

Document relatif à la comparution de Me Danielle Chalifoux,  
mercredi le 1<sup>er</sup> juin 2022 devant la **Commission de la santé et des  
services sociaux**

**Objet : Projet de loi 38 : Loi modifiant la Loi concernant les soins  
de fin de vie et d'autres dispositions législatives**

---

Mesdames et Messieurs

Merci de votre de votre invitation. Je profite de ma comparution pour tout d'abord, rendre hommage à la députée de Joliette, Me Véronique Hivon, qui nous a annoncé qu'elle ne se représenterait pas aux prochaines élections. Elle a laissé sa marque dans de nombreux dossiers délicats et elle a innové dans son approche souvent non partisane d'aborder la politique. On l'a surnommée avec raison la marraine de la Loi concernant les soins de fin de vie. Elle nous manquera beaucoup mais je suis sûre qu'elle continuera à marquer l'évolution de notre société d'une manière ou d'une autre.

Nous avons beaucoup hésité avant de venir vous présenter nos commentaires, car nous ne voulons pas retarder l'adoption du PL 38. D'un côté nous sommes assez critiques sur plusieurs points qui pourraient demander du temps à résoudre, mais d'un autre côté, la population a un vif désir de voir les demandes anticipées adoptées dès que possible. Finalement nous avons décidé qu'il valait mieux vous présenter notre point de vue, car le cas échéant, il sera toujours temps de modifier la loi à nouveau.

---

Notre exposé sera forcément limité à quelques priorités, car en 10 minutes nous n'avons pu faire l'analyse article par article. Il nous fera plaisir de vous faire parvenir une copie du texte que nous vous présentons aujourd'hui.

Voilà, je remercie aussi les membres de la Commission et les Rédacteurs d'avoir pu proposer, dans un si court laps de temps, une loi qui comporte beaucoup de points forts, que je n'aurai malheureusement pas le temps d'aborder en détail.

### **Voici selon nous, les principaux points forts :**

- 1<sup>e</sup> L'inclusion d'un régime de demandes anticipées robuste et détaillé
- 2<sup>e</sup> L'administration de l'AMM permise aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS)
3. L'obligation faite aux maisons de soins palliatifs d'administrer l'AMM dans leurs locaux
4. Les modifications apportées concernant la Commission des soins de fin de vie, notamment afin de mieux circonscrire les modalités et le contenu des rapports auxquels sont assujettis les professionnels compétents, notamment en cas de refus de procéder à l'AMM.

### **Voici les points qui nous apparaissent faibles:**

1. L'approche de soins de fin de vie qui est maintenue à tort
2. La nécessité de devoir souffrir d'une maladie grave et incurable maintenue à tort
3. L'exclusion des troubles mentaux fondée sur le constat controversé qu'ils ne peuvent être considérés comme une maladie grave et incurable.
4. Le fait que le PL 38 ne prévoit pas d'organisme d'aide et de soutien pour les personnes impliquées dans l'AMM, alors qu'ils sont fournis aux professionnels de la santé via le Groupe interdisciplinaire de soutien à l'AMM. (GIS) qui, d'ailleurs recommande que les mêmes services soient offerts à la population.

**Note préliminaire :** la compétence constitutionnelle du Québec d'adopter un régime de demandes anticipées d'AMM.

On se souviendra que la décriminalisation de l'AMM initiée par Carter selon certaines conditions, et son adoption dans une loi fédérale de décriminalisation, a eu comme conséquence que l'AMM, sous certaines conditions, n'est plus un crime et en conséquence maintenant, au lieu de relever de la juridiction fédérale en matière criminelle, elle est devenue un soin et de ce fait, elle relève plutôt

maintenant, du champ de compétence des provinces en matière de droit privé, de la santé et de l'administration de la santé et de la réglementation des ordres professionnels.

Dans Carter, la Cour Suprême avait aussi mentionné que le fédéral et les provinces pouvaient, s'ils le jugeaient nécessaire, adopter des lois particulières. Il va de soi que la Cour Suprême, même si elle ne l'a pas mentionné explicitement entendait que chacune des juridictions devaient agir dans les limites de leurs champs de compétence.

Or, ce n'est pas ce que le législateur fédéral a fait. En effet, autant il était justifié de légiférer pour décriminaliser l'AMM, autant il n'était pas justifié d'empiéter sur les champs de compétence des provinces, en matière de droit civil, de santé, d'organisation des soins et de régulation des ordres professionnels. Il l'a fait allègrement en raison, selon lui, d'harmoniser le droit à cet égard, pour tous les Canadiens.

