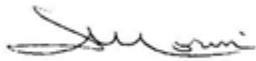


**MÉMOIRE À LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE**

**PROJET DE LOI N° 11,
*Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie
et d'autres dispositions législatives***

Document adopté à la 711^e séance de la Commission,
tenue le 17 mars 2023, par sa résolution COM-711-4.1.1



Josée Morin
Secrétaire générale adjointe de la Commission

Analyse, recherche et rédaction :

Samuel Blouin, chercheur
M^e Stéphanie Fournier, conseillère juridique
Direction de la recherche

Traitement de texte :

Sylvie Durand
Direction de la recherche

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 LES PRINCIPES DE LA CHARTE APPLICABLES À L'AMM	5
1.1 Le droit à la vie	6
1.2 Le droit à la sûreté et à l'intégrité	7
1.3 Le droit à la liberté	7
1.4 Le droit à la dignité	8
1.5 Le droit à l'égalité	8
1.6 La liberté de conscience	9
1.7 Des exclusions contraires à la Charte qui doivent être justifiées	9
1.8 Les mesures de protection et de contrôle existantes	11
1.9 L'aptitude et le régime de consentement aux soins	13
2 LES PERSONNES EN SITUATION D'INAPTITUDE À CONSENTIR À L'AMM	15
3 LES PERSONNES AYANT UN HANDICAP NEUROMOTEUR GRAVE ET INCURABLE	19
4 LES PERSONNES POUR QUI UN TROUBLE MENTAL EST LE SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ	22
5 LES PERSONNES MINEURES	25
6 LE DROIT À L'ÉGALITÉ ET LE MANDAT DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	31
CONCLUSION	34

INTRODUCTION

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse¹ assure le respect et la promotion des principes énoncés dans la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec². Elle assure aussi la protection de l'intérêt de l'enfant, ainsi que le respect et la promotion des droits qui lui sont reconnus par la *Loi sur la protection de la jeunesse*³. Elle veille également à l'application de la *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics*⁴.

Tant la Charte que la LPJ confèrent à la Commission d'importantes responsabilités quant à la promotion et à la défense des droits de l'enfant, lesquelles peuvent être exercées dans une perspective globale reposant sur la prémisse que celui-ci est titulaire d'un ensemble de droits.

En vertu de son mandat, la Commission s'intéresse à la question des soins de fin de vie depuis les consultations⁵ ayant mené à l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*⁶ en 2014. Cette loi est le résultat d'un processus large et transparent de consultation, notamment mené par la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité⁷. Cet esprit a aussi animé la Commission spéciale sur l'évolution de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, dont le rapport final⁸ a inspiré le projet de loi n° 11⁹ sur lequel portent les consultations particulières et auditions publiques en cours.

¹ Ci-après « Commission ».

² *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C -12 (ci-après « Charte »).

³ *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P -34.1 (ci-après « LPJ »).

⁴ *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics*, RLRQ, c. A -2.01.

⁵ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale, Projet de loi n° 52, Loi concernant les soins de fin de vie*, (Cat. 2.412.120), 2013, [En ligne].
https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/memoire_PL52_soins-fin-de-vie.pdf

⁶ *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c. S -31.0001 (ci-après « LCSFV »).

⁷ ASSEMBLÉE NATIONALE. QUÉBEC. *Rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*, 2012, [En ligne]. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2103522> (ci-après « Commission spéciale »).

⁸ ASSEMBLÉE NATIONALE. QUÉBEC. *Rapport de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, 2021, [En ligne]. <http://www.assnat.qc.ca/fr/document/179287.html>

⁹ *Loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives*, Projet de loi n° 11 (Présentation - 16 février 2023), 2^e sess., 43^e légis. (Qc) (ci-après « projet de loi n° 11 »).

Forte des avis et principes qui ont nourri son élaboration, cette loi contient, de l'avis de la Commission, des bases solides sur lesquelles appuyer la suite de la réflexion collective sur son évolution, dont certaines méritent d'emblée d'être rappelées.

L'article premier de la LCSFV est explicite sur ses fondements et finalités :

« La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances. »¹⁰

Une avancée majeure de la LCSFV était la reconnaissance du droit de recevoir des soins de fin de vie pour toute personne dont l'état le requiert, sous réserve des exigences prévues par la loi¹¹. Les soins de fin de vie¹² incluent aussi bien les soins palliatifs que l'aide médicale à mourir¹³.

Le droit à des soins de fin de vie s'inscrit dans le prolongement de droits garantis par la Charte. En ayant pour but d'assurer le respect de la dignité, l'autonomie de la personne et le soulagement des souffrances, de tels soins sont susceptibles de favoriser la réalisation des droits à la sûreté, à l'intégrité et à la sauvegarde de sa dignité¹⁴.

La LCSFV précise de plus que « le respect de la personne et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes posés à son endroit »¹⁵.

De l'avis de la Commission, les principes prévus par la Charte, qui imprègnent déjà les fondements de la LCSFV, doivent continuer de guider l'accès à *tous* les soins de fin de vie, soit autant aux soins palliatifs qu'à l'AMM, ainsi que leur prestation.

Avant d'aborder les modifications proposées par le projet de loi n° 11 qui portent essentiellement sur l'accès à l'AMM, la Commission tient à exprimer ses préoccupations quant

¹⁰ LCSFV, art. 1 al. 1.

¹¹ LCSFV, art. 4 al. 1.

¹² LCSFV, art. 3 (3).

¹³ Ci-après « AMM ».

¹⁴ Charte, art. 1, 4.

¹⁵ LCSFV, art. 2 (1), tel qu'il serait modifié par l'art. 2 (1) du projet de loi n° 11.

aux atteintes aux droits que peuvent emporter des problèmes constatés dans l'accès aux soins palliatifs. À partir du peu de données qui existent sur la situation des soins palliatifs au Québec¹⁶, des rapports font état de certaines améliorations dans l'accès à ces soins¹⁷, mais ceux-ci demeurent encore bien trop peu accessibles, notamment à domicile¹⁸, pour les personnes atteintes d'une maladie autre que le cancer¹⁹ et au moment le plus approprié dans le continuum de soins²⁰. Des disparités régionales importantes sont également relevées²¹. De récents exemples qui ont fait les manchettes illustrent de façon tragique certains de ces enjeux²². Bien que la Commission reconnaisse que des efforts se poursuivent pour améliorer les soins de fin de vie au Québec²³, la situation demeure préoccupante.

Priver des personnes en fin de vie de soins palliatifs susceptibles de les soulager alors que leur état le requiert contrevient à leur droit à des soins de fin de vie et donc aux droits garantis par la

¹⁶ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec : Du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*, 2019, p. 13,14 et 19, [En ligne].
https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_144177&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoge/vG7/YWzz ; INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Portrait de l'utilisation des soins et des services de soutien à domicile par les personnes en fin de vie au Québec, 2013 à 2018*, 2021, p. 40, [En ligne].
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Portrait_Soins_fin_de_vie_EP.pdf

¹⁷ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Indicateurs de soins palliatifs : mise à jour des résultats pour la population adulte du Québec (2002-2016)*, 2020, p. 42 et 43, [En ligne].
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2727_indicateurs_soins_palliatifs_adultes.pdf

¹⁸ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 16, p. 15 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité, Rapport du groupe de travail national et de la consultation externe (Task force)*, 2020, [En ligne].
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-828-01W.pdf>

¹⁹ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 16, p. 19.

²⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, préc., note 17, p. 47 ; COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 16, p. 80.

²¹ *Id.*, p. 19.

²² Denis LESSARD, « Dans la douleur et la détresse », *La Presse*, 20 janvier 2023, [En ligne].
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-01-20/mort-d-andree-simard/dans-la-douleur-et-la-detresse.php> ; Elisa CLOUTIER, « Sans eau ni nourriture pendant 48 heures : une dame de 86 ans morte dans l'indignité à l'urgence », *TVA Nouvelles*, 2 mars 2023, [En ligne].
<https://www.tvanouvelles.ca/2023/03/02/sans-eau-ni-nourriture-pendant-48-heures-une-dame-de-86-ans-morte-dans-lindignite-a-lurgence>

²³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour un accès équitable à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité : Plan d'action 2020-2025*, 2022, [En ligne].
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-828-04W.pdf>

Charte dont celui-ci découle, soit le droit à la sûreté²⁴, à l'intégrité²⁵ et à la sauvegarde de sa dignité²⁶. La Commission souhaite vivement voir des améliorations à ce chapitre.

Les soins palliatifs requièrent une attention aussi soutenue que l'AMM, d'autant plus que le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de ces soins est comparativement beaucoup plus grand que le nombre de personnes se prévalant de l'AMM²⁷, bien que ce dernier soit en constante augmentation, au point où elle concerne aujourd'hui une proportion de décès plus élevée que dans tout autre pays autorisant cette pratique²⁸.

Les préoccupations de la Commission eu égard aux soins palliatifs ne l'empêchent pas, en parallèle, d'en entretenir aussi vis-à-vis de l'exclusion de certaines catégories de personnes de l'accès à l'AMM. Les problèmes d'accès aux soins palliatifs n'expliquent en effet probablement pas l'augmentation du nombre de demandes d'AMM. Selon la Commission sur les soins de fin de vie²⁹, les personnes ayant reçu l'AMM ont généralement eu accès à ces soins ou se les font proposer³⁰. Les deux enjeux sont donc en partie distincts.

Ce qui les unit toutefois est le principe selon lequel, quels que soient leur trajectoire de soins et l'endroit où elles se trouvent, toutes les personnes dont l'état le requiert devraient pouvoir

²⁴ Charte, art. 1.

²⁵ Charte, art. 1.

²⁶ Charte, art. 4.

²⁷ « Au Québec, environ 70 % des adultes décèdent des suites d'une maladie chronique les rendant susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie », selon l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Indicateurs de soins palliatifs : Population adulte du Québec, 2002-2016*, 2021, [En ligne].
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2727>

²⁸ Au Québec, le nombre d'AMM administrées correspond à 5,1 % des décès : COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport annuel d'activités : Du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022*, p. 14, [En ligne].
https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_185931&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz Pour l'année en cours, cette proportion dépasserait les 7 % : Davide GENTILE et Daniel BOILY, « Plus de 7 % des décès découlent de l'aide médicale à mourir au Québec », *Radio-Canada*, 16 février 2023, [En ligne].
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1956764/aide-medecale-mourir-quebec-commission-soins-fin-vie-consultation-medecins>.

²⁹ Ci-après « CSFV ».

³⁰ 80 % des personnes qui ont reçu l'AMM auraient bénéficié de soins palliatifs de fin de vie au moment de faire leur demande, alors que 89 % en auraient reçu entre la demande et l'administration de l'AMM. La Commission sur les soins de fin de vie, qui a compilé ces données de façon rétrospective, précise toutefois que la nature des soins offerts est très variable et qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur leur qualité et leur adaptation aux besoins des personnes. Voir COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 16, p. 42 et 43.

bénéficiaire du droit à des soins de fin de vie, que ce soit les soins palliatifs, l'AMM ou les deux. L'obligation, prévue au projet de loi n° 11³¹, qui serait désormais faite aux maisons de soins palliatifs d'inclure l'AMM dans leur offre de soins de fin de vie va en ce sens.

