

CANADA

**PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL**

NO : 500-17-099119-177

**COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)**

JEAN TRUCHON, résidant et domicilié au 66, boulevard René-Lévesque Est, Montréal (Québec) H2X 1N3, district judiciaire de Montréal,

-et-

NICOLE GLADU, résidant et domiciliée au 201, Chemin du Club-Marin, appartement 1403, Montréal (Québec), H3E 1T4, district judiciaire de Montréal,

Partie demanderesse,

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA, EN SA QUALITÉ DE REPRÉSENTANT DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, ayant son bureau au 200, boul. René-Lévesque Ouest, Tour Est, 9^e étage, Montréal, Québec, H2Z 1X4, district judiciaire de Montréal,

-et-

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, EN SA QUALITÉ DE REPRÉSENTANT DU MINISTRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, ayant son bureau au 1, rue Notre-Dame Est, bureau 8.00, Montréal, Québec, H2Y 1B6, district judiciaire de Montréal,

Partie défenderesse.

DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE EN JUGEMENT DÉCLARATOIRE
Jugement déclaratoire
(Articles 142 C.p.c., articles 7, 15, et 24(1) et 52 *Charte canadienne des*
***droits et libertés*)**

AU SOUTIEN DE LEUR DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE, LES DEMANDEURS EXPOSENT RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

Les Demandeurs s'adressent à la Cour aux fins d'obtenir un jugement déclaratoire à l'effet que soient déclarés inopérants et inconstitutionnels l'article 26 (1)(3^o) de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LRQ, c.S-32.0001) et l'article 241.2 (2) d) du *Code criminel*, tel que modifié par la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016 c. 3, en ce que lesdits articles contreviennent à leur droit à la vie, la liberté et la sécurité de leur personne, tel qu'énoncé à l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après « Charte ») ainsi qu'à leur droit à l'égalité en vertu de l'article 15 de la Charte canadienne, et que ces contraventions ne sont pas justifiables au sens de l'article 1 de la Charte canadienne.

Le Demandeur

1. Monsieur Jean Truchon (ci-après « le Demandeur ») est né le 16 novembre 1967 et il est âgé de 49 ans au moment de la rédaction des présentes ;
2. Le Demandeur est atteint, depuis sa naissance, d'une paralysie cérébrale spastique avec triparésie ;
3. En raison de cet état, seul son membre supérieur gauche est fonctionnel. Il se déplace depuis toujours en fauteuil roulant commandé par son bras gauche ;
4. Malgré sa condition physique, les fonctions cognitives du Demandeur ne sont pas affectées et elles ne l'ont jamais été jusqu'à ce jour ;
5. Le Demandeur est un enfant unique, qui a bénéficié tout au long de sa vie, et encore à ce jour, du support et de l'aide de ses parents ;
6. Le Demandeur n'est pas marié et n'a pas d'enfant;
7. Le Demandeur a complété des études universitaires obtenant un baccalauréat en littérature de l'Université Laval en 1992, tel qu'il appert de son diplôme universitaire, pièce P-1 ;

8. À cette époque, le Demandeur a quitté le domicile familial pour vivre seul en appartement dans les résidences de l'Université Laval ;
9. Par la suite, le Demandeur a vécu seul en appartement supervisé jusqu'en 2012, recevant de l'aide du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (Installation du CLSC Rosemont) pour assurer les soins à domicile qu'il ne pouvait se donner lui-même ;
10. Jusqu'en 2012, le Demandeur a mené une vie autonome qui lui apportait les satisfactions qu'il pouvait attendre de la vie ;
11. Ainsi, le Demandeur se livrait à plusieurs activités physiques, dont le hockey cosom en fauteuil roulant. Il avait une vie sociale bien remplie et il a fait des sorties de toutes sortes;
12. Le Demandeur a toujours été un homme fier, tout particulièrement d'avoir réussi à maintenir son autonomie malgré ses limitations physiques ;
13. Le Demandeur a toujours perçu sa vie comme une bataille pour l'autonomie de sa personne, d'où il est toujours sorti victorieux jusqu'en 2012 ;
14. Vers la fin de l'année 2011, le Demandeur commence à éprouver des difficultés à utiliser son bras gauche, son seul membre fonctionnel, en raison d'une paresthésie (perte de sensibilité) qui se développe graduellement ;
15. Au même moment, le Demandeur commence à souffrir de dystonie cervicale. Il s'agit d'un trouble neurologique caractérisé par une contraction involontaire des muscles du cou et des épaules ;
16. Le 19 mars 2012, en raison de la progression de la paresthésie progressive de son membre supérieur gauche et d'une cervicalgie (douleur ressentie à la région cervicale) depuis six (6) mois, le Demandeur consulte au département de neurologie du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Installation Hôpital Notre-Dame) (ci-après « CHUM ») ;
17. Le 20 mars 2012, la Docteure Hélène Masson, neurologue, pose un diagnostic de sténose spinale sévère au niveau C-3, C-4, C-5, avec une zone de myélomalacie à l'égard du Demandeur ;
18. La sténose spinale est un rétrécissement du canal rachidien de la colonne vertébrale ;