Ceci étant dit, la question des demandes anticipées a sans contredit toujours été considérée de juridiction provinciale. Les demandes anticipées sont bien implantées et encadrées dans notre code civil et de procédure civile. Elles font même l'objet d'un chapitre spécial dans notre loi concernant les soins de fin de vie. La question est : est-ce que lorsqu'elles s'adressent à l'aide médicale à mourir, on devrait les considérer de juridiction fédérale? Notre réponse est un non clair.

Rappelons que la Cour suprême dans Carter et la Loi fédérale ont décriminalisé l'AMM, sous certaines conditions, elles en ont fait un soin plutôt qu'un crime, ce qui la place à l'intérieur du champ de compétence provincial. En conséquence, il n'y a aucune raison valable de prétendre que les demandes anticipées d'AMM n'entrent pas dans le champ de compétence provincial.

Cependant, le législateur fédéral, encore une fois, s'apprête à outrepasser son champ de compétence en légiférant lui-aussi sur les demandes anticipées d'AMM. Certains pourront dire qu'il y aura conflit de loi, invoqueront la prépondérance fédérale, etc. mais il n'en demeure pas moins que rien ni personne ne peut changer le fait que les demandes anticipées sont de compétence provinciale et que le soin qui consiste en l'AMM peut faire l'objet d'une demande anticipée

formulée à l'intérieur de la législation provinciale, comme n'importe quel autre soin.

Mais pour plus de sécurité, nous croyons que le législateur provincial devrait adopter le régime de demandes anticipées, le plus rapidement possible, car il aurait alors été le premier à occuper le champ de compétence, ce qui est un argument qui peut être soulevé lorsqu'il y a conflit de loi. Un autre argument est celui de la loi la plus généreuse. En d'autres mots, lorsqu'il y a conflit on va pencher vers la loi qui en « donne » plus que celle qui en « donne » moins. Mais nous croyons que dans le cas des directives médicales anticipées, il ne peut y avoir conflit entre une loi qui découle de la compétence d'une législature et une autre qui excède sa compétence. Une ou l'autre n'est pas valide et donc il n'y a pas de conflit à régler entre une loi valide et une loi nulle.

### **Les 3 priorités de l'Institut de planification des soins :**

#### **1<sup>e</sup> priorité: Les demandes anticipées d'aide médicale à mourir:**

#### **Voici nos commentaires généraux**

(1) Certains articles du PL 38 concernant la souffrance et son évaluation peuvent apparaître complexes ou leur contenu, inutile ou redondant. Particulièrement l'art. 29.2 qui devrait être éliminé, selon nous. La demande anticipée devrait permettre à la personne d'exprimer ses volontés, de déterminer ce que la souffrance représente pour elle et du moment qu'elle croit approprié pour recevoir l'AMM. L'évaluation des critères devrait se faire au moment où il est question d'administrer l'AMM et non au moment de la demande.

Ce qui est déterminant cependant c'est le caractère objectivable de la souffrance, car la conséquence en est que la demande anticipée ne peut avoir un caractère contraignant. Le professionnel compétent devrait avoir l'obligation d'en informer clairement la personne, lors de la rédaction de la demande. Le PL pourrait simplement faire mention que pour l'administration de l'AMM lorsque la personne est devenue inapte, les mêmes critères

d'admissibilité que ceux de la demande contemporaine s'appliquent, sauf l'aptitude.

(2) Il contient des exigences qui nous semblent irréalistes quant aux professionnels compétents, particulièrement celle qui est attribuée à celui qui a assisté à la rédaction initiale de la demande, de suivre périodiquement la personne, ceci pouvant s'échelonner pendant de nombreuses années.

(3) Il minimise le rôle du tiers de confiance et ne rend pas sa nomination obligatoire, alors qu'il devrait être la personne clé dans le déclenchement du processus d'AMM.

**Voici quelques recommandations quant au rôle du tiers de confiance:**

- S'assurer que dès que le tiers de confiance alerte le professionnel compétent qu'il croit le moment venu d'administrer l'AMM, que ce dernier ait l'obligation de procéder immédiatement à l'examen d'évaluation de la personne
- Le tiers de confiance devrait être informé par écrit des motifs d'un refus d'administrer l'AMM et avoir le pouvoir de porter ce refus à l'attention des autorités compétentes y compris de faire une plainte, en vertu de l'art. 48 LCSFV.
- Il faudrait prévoir que le tiers responsable, lorsqu'une demande anticipée a été évaluée négativement une première fois (pas de souffrance « objectivable », par exemple) puisse de nouveau faire un signalement au professionnel compétent, au moment où il le considérera approprié (par exemple : la démence heureuse qui n'est que temporaire et dont il faudra tout probablement reporter l'AMM).
- Quant aux questions de juridiction entre le fédéral et le provincial, la juridiction provincial en droit civil, santé et corporations professionnelle confie indiscutablement ce domaine au pallier provincial. Pourquoi, devrait-t-on faire une exception lorsqu'il s'agit d'une demande d'AMM?