En vertu de sa responsabilité de « relever les dispositions des lois du Québec qui seraient contraires à la Charte et faire au gouvernement les recommandations appropriées »³², la Commission a procédé à l'analyse du projet de loi n° 11 dont plusieurs dispositions concernant l'accès à l'AMM sont susceptibles de porter atteinte à des droits garantis par la Charte.

Aux fins de l'examen du projet de loi, une première section du mémoire présente les principes applicables qui guideront notre analyse de sa conformité à la Charte. Les sections subséquentes traiteront successivement des différentes catégories de personnes qui pourraient voir leurs droits compromis si le projet de loi était adopté en l'état, ainsi que du mandat de la CSFV eu égard à l'évaluation des impacts potentiellement discriminatoires de l'AMM.

1 LES PRINCIPES DE LA CHARTE APPLICABLES À L'AMM

L'AMM met en jeu différents droits et libertés énoncés à la Charte. Depuis l'adoption en 2014 par l'Assemblée nationale de la *Loi concernant les soins de fin de vie*³³, deux importantes décisions judiciaires sont venues mettre en lumière la place et la portée de ces droits et libertés en lien avec ce soin de fin de vie bien particulier.

Dans l'arrêt *Carter*³⁴, la Cour suprême du Canada a reconnu que les dispositions du *Code criminel* prohibant l'AMM pour les personnes affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables qui leur causent des souffrances persistantes et intolérables privaient celles-ci du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne que leur garantit l'article 7 de la Charte canadienne³⁵. Le plus haut tribunal a également conclu que cette atteinte n'était pas conforme

³¹ Projet de loi n° 11, art. 9, qui modifierait l'art. 13 de la LCSFV.

³² Charte, art. 71 al. 2 (6).

³³ RLRQ, c S-32.0001.

³⁴ *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, [2015] 1 R.C.S. 331.

³⁵ *Id.*, par. 70.

aux principes de justice fondamentale et qu'elle ne pouvait se justifier en vertu de l'article premier de la Charte canadienne³⁶.

Dans le jugement *Truchon*³⁷, la Cour supérieure du Québec a conclu que l'exigence de « mort naturelle raisonnablement prévisible »³⁸ comme critère pour donner accès à l'AMM était inconstitutionnelle. De l'avis du tribunal, cette exigence, prévue par le *Code criminel*, porte atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité³⁹ des personnes qui sont affectées de problèmes de santé graves et irrémédiables, dont la situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités mais dont le décès n'est pas prévisible. Le tribunal a également conclu que cette atteinte n'était pas conforme aux principes de justice fondamentale et qu'elle ne pouvait se justifier en vertu de l'article premier de la Charte canadienne. Le tribunal a aussi déclaré inconstitutionnel le critère de fin de vie que l'on retrouve à l'article 26 (1) 3° de la LCSFV.

En transposant ces énoncés émanant de la jurisprudence aux droits et libertés garantis par la Charte québécoise, on peut affirmer que les restrictions à l'AMM faites à certains groupes ou catégories de personnes peuvent compromettre les droits à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté, à la liberté de conscience, à la sauvegarde de sa dignité ainsi que le droit à l'égalité.

1.1 Le droit à la vie

Le droit à la vie est compromis « 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 »⁴⁰. En conséquence, les dispositions prohibant ou limitant l'accès à l'AMM, si elles ont pour conséquence « de forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie, par

³⁶ *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982, R.-U., c. 11)].

³⁷ *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792, par 522, 533 (ci-après « *Truchon* »).

³⁸ *Code criminel*, art. 241.1 2) d).

³⁹ Charte canadienne, art. 7.

⁴⁰ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 34, par. 57.

crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables »⁴¹, portent atteinte au droit à la vie consacré par la Charte québécoise⁴².

1.2 Le droit à la sûreté et à l'intégrité

Ces deux droits sont complémentaires. Le droit à la sûreté a une fonction plus préventive, soit celle de protéger la personne contre des situations menaçantes qui minent la sérénité. Le droit à l'intégrité a une fonction plus curative, soit de donner des garanties contre les actes agressants⁴³. La Cour suprême a reconnu que le terme « intégrité » avait une portée plus large que le mot « sécurité » utilisé à l'article 7 de la Charte canadienne⁴⁴. La notion d'intégrité vise à la fois l'intégrité physique, psychologique, morale et sociale. Dans l'arrêt *Law*, la Cour suprême a établi un lien entre l'intégrité et la dignité en rappelant que la dignité « relève de l'intégrité physique et psychologique et de la prise en main personnelle »⁴⁵. Pour conclure à une atteinte au droit à l'intégrité, il faut démontrer que l'atteinte dépasse un certain seuil. L'atteinte reprochée « doit affecter de façon plus que fugace l'équilibre physique, psychologique ou émotif de la victime »⁴⁶. La prohibition d'accès à l'AMM constitue donc une atteinte au droit à la sûreté et à l'intégrité dans la mesure où elle prive la personne d'un soin qui aurait pour effet de la soulager de ses souffrances intolérables associées à une maladie grave et incurable.

1.3 Le droit à la liberté

Le droit à la liberté s'interprète largement et ne se limite pas à la contrainte physique. Il englobe le droit de chaque personne de prendre des décisions d'importance fondamentale sans intervention de l'État. Il protège la sphère irréductible d'autonomie personnelle, laquelle « ne comprend que les sujets fondamentalement ou essentiellement personnels et qui impliquent,

⁴¹ *Id.*, par. 57.

⁴² *Id.*, par. 57 et 58.

⁴³ Henri BRUN, Guy TREMBLAY et Eugénie BROUILLET, *Droit constitutionnel*, 6^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, p. 1182, par. XII-6.94 à XII-6.98.

⁴⁴ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35 (CanLII), [2005] 1 RCS 791, par. 41.

⁴⁵ *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 R.C.S. 497, par. 53.

⁴⁶ *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'Hôpital St-Ferdinand*, [1996] 3 R.C.S. 211, par. 97.

par leur nature même, des choix fondamentaux participant de l'essence même de ce que signifie la jouissance de la dignité et de l'indépendance individuelles »⁴⁷.

1.4 Le droit à la dignité

À la fois valeur inhérente à tous les droits et libertés et droit substantif énoncé à l'article 4 de la Charte, le droit à la sauvegarde de sa dignité est la notion au cœur de la LCSFV et plus spécialement des dispositions concernant l'accès à l'AMM⁴⁸. Il est effectivement reconnu que l'accès à l'AMM a pour fondement la préservation de la dignité humaine de la personne qui compose avec des souffrances intolérables associées à une maladie grave et irrémédiable⁴⁹.

1.5 Le droit à l'égalité

Le refus d'autoriser l'accès à l'AMM à certains groupes de personne en raison de la nature de leurs problèmes de santé peut s'avérer discriminatoire à première vue. En effet, ces personnes pourraient soutenir qu'elles ne bénéficient pas de la reconnaissance en pleine égalité de leur droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté en raison d'un motif protégé, à savoir leur handicap. Ces droits sont reconnus par la combinaison des articles 1 et 10 de la *Charte*.

Le jugement *Truchon* a permis de mieux cerner l'enjeu et l'importance du droit à l'égalité. En effet, le tribunal a reconnu le caractère discriminatoire de l'exigence de fin de vie énoncée à l'article 26 (1) 3 LCSFV. Il a conclu que cette exigence établissait par son effet une distinction par type de maladie grave et incurable. Ainsi, il a constaté que l'AMM était accessible aux personnes malades qui souffraient et qui étaient en fin de vie mais qu'elle était refusée aux personnes qui souffraient tout autant en raison d'une maladie tout aussi grave et incurable sans que leur décès ne soit imminent⁵⁰. Ce constat a amené le Tribunal à conclure que le critère de la fin de vie pour l'accès à l'AMM créait une distinction discriminatoire par son effet car « ultimement il nie aux demandeurs l'égalité dans la reconnaissance de leur dignité humaine »⁵¹.

⁴⁷ *Godbout c. Longueuil (Ville de)*, [1997] 3 R.C.S. 844, par. 66. Voir également *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 34, par. 68.

⁴⁸ *Truchon c. Procureur général du Canada*, préc., note 37, par. 725.

⁴⁹ *Id.*, par. 724.

⁵⁰ *Id.*, par. 707.

⁵¹ *Id.*, par. 707.

1.6 La liberté de conscience

La décision de mettre un terme prématuré à ses souffrances, au moment et de la manière souhaitée, est une décision personnelle et fondamentale. En ce sens, la décision de demander l'AMM afin de mourir dignement relève de la morale personnelle qui est englobée par la liberté de conscience énoncée à l'article 3 de la Charte⁵². En raison de sa portée et de son interprétation qui peuvent recouper certains aspects du droit à la liberté énoncé à l'article 1, une prohibition d'accès à l'AMM à certains groupes de personnes, alors que leur situation médicale se caractérise par un déclin irréversible de leurs capacités et qu'elles sont aux prises avec des souffrances constantes et insupportables, pourrait mener à une atteinte à ce droit. Même si les tribunaux n'ont pas traité spécifiquement de cette liberté dans leurs analyses respectives, celle-ci ne doit pas être banalisée ni omise. Le caractère solennel et personnel de la décision de demander l'AMM a d'ailleurs déjà été reconnu par la Cour suprême :

« Peu d'intérêts sont aussi impérieux et essentiels à l'autonomie individuelle que le choix d'une femme d'interrompre sa grossesse, la décision d'une personne de mettre fin à ses jours, le droit d'élever ses enfants et la capacité des victimes d'agression sexuelle de recourir à une thérapie sans craindre que leurs dossiers privés soient communiqués. Ces intérêts sont vraiment essentiels à la dignité individuelle. »⁵³

1.7 Des exclusions contraires à la Charte qui doivent être justifiées

Les droits et libertés énoncés à la Charte n'étant pas absolus, il est possible d'en restreindre la portée lorsqu'il est démontré que leur exercice empêcherait d'atteindre des objectifs sociaux fondamentalement importants conformément aux exigences de l'article 9.1 de la Charte⁵⁴. L'atteinte à un droit énoncé à la Charte doit toutefois répondre à certains critères stricts pour être justifiée.

Conformément aux critères de la démarche de justification développés par la jurisprudence⁵⁵, il incombe à l'État de démontrer, par une preuve prépondérante, que :

⁵² La liberté de conscience n'a pas fait l'objet d'une abondante jurisprudence. L'un des arrêts phares reste l'opinion concordante de la juge Wilson dans *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, par. 249 et 251.

⁵³ *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2002] 2 R.C.S. 307, 358.

