'AMM doit être pratiquée.

En effet, la souffrance est une notion par définition subjective qui relève beaucoup de la perception de la personne elle-même, et non d'un standard objectif⁴⁰. Les souffrances éprouvées par la personne sont l'un des critères les plus personnalisés et les plus respectueux de l'autonomie des volontés de la personne dans la loi québécoise, la loi fédérale et les décisions jurisprudentielles sur lesquelles l'AMM se base.

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a reconnu cette réalité :

« [68] [...] 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

⁴⁰ *Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques*, novembre 2019, Annexe 2, p. 67.

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. »

En conséquence, nous pensons qu'il serait préférable d'utiliser le concept de souffrances observées tel que le législateur l'utilise d'ailleurs déjà à l'article 29.17 proposé : « Il consigne par écrit les souffrances qu'il a observées et les conclusions de l'examen ». Cette notion nous semble difficilement conciliable avec l'objectif de respecter les volontés exprimées par la personne elle-même.

- b) L'ajout d'une obligation d'information quant aux moyens disponibles pour soulager les souffrances

Nouvel article 29.4 de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi

29.4. Le professionnel compétent qui prête assistance à la personne doit :

1° être d'avis qu'elle satisfait aux conditions prévues au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 29.1 et que sa demande est faite conformément à l'article 29.2, notamment :

[...]

- b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en vérifiant qu'elle a bien compris la nature de son diagnostic et en l'informant de l'évolution prévisible de la maladie et du pronostic relatif à celle-ci, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;

[...]

Parmi les obligations prévues au nouvel article 29.4 proposé par le projet de loi, nous proposons d'ajouter l'obligation pour le professionnel d'informer la personne des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, comme la loi fédérale y réfère spécifiquement⁴¹ :

« [...] g) s'assurer que la personne a été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment, lorsque cela est indiqué, les services de consultation psychologique, les services de soutien en santé mentale, les services de soutien aux personnes handicapées, les services communautaires et les soins palliatifs et qu'il lui a été offert de consulter les professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins; » (Nos soulignés)

Nous suggérons de reprendre la formulation plus complète de la protection énoncée au *Code criminel* dans son intégralité dans la LSFV. En effet, l'AMM doit demeurer une option de soins parmi d'autres, surtout à partir du moment où l'AMM ne serait plus réservée aux personnes en fin de vie, et serait aussi envisagée par des personnes réfléchissant à des situations futures qu'ils n'auraient pas encore vécues.

⁴¹ Art. 241.2 (3.1) g) C.cr.

En fait, le Québec qui gère certaines ressources que le gouvernement fédéral ne contrôle pas, pourrait non seulement reconnaître ces mesures additionnelles de protection, mais également les rendre plus efficaces, en s'assurant que des ressources soient effectivement mises à la disposition de personnes qui choisiraient l'AMM à cause de souffrances qui auraient pu être atténuées par des mesures sociales.

Le Barreau du Québec est d'avis que le gouvernement doit mettre en place des structures pour garantir que ces mesures de protection soient efficaces tant à l'égard des demandes contemporaines qu'anticipées.

c) Le refus de recevoir l'AMM doit être respecté

Nouvel article 29.19 de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi

29.19. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir suivant une demande anticipée, le professionnel compétent doit :

1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 29.1 et au premier alinéa de l'article 29.2;

2° obtenir l'avis d'un second professionnel compétent confirmant le respect des conditions devant faire l'objet d'un avis en application du paragraphe 1°.

Le deuxième alinéa de l'article 29 s'applique au professionnel consulté.

Tout refus de recevoir l'aide médicale à mourir manifesté par la personne doit être respecté et il ne peut d'aucune manière y être passé outre.

Pour l'application du troisième alinéa, une manifestation clinique découlant de la situation médicale de la personne ne constitue pas un refus de recevoir l'aide médicale à mourir.

Nous croyons que la question du refus de recevoir l'AMM mourir mérite d'être clarifiée dans le projet de loi, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi fédérale qui énonce que l'AMM ne peut être administrée que si la personne⁴² :

« [...] ne manifeste pas, par des paroles, sons ou gestes, un refus que la substance lui soit administrée ou une résistance à ce qu'elle le soit; »

Les professionnels doivent pouvoir s'appuyer sur des règles claires à même la loi afin qu'ils puissent s'assurer du respect des critères encadrant l'administration de l'AMM et la volonté des personnes qui en bénéficient.