## 2<sup>e</sup> priorité : L'approche des soins de fin de vie maintenue à tort en ce qui concerne l'AMM :

- On comprend que la loi québécoise initiale ait été fondée sur une philosophie de soins de fin de vie et que certains y soient encore très attachés. Mais le droit a changé depuis Carter et Gladu Truchon, qui a rendu le critère d'admissibilité de fin de vie, inconstitutionnel et inopérant, et qu'EN CONSÉQUENCE, on ne peut plus garder l'aide médicale à mourir sous le parapluie des « soins de fin de vie », car ceci n'est conforme ni à la lettre ni à l'esprit du droit en vigueur. Il s'ensuit que l'art. 1 du PL 38, certaines définitions et le titre de la Loi, doivent être modifiés :
- L'article 1 par le retrait du 2<sup>e</sup> alinéa proposé qui se lit comme suit : « *De plus, la présente loi permet l'exercice de certains de ces droits par des personnes qui ne sont pas en de vie, afin qu'elles reçoivent des soins de fin de vie, lorsque leur état le requiert* ».  
Cette formulation est une astuce sémantique qui perpétue une situation qui contrevient à Carter et à Truchon Gladu et qui ne se justifie pas en droit. Son caractère ambigu, vague et imprécis crée aussi des problèmes d'application et d'interprétation sérieux qui pourraient éventuellement mener à son annulation.
- Dans la section des définitions, il faut modifier la disposition qui place dans la même catégorie de soins dits « de fin de vie », tant les soins palliatifs que l'AMM
- Et finalement : le titre de la loi devrait aussi être modifié en conséquence : nous suggérons : *Loi concernant les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir.*
- Certains envisageraient deux lois, une qui concerne les soins de fin de vie et l'autre qui concerne l'aide médicale à mourir. Il est vrai que des pays ont procédé comme cela, notamment la Belgique. Cependant, il ne faudrait pas placer l'AMM dans les deux lois et définir des critères différents, cela ne ferait qu'engendrer de la confusion et peut-être un

jugement moral sur ce qui est de la bonne AMM et ce qui est de la mauvaise AMM.

### **3<sup>e</sup> priorité :**

#### **La nécessité de souffrir d'une maladie grave et incurable maintenue à tort :**

- Restreindre l'admissibilité à l'AMM uniquement aux cas de « maladie » au détriment des affections et handicaps est abusif et cette restriction n'est pas justifiée légalement, ni par l'art. 1 de la Charte, ni par les critères de Oakes, dont je vous ai déjà entretenu lors de mon premier passage à la Commission. En termes très profanes, on pourrait dire que la loi provinciale en permet moins que ce que Carter et la loi fédérale le prévoient, et ceci sans justification légale.
- Rappelons que quand la Cour Suprême a décriminalisé l'aide médicale à mourir dans Carter, elle l'a fait, entre autres, sous la condition que pour être admissible à l'AMM, la personne devait être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (affection, maladie, handicap), et que le législateur fédéral n'a fait que reprendre ce critère intégralement dans sa loi qui a consacré la décriminalisation. Et dans ce contexte, nous sommes donc ici nettement à l'intérieur du champ de compétence fédéral.
- Aller à l'encontre équivaut donc à ne pas reconnaître la juridiction de la Cour Suprême, en plus de créer un conflit de lois et d'entretenir la confusion auprès des professionnels et de la population.
- Au sujet du manque de consultations à cet égard, vous avez eu l'occasion pendant ces dernières journées d'entendre plusieurs organismes, particulièrement le Collège des Médecins ce qui vous a permis, nous semble-t-il d'avoir suffisamment d'information pour procéder dès maintenant à la modification nécessaire.

Si le législateur décide de déposer le PL 38 avant la fin de la session, il est fort à parier qu'il ne sera pas possible d'en modifier tous les éléments dans le détail. Mais nous soumettons que la priorité devrait être dévolue aux trois sujets dont nous venons de traiter et le cas échéant, le gouvernement devrait s'engager formellement à revoir la Loi dans un délai raisonnable, fixé à l'avance.

Merci de votre écoute.