⁵⁴ Dans le cas d'une atteinte à une liberté ou un droit fondamental, la démarche de justification en deux étapes applicable en vertu de l'article 9.1 de la Charte est la même que celle développée par la Cour suprême du Canada en vertu de la clause de sauvegarde énoncée à l'article 1 de la Charte canadienne : *R. c. Oakes*, 1986 CanLII 46 (CSC), [1986] 1 RCS 103 par. 65.

⁵⁵ *Id.*, par. 68-71.

1. l'objectif législatif de la mesure contestée est suffisamment important, c'est-à-dire qu'il se rapporte à des préoccupations urgentes et réelles ;
2. que les moyens choisis pour réaliser cet objectif sont proportionnels.

Ce second critère exige la démonstration de trois éléments :

- (1) Les moyens choisis ont-ils un lien rationnel avec l'objectif ?
- (2) Est-ce que les moyens retenus portent le moins possible atteinte au droit compromis ? (critère de l'atteinte minimale)
- (3) Y a-t-il proportionnalité entre l'effet de la mesure et son objectif ?

En matière d'AMM, c'est au niveau du critère de proportionnalité, plus spécifiquement du critère de l'atteinte minimale, que l'analyse a échoué devant les tribunaux. Il ressort en effet des arrêts *Carter* et *Truchon* qu'il est déraisonnable de priver tout un groupe ou toute une catégorie de personnes de recevoir l'AMM afin de protéger certains membres du groupe en raison de leur vulnérabilité.

Dans les deux cas, les tribunaux ont bénéficié de l'éclairage et de l'expertise de scientifiques, de praticiens de la santé et de personnes qui avaient une bonne connaissance de la prise de décisions concernant la fin de vie au Canada et à l'étranger. Les juges en sont venus à la conclusion que la prohibition absolue ou l'exclusion complète d'une catégorie de personnes n'était pas nécessaire pour protéger les personnes vulnérables qui pourraient être tentées de mettre un terme à leur vie dans un moment de détresse puisque la preuve avait révélé de façon prépondérante que les médecins étaient en mesure d'évaluer de manière sûre leur capacité, leur volonté et leur non-ambivalence et qu'ils savaient comment procéder pour s'assurer d'obtenir un consentement éclairé⁵⁶.

En conséquence, s'il est possible de mettre en place des garanties adéquatement conçues et appliquées au cas par cas afin de protéger les personnes vulnérables d'un abus ou d'une erreur, la prohibition absolue ou l'exclusion complète d'un groupe s'avère déraisonnable et ne peut répondre au critère de l'atteinte minimale.

⁵⁶ *Carter c. Canada (Procureur général)*, préc., note 34, par. 104; *Truchon c. Procureur général du Canada*, préc., note 37, par. 619.

1.8 Les mesures de protection et de contrôle existantes

La LCSFV prévoit plusieurs mesures de protection des personnes demandant ce soin et de contrôle de l'administration des demandes d'AMM. Les personnes requérant ce soin doivent d'abord satisfaire les conditions d'admissibilité prévues à l'article 26 de la LCSFV. Elles doivent être assurées au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*⁵⁷, être majeures et aptes à consentir aux soins, être atteintes d'une maladie grave et incurable qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables⁵⁸. L'article 29 prévoit aussi des garanties procédurales pour encadrer le processus d'évaluation d'une demande par deux médecins indépendants⁵⁹. Le projet de loi n° 11 prévoit que cette évaluation pourrait plutôt être réalisée par deux professionnels compétents⁶⁰, c'est-à-dire un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée⁶¹.

Toutes les AMM doivent être déclarées soit au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dont est membre le médecin qui a administré l'AMM ou au Collège des médecins du Québec⁶², selon le cas, ainsi qu'à la CSFV, dans les dix jours suivants leur administration⁶³. La CSFV a pour mandat de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'AMM⁶⁴. Pour ce faire, celle-ci se base sur les renseignements contenus dans le formulaire de déclaration rempli par le professionnel ayant administré l'AMM. L'évaluation de la qualité de l'acte revient quant à elle au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements et au Collège des médecins du Québec. Des adaptations à ces mesures sont prévues dans le projet de loi n° 11 pour tenir compte de la possibilité pour les IPS de pratiquer l'AMM.

⁵⁷ RLRQ, c. A-29.

⁵⁸ LCSFV, art. 26.

⁵⁹ LCSFV, art. 29.

⁶⁰ Projet de loi n° 11, art. 4, qui insérerait l'art. 3.1 dans la LCSFV ; art. 14, qui modifierait l'art. 26 de la LCSFV ; art. 18 qui insérerait l'art. 29.1 et suiv. dans la LCSFV.

⁶¹ Ci-après « IPS ».

⁶² Ci-après « CMQ ».

⁶³ LCSFV, art. 34 al. 1, art. 35 al. 1 et art. 46.

⁶⁴ LCSFV, art. 42 al. 2.

Pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, la CSFV a jugé dans la presque totalité des cas (99,6 %) que l'AMM avait été administrée conformément à la LCSFV⁶⁵. Dans les cas de non-conformité, la CSFV transmet un avis au CMQ et à l'établissement.

Malgré la possibilité pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie d'avoir recours à l'AMM depuis le 12 mars 2020 en raison de l'invalidation de cette condition⁶⁶, la grande majorité des personnes ayant reçu l'AMM (84 %) avaient un pronostic de moins d'un an, et la très grande majorité de deux ans ou moins (95 %)⁶⁷. La population se prévalant de l'AMM demeure donc essentiellement composée de personnes en fin de vie ou près de l'être. Cette situation risque toutefois d'évoluer, puisque la possibilité d'y avoir recours pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie est encore très récente.

Il importe finalement de rappeler qu'un professionnel qui ne respecte pas les conditions prévues par le *Code criminel*, qui sont similaires et complémentaires à celles prévues par la LCSFV, s'expose à une poursuite criminelle⁶⁸. Le *Code criminel*, dont les dispositions s'appliquent conjointement à celles de la LCSFV, prévoit deux voies d'accès à l'AMM. Si la mort naturelle de la personne est raisonnablement prévisible, la personne doit satisfaire aux conditions d'admissibilité à l'AMM et son évaluation doit respecter certaines mesures de sauvegarde, dont l'évaluation par un second médecin ou infirmier praticien indépendant⁶⁹. Si la mort naturelle de la personne n'est pas raisonnablement prévisible, la personne doit satisfaire aux mêmes conditions d'admissibilité, mais des mesures de sauvegarde supplémentaires sont imposées. Le médecin ou l'infirmier praticien doit s'assurer que soit consulté un professionnel ayant une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne, que la

⁶⁵ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 28, p. 11.

⁶⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Le gouvernement du Québec se conformera au jugement rendu dans la cause Truchon et Gladu*, 21 janvier 2020, [En ligne] <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2007/>. Au Québec, le critère de fin de vie est devenu inopérant le 12 mars 2020 à la suite de la décision du gouvernement du Québec de ne pas en appeler du jugement *Truchon*. Le gouvernement fédéral a obtenu à quatre reprises une prorogation de la suspension de la déclaration d'invalidité, la dernière prévoyant une prise d'effet le 26 mars 2021 (*Truchon c. Procureur général du Canada*, 2021 QCCS 590). Pendant cette suspension de la prise d'effet, la condition du *Code criminel* relativement à la mort naturelle raisonnablement prévisible demeurait en vigueur, mais une personne satisfaisant à toutes les autres conditions pouvait demander une autorisation judiciaire pour obtenir l'AMM.

⁶⁷ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 28, p. 16.

⁶⁸ *Code criminel*, LRC (1985), c. C-46, art. 241.3.

⁶⁹ *Id.*, art. 241.2 (3).

personne a été informée des moyens disponibles pour soulager sa souffrance (consultation psychologique, services de soutien en santé mentale, services de soutien aux personnes handicapées, services communautaires, soins palliatifs), que la personne a sérieusement envisagé des moyens raisonnables et disponibles pour soulager sa souffrance et que 90 jours se sont minimalement écoulés entre la première évaluation et l'administration de l'AMM, sauf exception⁷⁰.

1.9 L'aptitude et le régime de consentement aux soins

Pour obtenir l'AMM, une personne doit être majeure et apte à y consentir de façon contemporaine, sauf exception⁷¹. Les modalités de consentement à ce soin sont ainsi plus restrictives que celles du régime général de consentement aux soins prévues par le Code civil et interprétées par la jurisprudence. À titre d'exemple, le Code civil permet le consentement substitué aux soins⁷², ce que ne permet pas la LCSFV ni le projet de loi n° 11 en matière d'AMM. Par ailleurs, le Code civil permet aux personnes mineures âgées de 14 ans et plus de consentir seules aux soins requis par leur état de santé. Or, ni la LCSFV ni le projet de loi n° 11 ne leur reconnaissent ce droit pour l'AMM. Nous reviendrons sur ces points dans les sections suivantes du présent mémoire car ces restrictions au régime de consentement aux soins sont susceptibles de compromettre des droits garantis par la Charte.

Les droits énoncés à l'article 1 de la Charte québécoise sont intimement liés à la notion de consentement aux soins, lequel a pour pierre d'assise le principe d'inviolabilité de la personne énoncé à l'article 10 du *Code civil du Québec* :

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Le droit à l'autodétermination et le droit à l'inviolabilité de la personne sont à la source du droit de refuser un traitement ou d'y consentir⁷³. Le consentement doit être libre et éclairé et obtenu

⁷⁰ *Id.*, art. 241.2 (3.1).

⁷¹ Voir section 2, p. 15.

⁷² *Code civil du Québec*, art. 15. Les critères qui doivent guider la personne qui consent pour autrui sont bien définis à l'art 12 (ci-après « C.c.Q. »).

⁷³ *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA) ; *M. B. c. Centre hospitalier Pierre-le-Gardeur*, 2004 CanLII 29017 (QC CA), par. 38.

pour chaque soin proposé⁷⁴. Et pour chaque soin pour lequel le consentement est recherché, le médecin doit déterminer l'aptitude ou l'inaptitude de la personne à consentir⁷⁵.

L'appréciation de l'aptitude ou de l'inaptitude d'une personne à consentir à des soins est une question de fait qui s'apprécie en fonction de son autonomie décisionnelle au moment où la décision doit être prise. Autrement dit, est-ce que la personne est en mesure de comprendre les conséquences de sa décision au moment précis où on lui demande son consentement ? La détermination de l'inaptitude d'une personne à consentir à des soins requis par son état de santé se fait à partir d'une série de critères élaborés par la jurisprudence.

Ce qu'il faut retenir c'est que la pierre angulaire de cette évaluation est la compréhension de la personne de la situation et des conséquences de recevoir ou non le soin. Il n'existe pas de présomption d'inaptitude à donner son consentement à des soins⁷⁶. Chaque cas doit être évalué individuellement. Et le fait qu'une personne reçoive des soins psychiatriques n'entraîne pas nécessairement son inaptitude à consentir à des soins⁷⁷.