⁴² Art. 241.2 (3.2) c) C.cr.

Nous proposons que cet enjeu soit discuté avec la personne au moment de la rédaction de la demande anticipée. À ce moment, le professionnel devrait lui fournir des explications claires relativement à ce qu'il entend par « manifestation clinique découlant de la situation médicale ». La personne pourrait choisir pour elle-même ce qui constituera une manifestation clinique découlant de la situation médicale à laquelle le professionnel compétent pourra ne pas tenir compte lors de l'administration de l'AMM. Cette façon de procéder reconnaîtrait davantage le droit à l'autodétermination de la personne à l'égard des soins à recevoir ou non.

De plus, il semble y avoir un risque de confusion avec la situation décrite au nouvel article 30.1 de la LSFV.

Nouvel article 30.1 de la LSFV proposé par l'article 19 du projet de loi

30.1. Une demande anticipée ne devient pas caduque du fait qu'un professionnel compétent a conclu qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, à moins que cette conclusion ne découle du refus de recevoir cette aide manifesté par la personne.

Le refus décrit à l'article 29.19 de la LSFV rendra-t-il la demande anticipée caduque? Plusieurs scénarios peuvent être envisagés et la LSFV doit être sans équivoque à ce sujet.

3. PROPOSITIONS DE BONIFICATION DU PROJET DE LOI

3.1 Les groupes interdisciplinaires doivent obtenir le soutien nécessaire

Article 7 de la LSFV comme modifié par l'article 6 du projet de loi

7. Tout établissement offre les soins de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis à la personne qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou qui lui ont été dispensés.

À cette fin, il doit notamment mettre en place des mesures pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé ou des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses usagers, y compris en constituant un groupe interdisciplinaire composé d'experts ayant pour fonctions de soutenir et d'accompagner, sur demande, les professionnels de la santé ou des services sociaux ou les autres intervenants concernés qui participent à l'offre de soins de fin de vie.

L'article 6 du projet de loi prévoit la création de groupes interdisciplinaires en les intégrant à l'article 7 de la LSFV. Bien que l'idée nous apparaisse louable, nous nous interrogeons à savoir si les établissements recevront le soutien nécessaire pour que les membres des groupes soient outillés pour répondre adéquatement aux objectifs souhaités.

En effet, tout organisme chargé de l'application de la loi doit disposer d'un budget suffisant et des ressources nécessaires pour remplir son mandat.

Nous proposons aussi d'ajouter la référence à des formes de soutiens sociaux, comme discuté au point 2.2.2. b) de notre mémoire. L'article 7 de la LSFV pourrait par ailleurs mentionner plus spécifiquement l'attention portée par ce « groupe interdisciplinaire » aux causes socio-économiques du désespoir de certaines personnes handicapées.

3.2 La notion de « professionnel compétent »

Le Barreau du Québec souhaite formuler un commentaire quant à la terminologie utilisée par le législateur pour définir les professionnels autorisés à offrir ce soin. Nous estimons que le terme « professionnel compétent » est susceptible de porter à confusion pour les particuliers et les usagers du système de santé. Nous proposons en conséquence de le remplacer par « professionnel autorisé », qui nous apparaît être une expression plus appropriée qui dissipe toute crainte quant à la compétence des professionnels de la santé n'offrant pas ce soin.

3.3 La notion de « proches »

Le nouvel article 29.4 d) de la LSFV proposé par l'article 18 du projet de loi prévoit que le professionnel compétent doit s'entretenir avec les « proches » de la personne lorsqu'il l'assiste dans la formulation de sa demande. Cette notion semble trop restrictive. Nous suggérons d'utiliser la notion de « personnes identifiées » par elle.

3.4 L'ajout d'une clause de révision obligatoire de la loi

L'AMM est un sujet sensible et le droit en la matière ne cesse d'évoluer. Il est souhaitable que la législation l'encadrant soit à la fine pointe des développements et découvertes scientifiques en la matière. En ce sens, nous suggérons l'ajout d'une clause de révision obligatoire de la loi après un certain délai, par exemple après deux ou trois ans.