The fact that a person is mentally ill does not always prevent him or her from being able to consent to certain types of treatment. That person may be able to consent to a particular treatment at one time but not another. The person's ability to consent may be present under certain circumstances but not others. It is also possible that that person may be capable of consenting to treatment when on medication, but not when medication is discontinued. Every case turns on its own facts.⁷⁸

Dans l'état actuel du droit, le Code civil prévoit la possibilité d'obtenir un consentement substitué lorsque l'inaptitude du majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et que celui-ci n'a pas formulé de directives médicales anticipées⁷⁹. Dans un tel cas, le consentement à recevoir des soins sera donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement sera donné par le conjoint ou à défaut, par un

⁷⁴ C.c.Q., art. 10 al. 2.

⁷⁵ *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, préc., note 73.

⁷⁶ *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) c. L.B.*, 2020 QCCS 861, par. 69.

⁷⁷ *Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital c. A.T.*, 2020 QCCS 2149 (CanLII), par. 24, citant Lorne E. Rozovsky, *The Canadian Law of Consent to Treatment*, 3rd ed., Toronto: Lexis Nexis Butterworths, 2003) p.63.

⁷⁸ *Id.*, par. 25.

⁷⁹ C.c.Q., art. 15.

proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. Si le majeur inapte refuse catégoriquement les soins requis par son état de santé, l'autorisation du tribunal sera nécessaire pour passer outre à sa volonté.

Suivant ces principes relatifs au consentement aux soins, la Commission s'interroge sur un aspect de la terminologie employée dans le projet de loi n° 11. L'expression « aptitude à consentir aux soins » figure dans plusieurs dispositions du projet de loi portant sur les conditions d'accès à l'AMM, que ce soit de façon contemporaine⁸⁰ ou anticipée⁸¹. Or, il est reconnu en droit et dans la pratique clinique que l'évaluation de l'aptitude à consentir doit toujours porter sur un soin déterminé à un moment précis. Puisque les dispositions concernées de la LCSFV portent sur un soin particulier, il semblerait ainsi plus juste de parler d'aptitude à consentir à ce soin plutôt que d'aptitude à consentir *aux* soins.

RECOMMANDATION 1

La Commission recommande de modifier les articles 14 et 18 du projet de loi n° 11 pour remplacer l'expression « apte à consentir aux soins » par « apte à consentir à ce soin ».

2 LES PERSONNES EN SITUATION D'INAPTITUDE À CONSENTIR À L'AMM

La LCSFV prévoit comme règle générale qu'une personne doit être apte à consentir aux soins pour obtenir l'AMM⁸².

Une modification apportée à la LCSFV en 2021 a ajouté une exception à cette règle⁸³. Celle-ci a assoupli les conditions d'accès à l'AMM en aménageant la possibilité pour un médecin de l'administrer à une personne en fin de vie satisfaisant aux conditions d'admissibilité mais qui est devenue inapte à consentir aux soins après avoir formulé sa demande alors qu'elle était apte⁸⁴. Avec cette nouvelle possibilité, une personne en fin de vie qui a vu sa demande acceptée peut

⁸⁰ Projet de loi n° 11, art. 14, qui modifierait l'art. 26 de la LCSFV.

⁸¹ Projet de loi n° 11, art. 18, qui ajouterait l'art. 29.1 à la LCSFV.

⁸² LCSFV, art. 26 (2).

⁸³ *Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire et modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie*, L.Q. 2021, c. 23, art. 9.

⁸⁴ LCSFV, art. 29 al. 3.

renoncer au consentement final à l'AMM et ainsi être soulagée de la crainte d'y perdre accès avant son administration. Avant cette modification, des personnes refusaient des médicaments susceptibles de les soulager en raison du risque qu'ils affectent leur aptitude à consentir ou choisissaient de devancer l'administration de l'AMM par crainte d'une perte imminente de leur aptitude⁸⁵.

Dans son mémoire de 2013 sur le projet de loi n° 52, la Commission avait estimé que l'inaccessibilité de l'AMM pour les personnes incapables à y consentir compromettrait certains de leurs droits et libertés garantis par la Charte, soit les droits à la vie, à la sûreté, à la liberté de sa personne, à la liberté de conscience et à la sauvegarde de sa dignité⁸⁶. Elle ajoutait que de telles atteintes ne seraient pas susceptibles d'être sauvegardées en vertu de l'article 9.1 de la Charte. Ces atteintes aux droits pourraient aussi s'avérer discriminatoires sur la base du handicap. Devant ce constat, la Commission avait recommandé l'adoption de modalités d'accès à l'AMM pour ces personnes plus en phase avec les règles actuelles de consentement aux soins. Ainsi plus à même de satisfaire le critère de l'atteinte minimale, celles-ci devraient néanmoins tenir compte du caractère spécifique et irréversible de l'AMM.

La modification apportée en 2021 répondait en partie à la recommandation de la Commission en ouvrant une possibilité d'accès à l'AMM pour des personnes en fin de vie et en situation d'incapacité à y consentir.

Cette ouverture nécessaire mais limitée serait élargie si le projet de loi n° 11 était adopté en l'état. Celui-ci prévoirait la mise en place d'un régime de demandes anticipées d'AMM qui permettrait à une personne atteinte d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins de formuler une telle demande en prévision d'une administration ultérieure à son incapacité à le faire⁸⁷. Cette possibilité répondrait à une préoccupation de la Commission qui avait invité le législateur à suivre cette voie⁸⁸.

⁸⁵ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, 2021, p. 13, [En ligne]. https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_174365&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoge/vG7/YWzz

⁸⁶ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, préc., note 5, p. 27 et 28.

⁸⁷ Projet de loi n° 11, art. 18.

⁸⁸ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, préc., note 5, p. 28.

Plusieurs mesures sont prévues au projet de loi pour encadrer de manière spécifique ce type de demandes.

Notamment, le régime proposé prévoit qu'il s'agirait de *demandes* anticipées et non de *directives* anticipées. Le terme « demande » implique qu'une évaluation de celle-ci doit être réalisée au moment de son traitement avant qu'elle ne soit acceptée ou refusée⁸⁹, alors que le terme « directive » a un caractère exécutoire. Le régime déjà existant de directives anticipées prévoit en effet que les volontés relatives aux soins qui y sont inscrites ont « la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins »⁹⁰. Ce dernier régime concerne seulement un certain nombre de soins dont ne fait pas partie l'AMM⁹¹. Dans le cadre de l'examen de la demande anticipée par un professionnel compétent avant l'administration de l'AMM, celui-ci devrait notamment discuter avec le tiers de confiance désigné par la personne faisant la demande et les membres de l'équipe de soins responsable de la personne⁹². Une telle évaluation constituerait une mesure supplémentaire permettant de s'assurer que l'administration de l'AMM vise bien le respect de l'autonomie de la personne et le soulagement de ses souffrances, et donc l'exercice des droits et libertés qui lui sont garantis.

Le régime proposé de demandes anticipées prévoirait aussi que la personne les formulant devrait être atteinte d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins⁹³. Une telle condition éviterait qu'une personne prenne une telle décision sans être confrontée à la réalité de devoir composer avec un tel diagnostic. Elle serait ainsi en meilleure position pour formuler un consentement anticipé éclairé sur la base d'informations sur sa condition médicale et son évolution anticipée.

Le projet de loi prévoit de plus que les souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables décrites par une personne dans sa demande anticipée devraient être « médicalement reconnues comme pouvant découler de la maladie dont la personne est atteinte » et « objectivables pour un professionnel compétent qui aurait à les constater avant

⁸⁹ Projet de loi n° 11, art. 18, qui introduirait l'art. 29.13 à la LCSFV.

⁹⁰ LCSFV, art. 58.

⁹¹ LCSFV, art. 51.

⁹² Projet de loi n° 11, art. 18, qui introduirait l'art. 29.17 à la LCSFV.

⁹³ Projet de loi n° 11, art. 18 qui introduirait l'art. 29.1 à la LCSFV.

d'administrer l'aide médicale à mourir »⁹⁴. Ces dispositions permettraient de s'assurer que l'AMM répondrait à une situation de souffrance liée à la condition médicale de la personne, et non à des souffrances qui découleraient uniquement de ses conditions de vie.

Le régime de demandes anticipées qui serait mis en place prévoirait finalement qu'un refus manifeste de recevoir l'AMM par la personne devrait être respecté⁹⁵.

De l'avis de la Commission, ces modalités sont susceptibles de favoriser la réalisation des droits en cause pour des personnes en situation d'inaptitude à consentir à l'AMM sans négliger le caractère spécifique et irréversible de ce soin. Une attention particulière à la discrimination sur la base de l'âge, notamment aux stéréotypes âgistes sur la qualité de vie des personnes âgées, devrait cependant guider la mise en œuvre de ce régime.

La Commission prend par ailleurs note que la Commission spéciale a décidé de ne pas recommander l'autorisation du consentement substitué pour l'AMM⁹⁶, une modalité par ailleurs déjà prévue pour d'autres soins⁹⁷, y compris le retrait de soins nécessaires au maintien de la vie. Comme le souligne la Commission spéciale, cette impossibilité pourrait priver des personnes qui n'ont jamais été aptes à consentir à ce soin de le faire, de même que des personnes qui le deviendraient subitement en raison d'un traumatisme ou d'un accident⁹⁸.

La Commission comprend la prudence de la Commission spéciale. Elle souhaite néanmoins rappeler que des exclusions complètes de groupes de personnes sont susceptibles de compromettre la réalisation de leurs droits et doivent donc être justifiées en vertu de la Charte. Des modalités de consentement plus en phase avec le régime général de consentement aux soins seraient potentiellement plus à même de satisfaire au critère de l'atteinte minimale aux droits en cause. À titre d'exemple, le régime de consentement aux soins du Code civil prévoit la possibilité d'un consentement substitué dans le cas de la personne inapte à consentir aux soins. Les principes et éléments à considérer par la personne qui consent ou refuse un soin

⁹⁴ Projet de loi n° 11, art. 18 qui introduirait l'art. 29.3 à la LCSFV.

⁹⁵ Projet de loi n° 11, art. 18 qui introduirait l'art. 29.19 al. 2 à la LCSFV.

⁹⁶ ASSEMBLÉE NATIONALE, préc., note 7, p. 26.

⁹⁷ *Id.*, voir section 1.9.

⁹⁸ *Id.*, p. 24-27.

pour autrui sont énoncés à l'article 12 du Code civil⁹⁹. L'intérêt de la personne inapte à consentir « est fondamental et constitue la « pierre angulaire » de toute décision prise à son égard »¹⁰⁰. Ce n'est que dans le cas où la décision s'avère déraisonnable ou contraire aux intérêts de la personne inapte que les tribunaux interviendront¹⁰¹. Comme le rappelle la Cour d'appel, c'est le « rôle des tribunaux d'être le gardien du processus d'examen et de la protection des droits fondamentaux de la personne qui ne peut consentir ou refuser pour elle-même. »¹⁰²

RECOMMANDATION 2

La Commission recommande que le projet de loi n° 11 prévoie des modalités supplémentaires de consentement à l'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude à consentir à ce soin de façon qu'elles soient plus en phase avec les règles actuelles de consentement existantes pour d'autres soins. Ces modalités devraient tenir compte du caractère spécifique et irréversible de l'aide médicale à mourir, ainsi que des réalités des groupes qui se verraient ainsi permettre l'accès à ce soin.

3 LES PERSONNES AYANT UN HANDICAP NEUROMOTEUR GRAVE ET INCURABLE

Le projet de loi n° 11 propose de permettre l'accès à l'AMM aux personnes ayant un handicap neuromoteur grave et incurable¹⁰³.

Plusieurs acteurs ont soulevé des préoccupations au sujet de l'accès à l'AMM de personnes en situation de handicap. Notamment, le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, l'Experte indépendante sur les personnes âgées et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme ont exprimé leur inquiétude conjointement au gouvernement fédéral à propos de l'élargissement de l'accès à

⁹⁹ C.c.Q., art. 12:

Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

¹⁰⁰ *A.P. c. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, 2023 QCCA 58 (CanLII), par. 16.

¹⁰¹ *McGill University Health Centre (MUHC) c. M.S.*, 2019 QCCS 3851 (CanLII), par. 26, 37 et 40.

¹⁰² *A.P. c. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine*, préc., note 99, par. 18.

¹⁰³ Projet de loi n° 11, art. 14 qui modifierait l'art. 26 al.1 (3°) de la LSFV.

l'AMM pour les personnes ayant un handicap grave et incurable dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible¹⁰⁴. Leur préoccupation porte sur le risque qu'un tel accès renforce subtilement ou indirectement des stéréotypes capacitistes sur la valeur de la vie de ces personnes, voire représente une pression indirecte pour ces personnes à avoir recours à l'AMM.

La Commission prend ces préoccupations au sérieux et considère qu'elles ne devraient pas être traitées à la légère. Elle estime cependant que priver de l'accès à l'AMM les personnes ayant un handicap neuromoteur grave et incurable, qui ne sont pas atteintes d'une maladie grave et incurable, est susceptible de compromettre leurs droits. Les souffrances constantes et insupportables engendrées par un handicap neuromoteur grave et incurable peuvent, dans certaines circonstances, être similaires à celles engendrées par une maladie grave et incurable. Exclure ces personnes sur la base du fait que leurs souffrances découlent d'une situation de handicap pourrait s'avérer discriminatoire¹⁰⁵. Ces personnes devraient aussi avoir la possibilité de prendre une décision aussi importante et personnelle.

Bien que la Commission accueille favorablement l'élargissement proposé, elle convient qu'il est délicat de trouver un équilibre entre le respect de l'autodétermination de ces personnes et la protection de leur droit à la vie en toute égalité. Elle doute toutefois que restreindre totalement leur accès à l'AMM soit la meilleure façon de parvenir à une conciliation des droits en cause conforme à la Charte, d'autant plus qu'elle risque d'entretenir une vision paternaliste à leur égard¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Lettre du 3 février 2021 adressée au gouvernement du Canada par le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, l'Experte indépendante sur les personnes âgées et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme ayant pour objet « *Information received concerning the new policy on medical assistance in dying, enshrined in Bill C-7 as adopted by the House of Commons on 10 December 2020, which amends relevant provisions of the Criminal Code by expanding access to medical assistance in dying to persons with disabilities, whose natural death is not reasonably foreseeable* », OL CAN 2/2021, [En ligne].
<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gld=26002>

¹⁰⁵ *Truchon c. Procureur général du Canada*, préc., note 37, par. 310.

¹⁰⁶ « Le lien que le législateur établit entre l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible et la vulnérabilité de toutes les personnes handicapées trahit, ceci dit avec égards, une vision paternaliste à l'égard des personnes comme les demandeurs. En raison de leur handicap, l'État considère invraisemblable que ces personnes puissent exprimer un consentement valable à l'aide médicale à mourir, leur autonomie se trouvant nécessairement compromise par leur vulnérabilité. » *Truchon, id.*, par. 680 (renvois omis).

Pour être conforme à l'esprit de la Charte, l'égalité réelle des personnes en situation de handicap doit être visée. Cela signifie qu'il ne faut pas seulement se limiter à élargir l'accès à l'AMM à celles-ci, ce qui s'apparenterait à une forme d'égalité formelle impliquant un traitement identique pour toute personne. Il faut aussi travailler en amont afin de s'assurer que les personnes en situation de handicap bénéficient de soutien et de services pour les aider à composer avec leur condition et leurs souffrances avant d'envisager l'AMM¹⁰⁷. Des mesures fortes devraient donc être prises pour assurer le respect en pleine égalité des droits des personnes concernées, incluant leurs droits économiques et sociaux, notamment en s'attaquant à la forme de discrimination systémique qu'est le capacitisme, de sorte que ces personnes ne prennent pas une telle décision faute de soutien approprié. À cet égard, 4,2 % des personnes bénéficiaires de l'AMM au Canada ayant déclaré avoir besoin de services de soutien aux personnes handicapées n'en ont pas bénéficié¹⁰⁸. Le gouvernement québécois devrait se sentir interpellé par une telle situation et veiller à ce qu'elle ne se produise pas au Québec.

Les mesures prises pour assurer le droit à l'égalité des personnes en situation de handicap devraient également impliquer la formation des professionnels afin de s'assurer que leurs évaluations des demandes d'AMM ne soient pas influencées par des préjugés sur la qualité de vie de ces personnes. Les guides d'exercice clinique pour l'AMM devraient aussi tenir compte de cet aspect.

Pour terminer cette section, la Commission s'interroge sur l'emploi de l'expression « handicap neuromoteur » qui n'est pas définie dans le projet de loi et qui ne semble pas correspondre à une définition standardisée. Elle comprend qu'une telle expression vise à exclure les personnes présentant certains diagnostics, notamment ceux de déficience intellectuelle¹⁰⁹. L'emploi d'un

¹⁰⁷ La Commission avait déjà exprimé une préoccupation similaire en lien avec le dépistage prénatal du syndrome de Down. Faute d'un soutien suffisant, des femmes enceintes pourraient décider d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse. Pour qu'un véritable choix soit possible, il faut que des ressources et du soutien soient disponibles pour que la vie dans une situation de handicap soit aussi envisageable que le contraire. COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Commentaires sur le projet d'implantation d'un programme de dépistage prénatal du syndrome de Down au Québec soumis au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation sur le dépistage du syndrome de Down*, (Cat. 2.120-12.52), 2008, [En ligne].
https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/depistage_prenatal_syndrome_Down.pdf

¹⁰⁸ SANTÉ CANADA, *Troisième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2021*, p. 33, [En ligne].
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicate-mourir/rapport-annuel-2021.html>

¹⁰⁹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Mémoire au Conseil des ministres, Projet de loi modifiant la Loi concernant les soins de fin de vie et d'autres dispositions législatives (Partie accessible au public)*, 27 janvier 2023, p. 15,

terme plus restrictif que « handicap », utilisé dans le *Code criminel* et dans la jurisprudence pertinente, risque cependant d'exclure certaines personnes qui satisferaient par ailleurs les conditions d'admissibilité à l'AMM et pourrait donc compromettre la réalisation de leurs droits¹¹⁰. Un manque de précision risque aussi de nuire à la mise en œuvre des conditions d'accès à l'AMM et à la surveillance de leur application.

4 LES PERSONNES POUR QUI UN TROUBLE MENTAL EST LE SEUL PROBLÈME MÉDICAL INVOQUÉ

En éliminant la condition de devoir être en fin de vie pour accéder à l'AMM¹¹¹, le projet de loi n° 11 vise à rendre la LCSFV conforme au jugement *Truchon*. Sans cette condition qui limitait l'accès à l'AMM aux personnes ayant une maladie les plaçant en situation de fin de vie, un plus grand nombre de personnes présentant un trouble mental comme seul problème médical invoqué¹¹² se retrouvent admissibles à ce soin.

[En ligne]. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-0007_memoire.pdf

¹¹⁰ Il ne faut pas confondre la notion de handicap neuromoteur que l'on retrouve dans le projet de loi n° 11 avec la notion de handicap que l'on retrouve à l'article 10 de la Charte. Cette dernière a fait l'objet d'une interprétation très large par les tribunaux. La Cour suprême a précisé que dans le contexte de l'article 10, le handicap pouvait être réel ou perçu et ne nécessitait pas la présence de limitations fonctionnelles réelles pour s'appliquer. Elle a ajouté qu'il y avait plutôt lieu d'adopter une « approche multidimensionnelle qui tient compte de l'élément socio-politique » de ce motif. Voir *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (Ville)*; *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Boisbriand (Ville)*, 2000 CSC 27 (CanLII), [2000] 1 RCS 665, par. 77 et 81. Par ailleurs, il faut également tenir compte de la définition de « personne handicapée » que l'on retrouve à la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*, RLRQ, c. E-20.1, art. 1g). Il y est précisé que « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » est une personne handicapée au sens de cette loi. D'où l'importance de bien définir le terme handicap dans le projet de loi n° 11.

¹¹¹ Projet de loi n° 11, art. 14, qui modifierait l'art. 26 de la LCSFV.

¹¹² Ci-après « TM-SPMI ». Nous reprenons ici la terminologie employée par la Commission spéciale qui a recommandé de ne pas autoriser l'AMM pour ce groupe. La Commission reconnaît cependant qu'une telle expression peut être stigmatisante et limiter la compréhension de la situation globale des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Elle comprend aussi que, dans le cadre d'un éventuel élargissement de l'accès à ce groupe, une personne vivant avec un problème de santé mentale devrait être atteinte d'une maladie grave et incurable, dont peuvent faire partie certains troubles mentaux selon des définitions standardisées, pour être admissible à l'AMM. Ces personnes pourraient aussi être admissibles sur la base d'un handicap, si le législateur décidait d'opter, à l'article 26 de la LCSFV, pour une formulation similaire à celle adoptée dans le *Code criminel*, soit une « maladie, une affection ou un handicap grave et incurable ».

Le projet de loi propose d'exclure ces personnes de l'accès à l'AMM en précisant qu'un « trouble mental autre qu'un trouble neurocognitif n'est pas considéré comme une maladie »¹¹³ pour les fins de l'application des dispositions concernant cette pratique.

Les personnes présentant un trouble mental et atteintes d'une maladie grave et incurable d'une autre nature pourraient cependant y avoir accès, par exemple une personne vivant avec la schizophrénie et atteinte d'un cancer grave et incurable.

Les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif grave et incurable, comme l'Alzheimer, pourraient formuler des demandes contemporaines ou anticipées¹¹⁴, selon leur situation.

Cette exclusion complète et inconditionnelle de l'accès à l'AMM lorsqu'un TM-SPMI est en cause est susceptible de constituer une atteinte discriminatoire sur la base du handicap à plusieurs des droits garantis par la Charte. Une telle exclusion entretiendrait de plus l'idée paternaliste selon laquelle les personnes présentant un trouble mental seraient nécessairement incapables à consentir à leurs soins, et ce d'autant plus si elles désirent que soit mis fin à leurs jours¹¹⁵.