L'importance de l'AMM pour les personnes souhaitant y avoir accès exige que nous restions à l'affût des derniers développements et que les mises à jour puissent s'intégrer régulièrement au droit en vigueur. Nous savons que des débats surviendront bientôt sur l'accès à l'AMM pour les personnes mineures, de même que les personnes ayant un trouble mental.

La présence d'une telle clause dans la LSFV permettrait de s'assurer que la loi soit révisée en temps opportun, et non pas au gré de la volonté politique du gouvernement. L'AMM doit rester un enjeu de société qui fait consensus et ne pas servir à des débats partisans.

CONCLUSION

En bref, le Barreau du Québec estime que des modifications importantes au projet de loi sont nécessaires pour s'assurer que le droit à l'égalité et le droit à l'autodétermination de la personne soient véritablement mis en œuvre, et ce, conformément aux enseignements de l'arrêt *Carter* de la Cour du suprême du Canada.

Dans cet arrêt, la Cour suprême a établi un régime clair relatif à l'admissibilité à l'AMM pour toute personne en fin de vie et toute condition supplémentaire imposée à ce chapitre est susceptible d'être contestée avec succès devant les tribunaux.

Ainsi, nous invitons le législateur à revoir dès maintenant les conditions supplémentaires non présentes dans l'arrêt *Carter* qui sont toujours exigées par la LSFV. Une harmonisation est également nécessaire avec le *Code criminel* pour la tranquillité d'esprit des usagers et la sécurité juridique des professionnels autorisés à prodiguer l'AMM.

En résumé, nous recommandons de :

- ✓ Faire entrer en vigueur les articles 29.1 à 29.12 à une date différée afin que tous les formulaires soient prêts et accessibles aux citoyens. Ces derniers pourront commencer à formuler leur demande, s'ils le souhaitent;
- ✓ Convenir de la mise sur pied d'un projet pilote au Québec pour permettre le traitement de demandes anticipées d'AMM. Subsidiairement, prévoir que les articles 29.13 à 29.19 entreront en vigueur par décret;
- ✓ Revoir le formalisme des demandes anticipées, notamment à l'égard du nouvel article 29.17;
- ✓ Utiliser le concept de souffrances observées au nouvel article 29.3;
- ✓ Prévoir la désignation d'un seul tiers de confiance (article 29.6);
- ✓ Permettre le retrait de la demande anticipée sans formalisme (article 29.11);
- ✓ Clarifier la question du refus de recevoir l'AMM (article 29.19);
- ✓ Prévoir un soutien nécessaire des membres des groupes interdisciplinaires;
- ✓ Remplacer la notion de « professionnel compétent » par « professionnel autorisé » (article 3.1);
- ✓ Remplacer le mot « proches » par l'expression « personnes identifiées », plus inclusive (article 29.4 d));
- ✓ Ajouter une clause de révision obligatoire à la LSFV.

Nous espérons que les recommandations et les réflexions présentées dans le présent mémoire apporteront un éclairage utile dans l'important débat qu'est celui de l'AMM.

Ligne du temps de l'aide médicale à mourir

Fédéral

État du droit :

Art. 241(1)b) du Code criminel : « Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque aide quelqu'un à se donner la mort. »

Arrêt Carter de la Cour suprême du Canada
Les art. 14 et 241 (1)b) du *Code criminel* sont inopérants.

Projet de loi C-14 sur l'aide médicale à mourir

Projet de loi C-7 modifiant la loi fédérale sur l'aide médicale à mourir

Sanction royale du projet de loi C-39
Report de l'admissibilité à l'aide médicale à mourir au 17 mars 2024 pour les personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale.

Québec

**Juin
2014**

Adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie

**Fév.
2015**

**10
déc.**

Entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie

**22 déc.
2015**

Arrêt D'Amico de la Cour d'appel du Québec
La Loi concernant les soins de fin de vie est valide.

**Juin
2016**

**Sept.
2019**

Décision Truchon de la Cour d'appel du Québec
Les critères de « mort raisonnablement prévisible et de fin de vie » sont inopérants.

**Fév.
2021**

**Mai
2022**

Dépôt du projet de loi N° 38
Mort au feuilleton

**Fév.
2023**

Dépôt du projet de loi N° 11

**Mars
2023**