La Commission spéciale a avancé plusieurs arguments pour justifier cette exclusion : l'absence de consensus parmi les spécialistes sur l'incurabilité des troubles mentaux et l'irréversibilité du déclin des capacités qui leur est associé, le manque d'acceptabilité sociale, la difficulté de poser le bon diagnostic et le risque de complexification de la relation thérapeutique qui résulterait d'un tel élargissement¹¹⁶. Or, ces arguments concernent aussi d'autres maladies graves et incurables donnant ouverture à l'admissibilité à l'AMM, ou s'appliqueraient aussi à la situation de personnes présentant un trouble mental grave et incurable et une maladie grave et incurable d'une autre nature¹¹⁷. Ces derniers resteraient pourtant admissibles à l'AMM, malgré la

¹¹³ Projet de loi n° 11, art. 14 qui modifierait l'art. 26 de la LCSFV. Il en serait de même pour les demandes anticipées : projet de loi n° 11, art. 18 qui introduirait l'art. 29.1 à la LCSFV.

¹¹⁴ *Id.*

¹¹⁵ Alexandre BARIL, « Les personnes suicidaires peuvent-elles parler ? Théoriser l'oppression suicidiste à partir d'un modèle sociosubjectif du handicap », (2018) 51 *Criminologie* 189.

¹¹⁶ ASSEMBLÉE NATIONALE, préc., note 7, p. 58-60.

¹¹⁷ GROUPE D'EXPERTS SUR L'AMM ET LA MALADIE MENTALE, *Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale*, 2022, p. 42-51, [En ligne]. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-experts-amm-maladie-mentale/rapport-final-groupe-experts-amm-maladie-mentale.html>

potentielle plus grande difficulté de procéder à l'évaluation de ces demandes en raison de la présence d'un trouble mental.

De l'avis de la Commission, une avenue plus susceptible de rencontrer le critère de l'atteinte minimale aux droits garantis par la Charte serait le recours à une évaluation individualisée des demandes des personnes présentant un TM-SPMI, et ce dans une perspective de soins et suivant les conditions d'admissibilité prévues par la LCSFV et le *Code criminel*, comme pour les autres personnes. La personne devrait ainsi être apte à consentir à ce soin, avoir un trouble mental grave et incurable la plaçant en situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités et souffrir de façon constante et insupportable. Un comité s'étant récemment penché sur la question de l'élargissement de l'AMM aux personnes présentant un TM-SPMI a d'ailleurs considéré que les garanties prévues par le *Code criminel*, qui sont similaires et complémentaires à celles offertes par la LCSFV, étaient suffisantes dans la mesure où celles-ci sont interprétées et appliquées de façon à tenir compte de la spécificité des troubles mentaux¹¹⁸. L'une de ces dernières est la durée requise pour établir qu'un tel trouble est incurable et donc susceptible de rendre admissible à l'AMM. Cette durée pourrait dépasser les cinq ans, voire les dix ans¹¹⁹.

Comme pour le handicap neuromoteur, la Commission estime qu'un tel élargissement de l'accès à l'AMM devrait être abordé avec prudence considérant les difficultés socioéconomiques plus importantes que vivent ces personnes par rapport à la population générale, de leur réseau social qui peut être limité, des défis d'accès aux soins qu'elles peuvent rencontrer¹²⁰, ainsi que des préjugés qui persistent à l'égard de ces personnes qui peuvent limiter leur participation sociale et les marginaliser¹²¹.

¹¹⁸ *Id.*, p. 55.

¹¹⁹ ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC, *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux*, Document de réflexion, 2020, p. 28, [En ligne]. <https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/12/ampqdocreflexionammfinal.pdf>

¹²⁰ *Id.*, p. 47; GROUPE D'EXPERTS SUR L'AMM ET LA MALADIE MENTALE, préc., note 117, p. 49-51.

¹²¹ CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*, 2018, p. 49 et suiv., [En ligne]. <https://www.rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-lorsqu%E2%80%99un-trouble-mental-est-le-seul-probl%C3%A8me-m%C3%A9dical-invoqu%C3%A9.pdf>

Des mesures fortes devraient être prises pour assurer le respect en pleine égalité des droits des personnes concernées, incluant leurs droits économiques et sociaux, notamment en s'attaquant à la forme de discrimination systémique qu'est le capacitisme, de sorte que ces personnes ne prennent pas une telle décision faute de soutien approprié. Tel que mentionné précédemment pour les personnes ayant un handicap neuromoteur, de telles mesures sont nécessaires pour assurer l'égalité réelle des personnes présentant un TM-SPMI. Celles-ci devraient également impliquer la formation des professionnels afin de s'assurer que leurs évaluations des demandes d'AMM ne soient pas influencées par des préjugés, notamment par le capacitisme mental¹²² concernant l'aptitude de ces personnes à prendre des décisions en matière de soins. Elles devraient aussi inclure l'élaboration de guides d'exercice clinique pour l'AMM tenant compte de la spécificité des troubles mentaux graves et incurables.

RECOMMANDATION 3

Moyennant l'élaboration de balises et de guides d'exercice cliniques tenant compte de la spécificité des troubles mentaux, la Commission recommande de permettre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes pour qui un trouble mental est le seul problème médical invoqué.

5 LES PERSONNES MINEURES

Le projet de loi n° 11 maintient l'exigence d'être une personne majeure pour obtenir l'AMM¹²³. La Commission s'interroge sur le bien-fondé de cette exigence qui a pour effet d'exclure tous les enfants de son application. Dans son mémoire de 2013 sur le projet de loi n° 52, la Commission avait déjà exprimé ses préoccupations face à cette exclusion¹²⁴. Elle estimait que celle-ci était de nature à porter atteinte aux droits et libertés fondamentaux des personnes mineures et serait difficilement justifiable à la lumière des critères de l'article 9.1 de la Charte. Elle soulignait que des balises plus en phase avec le régime de consentement aux soins des

¹²² Cette forme particulière de capacitisme se remarque notamment par un présupposé selon lequel les personnes suicidaires seraient nécessairement affectées de troubles mentaux brouillant leur jugement et donc leur capacité à consentir à une mort provoquée. Voir A. BARIL, préc., note 115, p. 51.

¹²³ Projet de loi n° 11, art. 14, qui modifierait l'art. 26 mais qui maintiendrait comme condition d'être une personne majeure pour obtenir l'AMM.

¹²⁴ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, préc., note 5, p. 22.

personnes mineures déjà existant, mais qui tiendraient compte du caractère spécifique et irréversible de l'AMM, seraient mieux à même de satisfaire au critère de l'atteinte minimale.

Au cours des travaux parlementaires menés au Québec entourant l'AMM, peu d'explications ont été fournies eu égard à l'exclusion des personnes mineures. Des arguments de prudence, peu développés, auraient, selon notre compréhension, milité pour leur exclusion lors de l'adoption de la loi en 2014¹²⁵.

Or, l'enfant est sujet de droit et ne bénéficie donc pas d'une moins grande reconnaissance ou jouissance des droits et libertés consacrés par la Charte ou autres lois du fait qu'il n'a pas atteint l'âge de la majorité. Les libertés et droits fondamentaux sont reconnus à « tout être humain » ou « toute personne » et ne sont aucunement restreints par l'âge. Les dispositions de la Charte ne souffrent d'aucune ambiguïté à cet égard¹²⁶.

Une telle exclusion tend également à nier l'importance de considérer l'enfant comme un sujet de droit titulaire des droits qui lui sont reconnus en vertu des instruments internationaux de droits de la personne, notamment ceux que lui confère la *Convention relative aux droits de l'enfant*¹²⁷, à laquelle le Québec s'est déclaré lié¹²⁸.

¹²⁵ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, préc., note 7, p. 83.

¹²⁶ La Charte protège contre la discrimination fondée sur l'âge, sauf lorsque l'exigence liée à l'âge est inscrite dans une loi. C'est le cas pour la LCSFV qui prévoit que l'AMM est un soin réservé aux personnes majeures, c'est-à-dire celles âgées de 18 ans et plus. Dans un tel cas, la distinction est réputée ne pas être discriminatoire. Cela a pour conséquence que les personnes mineures qui voudraient contester l'exigence de la majorité pour pouvoir demander l'AMM ne pourraient se fonder sur le motif « âge » énoncé à l'article 10 de la Charte afin de revendiquer l'accès à l'AMM en pleine égalité. Il leur serait toutefois possible de contester cette exigence en démontrant qu'elle crée une distinction discriminatoire sur la base de l'âge en vertu de l'article 15 de la Charte canadienne. Et comme nous l'exposerons dans la présente section, les personnes mineures pourront également contester les dispositions de la LCSFV qui les empêchent d'avoir accès à l'AMM en démontrant que le critère de l'âge qui entraîne leur exclusion porte atteinte aux droits fondamentaux qui leur sont reconnus par la Charte québécoise.

¹²⁷ *Convention relative aux droits de l'enfant*, Rés. 44/25, Doc. Off. A.G.N.U., 44^e sess., (1989), ratifiée par le Canada le 13 décembre 1991 (ci-après « CRDE »). Voir COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale — Projet de loi n° 83, Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire*, (Cat. 2.412.139), 2021, p. 47.

¹²⁸ *Décret 1676-91 concernant la Convention relative aux droits de l'enfant*, (1992) 124 G.O. II, 51.

La décision de l'État de prohiber l'accès à l'AMM aux enfants est, par conséquent, de nature à porter atteinte à leurs droits à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté, à la liberté de conscience, ainsi qu'à la sauvegarde de leur dignité.

N'oublions pas que l'AMM est reconnue comme un soin dont l'objectif est de soulager les souffrances¹²⁹. Or, dans l'état actuel du droit, la dignité et l'autonomie que vise à réaliser l'AMM sont niées aux enfants gravement malades, se trouvant dans un état de déclin avancé et irréversible de leurs capacités et éprouvant des souffrances constantes et insupportables.

Mais la vulnérabilité de certains enfants ne les immunise pas contre les maladies graves et les souffrances insupportables qui peuvent les accompagner.

Cette exclusion, qui constitue une exception au régime de consentement aux soins prévu au Code civil, est susceptible de compromettre les droits de l'enfant et d'être contraire à son intérêt. Or, ce dernier critère est un principe cardinal et incontournable, consacré en droit interne et par la CRDE. Il s'agit d'un principe qui doit être au cœur de toutes les décisions qui le concernent¹³⁰.

Il faut dès lors concevoir la CRDE comme un cadre de travail sur lequel les États et gouvernements peuvent s'appuyer « pour accorder la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les décisions les concernant, pour définir les principes d'une gouvernance axée sur les enfants, pour adopter des lois visant à protéger et à faire appliquer les droits stipulés dans la Convention et pour traiter les enfants avec équité lors de l'élaboration des lois, des politiques et des services visant à les protéger et à favoriser leur développement »¹³¹.

À ce propos, le Comité des droits de l'enfant « prie instamment l'État partie de redoubler d'efforts pour veiller à ce que le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant soit dûment intégré et appliqué uniformément dans toutes les procédures législatives, administratives et judiciaires,

¹²⁹ *Truchon c. Procureur général du Canada*, préc., note 37, par. 725.

¹³⁰ C.c.Q., art. 33.

¹³¹ UNICEF CANADA, *À propos de la Convention relative aux droits de l'enfant*, 2019, [En ligne].
<https://www.unicef.ca/fr/discover-fr/article/a-propos-d%27une-gouvernance-axee-sur-les-enfants>

ainsi que toutes les politiques, programmes et projets concernant les enfants et ayant des incidences sur eux. »¹³²

En matière d'AMM, la prise en compte de l'intérêt de l'enfant soulève des considérations particulières au niveau de sa mise en application et ce, en raison du régime de consentement aux soins applicable aux personnes mineures énoncé au Code civil¹³³. Le législateur a mis en place un seuil minimum d'âge qui définit l'aptitude à consentir aux soins requis par son état de santé. Les règles varient selon que le jeune est âgé de 14 ans et plus ou est âgé de moins de 14 ans. En conséquence, les modalités pour accéder à ce soin pourraient différer selon l'âge de l'enfant malade qui demanderait l'AMM.

Dans le cas du mineur de moins de 14 ans, le Code civil prévoit en effet que le consentement aux soins requis par l'état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par son tuteur¹³⁴. Ce sont donc les règles du consentement substitué qui s'appliquent. Dans l'état actuel du droit québécois, l'autorisation donnée par consentement substitué pour l'AMM n'est pas reconnue¹³⁵.

En revanche, le Code civil prévoit que le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé¹³⁶. S'il refuse les soins requis par son état de santé, l'autorisation du tribunal sera nécessaire pour l'y contraindre¹³⁷. Par ailleurs, le Code civil prévoit que le consentement du titulaire de l'autorité parentale sera nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur de 14 ans et plus et peuvent lui causer des effets graves et permanents¹³⁸, ce qui serait le cas de l'AMM si son accès était ainsi élargi.

Concernant les personnes mineures âgées de 14 ans et plus, la Commission est d'avis que l'effet préjudiciable de cette exclusion sur leurs droits fondamentaux est disproportionné par

¹³² COMITÉ DES DROITS DE L'ENFANT, *Observation générale n° 14 (2013) sur le droit de l'enfant à ce que son intérêt supérieur soit une considération primordiale*, Doc. N.U. CRC/C/GC/14, par. 35.

¹³³ C.c.Q., art. 11, 14, 16 et 17.

¹³⁴ *Id.*, art. 14 al. 1.

¹³⁵ Voir section 2.

¹³⁶ C.c.Q., art. 14 al. 2.

¹³⁷ *Id.*, art. 16. Quant aux critères qui guideront le tribunal, ils sont énoncés à l'article 12.

¹³⁸ *Id.*, art. 17.

rapport à l'objectif de protection qui sous-tend la décision de l'État de les exclure de l'AMM, et ce dans la mesure où celles-ci sont suffisamment matures et capables de consentir pour comprendre les conséquences inhérentes à ce soin.

Or, en privant de façon absolue les mineurs de 14 ans et plus de l'accès à l'AMM, le législateur québécois envoie le message qu'aucun adolescent n'est suffisamment mature ni capable de discernement pour prendre cette décision, et ce, sans même procéder à une évaluation individualisée de sa situation et de son aptitude à consentir aux soins¹³⁹.

Cette prémisse sur laquelle le législateur s'appuie pour exclure tous les mineurs résiste difficilement à l'analyse. Comme l'a souligné la Cour suprême du Canada dans le cadre d'un litige portant sur le droit d'un enfant de 14 ans de refuser un traitement nécessaire et requis pour lui sauver la vie, il est possible d'appliquer le critère de l'intérêt de l'enfant de manière individualisée, c'est-à-dire en tenant compte de sa maturité, de sa capacité à prendre sa décision de façon véritablement indépendante et d'en comprendre les conséquences¹⁴⁰. Ne pas considérer l'intérêt et l'opinion d'un enfant par ailleurs apte à consentir aux autres soins requis par son état de santé « équivaldrait à cautionner une représentation étroite, statique et profondément irréaliste de l'enfance et de l'adolescence »¹⁴¹.

Il serait donc possible et dans l'intérêt de l'enfant de 14 ans et plus qui demanderait l'AMM d'évaluer sa demande au cas par cas, suivant un examen rigoureux de sa capacité à consentir à ce soin, de manière à refléter et à respecter le droit croissant de celui-ci d'exercer son autonomie décisionnelle. Les tribunaux procèdent déjà à ce type d'analyse individualisée dans les cas où une personne mineure de 14 ans et plus refuse un soin requis par son état de santé¹⁴². Plus le tribunal sera convaincu que le mineur est capable de prendre lui-même les

¹³⁹ *A.C. c. Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, [2009] 2 R.C.S. 181.

¹⁴⁰ *Id.*, par. 91.

¹⁴¹ *Id.*, par. 91.

¹⁴² *Centre universitaire de santé McGill (CUSM--Hôpital général de Montréal) c. X*, 2017 QCCS 3946 (CanLII), par. 35-48. Ce jugement permet de constater que les tribunaux sont outillés pour procéder à l'évaluation individualisée de l'autonomie décisionnelle et de la capacité à consentir et de la compréhension des conséquences du traitement des personnes mineures de 14 ans et plus.

décisions de façon vraiment mature et indépendante, plus il devra accorder de poids à son opinion¹⁴³.

Une telle interprétation et application du critère de l'intérêt de l'enfant sont en outre compatibles avec l'article 3 de la CRDE. Celui-ci énonce que « l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale » dans toutes les décisions le concernant. L'article 12 précise que l'enfant capable de discernement doit avoir « le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, » et que ses opinions doivent être « dûment prises en considération eu égard à son âge et à sa maturité ».

Dans les circonstances, la Commission est d'avis que la protection des personnes mineures de 14 ans et plus ne passe pas par une prohibition absolue et rigide de l'AMM. Dans la mesure où une évaluation individualisée de l'aptitude d'une personne mineure de 14 ans et plus qui souffre d'une maladie grave et incurable et qui est affligée de souffrances constantes et insupportables est possible et qu'il est dans son intérêt qu'on en tienne compte, le critère de l'atteinte minimale ne pourra pas être rencontré et l'atteinte aux droits fondamentaux à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté, à la liberté de conscience et à la sauvegarde de sa dignité ne pourra être sauvegardée.

Pour ce qui est des personnes mineures âgées de moins de 14 ans, et ce comme pour les autres personnes considérées inaptes à consentir aux soins, la Commission invite le législateur à envisager l'adoption de règles plus en phase avec le régime général de consentement aux soins, tenant compte du caractère spécifique et irréversible de ce soin, dont fait notamment partie le consentement substitué. Toute exception au régime général devrait être suffisamment justifiée de façon conforme à la Charte.

RECOMMANDATION 4

La Commission recommande de rendre l'aide médicale à mourir accessible aux personnes mineures âgées de 14 ans et plus en prévoyant la mise en place de balises basées sur une évaluation individualisée de l'aptitude à consentir de la personne mineure, et tenant compte du caractère spécifique et irréversible de ce soin. Ces balises devraient être en phase avec le régime général de consentement aux soins qui prévoit, pour ces personnes, le consentement du titulaire de l'autorité parentale lorsque le soin peut causer des effets graves et permanents.

¹⁴³ A.C. c. *Manitoba (Directeur des services à l'enfant et à la famille)*, préc., note 139, par. 106.

6 LE DROIT À L'ÉGALITÉ ET LE MANDAT DE LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Conformément au droit à l'égalité garanti par la Charte, l'accès à un soin, incluant l'AMM, ne doit pas être discriminatoire sur la base de l'un ou plusieurs des quatorze motifs prohibés, soit 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 handicap¹⁴⁴. Un soin ne doit pas non plus être octroyé sur des bases discriminatoires, par exemple en raison de stéréotypes fondés sur l'un ou plusieurs des motifs interdits de discrimination.

Ces principes sont applicables dans le cadre actuel prévu par la LCSFV, mais les élargissements proposés dans le projet de loi n° 11 ou recommandés par la Commission commanderaient, comme exposé dans ce mémoire, une attention soutenue à la situation de certains groupes susceptibles d'être victimes de discrimination. Le Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale identifie une telle préoccupation à l'égard de plusieurs groupes :

« Le fait que les demandes d'AMM puissent masquer des besoins profonds non satisfaits ou, à l'inverse, que ces demandes ne soient pas reçues avec le sérieux qu'elles méritent a été soulevé à l'égard de plusieurs populations historiquement marginalisées (par exemple, les groupes racialisés, y compris les peuples autochtones, les personnes vivant avec un handicap, et les minorités d'orientation sexuelle et de genre). Le thème qui unit ces préoccupations est le désir d'être traité de manière équitable par rapport aux autres, tant en ce qui concerne l'accès aux ressources que les droits individuels de prendre des décisions autonomes. »¹⁴⁵

Afin de pouvoir évaluer la situation de ces groupes au regard de l'AMM, des données leur étant relatives doivent être collectées et celles-ci doivent être analysées de façon à en tirer des leçons sur les meilleures façons d'assurer leur égalité réelle.

À cet égard, la Commission salue l'ajout proposé dans le projet de loi n° 11 d'une responsabilité au mandat de la CSFV, soit de « faire des analyses et produire des informations statistiques requises afin notamment de suivre l'évolution des soins de fin de vie, de cibler les besoins en la matière et de déterminer ce qui peut constituer une limite à l'accès à ces soins »¹⁴⁶. Pour

¹⁴⁴ Charte, art. 10 al. 1, 12.

¹⁴⁵ GROUPE D'EXPERTS SUR L'AMM ET LA MALADIE MENTALE, préc., note 117, p. 51 (nos soulignés).

¹⁴⁶ Projet de loi n° 11, art. 30, qui modifierait l'art. 42 de la LCSFV.

accomplir cette fonction, la CSFV pourrait utiliser les données transmises par les professionnels administrant l'AMM, « pourvu qu'il ne soit pas possible de relier ce renseignement à une personne qui a formulé une demande d'aide médicale à mourir, à une personne à qui une telle aide a été administrée ou à un professionnel de la santé ou des services sociaux »¹⁴⁷.

Cette éventuelle fonction de la CSFV devrait cependant être précisée dans le projet de loi afin qu'y soit prévue explicitement la responsabilité d'examiner la situation des groupes susceptibles d'être victimes de discrimination sur la base d'un ou plusieurs motifs prohibés inscrits à l'article 10 de la Charte.

À cette fin, la CSFV devrait collecter et analyser des données en lien avec certains des motifs de discrimination sur les personnes se voyant accorder l'AMM, à commencer par celles appartenant aux groupes les plus susceptibles de subir des effets discriminatoires en raison de l'autorisation de l'AMM et de l'élargissement de son accès. Font partie de ces groupes les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, incluant les personnes présentant un trouble mental, les personnes racisées, les personnes autochtones et les personnes LGBTQ+, respectivement visées par les motifs « âge », « handicap ou utilisation d'un moyen pallier ce handicap », « race », « couleur », « origine ethnique ou nationale », « orientation sexuelle » et « identité ou expression de genre ».

La Commission a recommandé à de nombreuses reprises¹⁴⁸ la collecte de telles données désagrégées pour dresser un état des lieux des impacts discriminatoires possibles que des normes, politiques et pratiques peuvent avoir, identifier des actions pour les prévenir et corriger, ainsi que pour évaluer les résultats de ces dernières.

¹⁴⁷ Projet de loi n° 11, art. 35, qui ajouterait l'art. 47.3 à la LCSFV.

¹⁴⁸ Voir par exemple COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Bilan de la mise en œuvre des recommandations du rapport de la consultation de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse sur le profilage racial et ses conséquences*, 2020, p. 72 et suiv., [En ligne]. <https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/bilan-profilage-racial.pdf> ; Lettre du 4 juin 2020 adressée à Mme Danielle McCann et M. Horacio Arruda par Philippe-André TESSIER, président de la Commission, ayant pour objet « Collecte de données désagrégées visant à lutter contre les impacts discriminatoires de la pandémie en conformité avec la Charte des droits et libertés de la personne », [En ligne]. https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/LETTRE_collecte-donnees-desegragees-Covid-19.pdf

La collecte de ces données peut et devrait être réalisée conformément à la Charte¹⁴⁹. Suivant le droit à l'égalité et à la non-discrimination, la collecte de telles données ne doit pas créer ou accroître la discrimination, y compris les préjugés, à l'égard des groupes marginalisés¹⁵⁰. Leur cueillette doit de plus être soumise à un encadrement permettant d'assurer la conformité au droit au respect de sa privée¹⁵¹ et aux dispositions législatives qui en découlent¹⁵².

Le règlement sur la CSFV prévoit d'ailleurs déjà la transmission de certains renseignements utiles à une telle démarche par le médecin qui administre l'AMM. Ce dernier doit notamment informer la CSFV de la date de naissance (âge), du sexe, du diagnostic médical principal et de la nature et la description des incapacités de la personne ayant obtenu l'AMM¹⁵³.

Le règlement fédéral sur la surveillance de l'AMM prévoit aussi la collecte de données relatives à des motifs de discrimination, soit la date de naissance (âge), le sexe à la naissance et l'identité de genre, la race ou identité autochtone, ainsi que le handicap, si la personne qui a fait une demande d'AMM a consenti à fournir ces renseignements¹⁵⁴. Dans son dernier rapport annuel, la CSFV demandait d'avoir accès aux données anonymes transmises au gouvernement

¹⁴⁹ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Mémoire à la Commission des institutions, Projet de loi n° 2, Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil*, (Cat. 2.412.140), 2022, p. 114 et 115, [En ligne]. <https://www.cdpcj.qc.ca/fr/publications/reforme-droit-famille-memoire>

¹⁵⁰ Voir à ce sujet : ASSOCIATION CANADIENNE DES COMMISSIONS DES DROITS DE LA PERSONNE, « Lettre ouverte — Demande d'une stratégie nationale de collecte de données désagrégées sur la santé », Marie-Claude LANDRY, Anne CLENNET, Kasari GOVENDER, John BURCHILL, Marc-Alain MALLET, Carey MAJID, Charles DENT, Christine HANSON, Raj DIR, Brenda PICARD et Lesley McCULLOUGH 5 juin 2020, [En ligne]. <https://cashra.ca/wp-content/uploads/sites/71/ACCDP-Lettre-donne%CC%81es-de%CC%81sagre%CC%81ge%CC%81es-sur-la-sante%CC%81-5-juin-2020.pdf> . La Commission canadienne des droits de la personne recommande la collecte de données désagrégées en lien avec l'AMM. COMMISSION CANADIENNE DES DROITS DE LA PERSONNE, *Étude du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, Notes d'allocation, 1^{er} février 2021, [En ligne]. <https://www.chrc-cddp.gc.ca/fr/ressources/etude-du-projet-de-loi-c-7-loi-modifiant-le-code-criminel-aide-medicale-a-mourir>

¹⁵¹ Charte, art. 5.

¹⁵² Voir notamment : C.c.Q., art. 3, 35 et 37 à 40 et la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, art. 53 et suiv.

¹⁵³ *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin*, RLRQ, c. S-32.0001, r. 1, art. 3.

¹⁵⁴ *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, DORS/2018-166 (Gaz. Can. II), annexe 1, art. 1 a), b), c).

fédéral « afin de lui permettre de remplir son mandat et d'avoir un portrait plus complet de l'évolution de l'AMM au Québec »¹⁵⁵.

L'examen de la situation des groupes susceptibles d'être victimes de discrimination que pourrait réaliser la CSFV à partir de telles données désagrégées contribuerait à assurer une mise en œuvre prudente de l'AMM, en donnant notamment la possibilité au législateur, au gouvernement et aux établissements de santé et services sociaux de réagir rapidement dans l'éventualité d'un constat d'effets discriminatoires.

RECOMMANDATION 5

La Commission recommande de préciser l'article 30 du projet de loi n° 11 pour confier explicitement à la Commission sur les soins de fin de vie la responsabilité d'examiner la situation des groupes susceptibles d'être victimes de discrimination sur la base d'un ou plusieurs motifs prohibés inscrits à l'article 10 de la Charte afin de s'assurer que les soins de fin de vie soient accessibles sans discrimination et sans engendrer d'effets discriminatoires.

RECOMMANDATION 6

La Commission recommande de modifier le *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin* afin de prévoir la possibilité d'une collecte de données relatives aux motifs interdits de discrimination dans le respect des droits garantis par la Charte.

La Commission offre sa collaboration au législateur s'il souhaitait la consulter à ce sujet afin que toute modification proposée soit conforme à la Charte. La Commission se tiendrait aussi disponible pour contribuer à l'évaluation de potentiels effets discriminatoires que pourrait relever la CSFV.

CONCLUSION

Près de dix ans après l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse demeure convaincue que ses fondements sont solides et favorisent la réalisation des droits garantis par la *Charte des droits et libertés de la personne*. La Commission considère comme une avancée la reconnaissance dans cette loi

¹⁵⁵ COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 28, p. 8.

du droit de recevoir des soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir, pour toute personne dont l'état le requiert. Des efforts continus doivent cependant être faits pour assurer son plein respect et ce, tant pour les soins palliatifs que l'aide médicale à mourir.

Concernant l'aide médicale à mourir, la Commission prend acte de la décision du gouvernement de se conformer à l'état du droit énoncé dans le jugement *Truchon* en proposant de retirer le critère de fin de vie, déjà inopérant, des conditions auxquelles une personne doit satisfaire pour obtenir l'aide médicale à mourir. Elle rappelle que les tribunaux ont reconnu que l'aide médicale à mourir est un soin dont l'objectif est de soulager les souffrances constantes et insupportables. Pour cette raison, la Commission accueille favorablement les dispositions du projet de loi n° 11 favorisant l'élargissement de ce soin aux personnes ayant un handicap neuromoteur grave et incurable ainsi que celles prévoyant des modalités permettant de présenter une demande anticipée d'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable pouvant mener à l'incapacité à consentir aux soins.

La Commission s'interroge cependant sur l'exclusion complète et absolue de l'accès à l'AMM pour les personnes mineures et les personnes souffrant d'un trouble mental comme seul problème médical invoqué. Une telle exclusion est susceptible de porter atteinte aux droits et libertés de celles-ci et s'avère difficilement justifiable suivant les critères énoncés par la jurisprudence. En effet, suivant l'état du droit, il appert qu'une telle exclusion s'avère disproportionnée et ne respecte pas le critère de l'atteinte minimale.

Dans tous les cas, la Commission rappelle que pour certains groupes historiquement désavantagés, tels que les personnes en situation de handicap, dont celles présentant un trouble mental, l'égalité réelle en matière de soins, de liberté et d'intégrité ne se limite pas à leur garantir l'accès à l'aide médicale à mourir, mais également à s'assurer qu'elles bénéficient des soins, du soutien et des services appropriés tout au long de leur parcours de soins. De l'avis de la Commission, il est important de mettre en place des mesures, incluant la collecte de données désagrégées selon les motifs interdits de discrimination, afin de s'assurer que ces personnes n'aient pas recours à l'aide médicale à mourir faute de soutien ou de services adéquats.

Sous aucun prétexte, l'accès à l'AMM ne devrait-il dédouaner la société québécoise de la responsabilité d'assurer la réalisation de tous les droits et libertés, y compris les droits économiques et sociaux, garantis à toute personne par la Charte et le droit international ?

C'est dans cet esprit que la Commission formule les recommandations suivantes :

RECOMMANDATION 1

La Commission recommande de modifier les articles 14 et 18 du projet de loi n° 11 pour remplacer l'expression « apte à consentir aux soins » par « apte à consentir à ce soin ».

RECOMMANDATION 2

La Commission recommande que le projet de loi n° 11 prévoit des modalités supplémentaires de consentement à l'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude à consentir à ce soin de façon qu'elles soient plus en phase avec les règles actuelles de consentement existantes pour d'autres soins. Ces modalités devraient tenir compte du caractère spécifique et irréversible de l'aide médicale à mourir, ainsi que des réalités des groupes qui se verraient ainsi permettre l'accès à ce soin.

RECOMMANDATION 3

Moyennant l'élaboration de balises et de guides d'exercice cliniques tenant compte de la spécificité des troubles mentaux, la Commission recommande de permettre l'admissibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes pour qui un trouble mental est le seul problème médical invoqué.

RECOMMANDATION 4

La Commission recommande de rendre l'aide médicale à mourir accessible aux personnes mineures âgées de 14 ans et plus en prévoyant la mise en place de balises basées sur une évaluation individualisée de l'aptitude à consentir de la personne mineure, et tenant compte du caractère spécifique et irréversible de ce soin. Ces balises devraient être en phase avec le régime général de consentement aux soins qui prévoit, pour ces personnes, le consentement du titulaire de l'autorité parentale lorsque le soin peut causer des effets graves et permanents.

RECOMMANDATION 5

La Commission recommande de préciser l'article 30 du projet de loi n° 11 pour confier explicitement à la Commission sur les soins de fin de vie la responsabilité d'examiner la situation des groupes susceptibles d'être victimes de discrimination sur la base d'un ou plusieurs motifs prohibés inscrits à l'article 10 de la Charte afin de s'assurer que les soins de fin de vie soient accessibles sans discrimination et sans engendrer d'effets discriminatoires.

RECOMMANDATION 6

La Commission recommande de modifier le *Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements*

devant lui être transmis à cette fin afin de prévoir la possibilité d'une collecte de données relatives aux motifs interdits de discrimination dans le respect des droits garantis par la Charte.

SB/SF/sd