19. La myélomalacie est une nécrose de la moelle épinière consécutive à l'occlusion d'une ou de plusieurs artères spinales ;
20. Dans le cas du Demandeur, la dystonie cervicale associée à la sténose spinale a probablement causé la myélomalacie et la détérioration de son état ;
21. Du 19 mars 2012 au 26 mai 2012, le Demandeur est demeuré hospitalisé au CHUM ;
22. Pendant cette hospitalisation, la paralysie de son membre supérieur gauche a continué de progresser ;
23. Également, durant cette hospitalisation, le Demandeur a reçu des traitements au niveau cervical pour diminuer la dystonie cervicale et stabiliser la progression de la pathologie à son membre supérieur gauche ;
24. À la suite de son hospitalisation, le Demandeur présente toujours le syndrome douloureux décrit au paragraphe 16 des présentes ;
25. De plus, le Demandeur ne présente aucune amélioration ou récupération fonctionnelle de son membre supérieur gauche, lequel est alors complètement paralysé ;
26. Cela signifie, pour le Demandeur, la perte complète de son autonomie qu'il a pu conserver jusqu'au début de l'année 2012 ;
27. Vu la perte complète de son autonomie, le Demandeur ne pouvait plus retourner à domicile ;
28. Le Demandeur a alors été transféré au centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) J-Henri Charbonneau ;
29. Le Demandeur a dû également faire changer son fauteuil roulant motorisé pour un nouveau fauteuil motorisé contrôlé par la bouche ;
30. Le Demandeur est demeuré au CHSLD J-Henri Charbonneau du mois de juin au mois d'octobre 2012 ;
31. En octobre 2012, à la suite d'une chute survenue au CHSLD J-Henri Charbonneau, le Demandeur est transféré au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux Centre-Sud (Installation CHSLD Paul-Émile Léger) (ci-après « CHSLD ») ;

32. Le Demandeur a éprouvé beaucoup de difficultés à intégrer son nouveau milieu, et ce, dès son arrivée au CHSLD, en constatant à quel point il était devenu complètement dépendant des intervenants pour toutes ses activités de la vie quotidienne et domestique ;
33. À l'automne 2014, le Demandeur a éprouvé une profonde dépression, laquelle s'est résorbée par la suite. Cette dépression était notamment attribuable à la perte de l'usage de son bras gauche, à la perte de son sentiment de liberté et de sa vie à domicile et à l'obligation de vivre en institution ;
34. Par la suite, sa condition psychologique s'est améliorée et, à ce jour, il ne souffre plus de dépression ni de quelque maladie psychologique ou psychiatrique que ce soit ;
35. Le Demandeur perçoit néanmoins l'ampleur de sa dépendance et des conséquences de celle-ci sur sa vie quotidienne depuis 2012 ;
36. Son cheminement l'amène à conclure que cette vie de dépendance complète n'est pas pour lui ;
37. C'est alors qu'il commence à penser à mourir, de la manière et au moment qu'il aura choisis ;
38. Le Demandeur a pensé à plusieurs plans pour pouvoir mettre fin à ses jours mais, en raison de son handicap, il ne pouvait les réaliser seul ;
39. Le Demandeur a d'abord pensé aller dans un parc et trouver une personne qui lui fournirait de l'héroïne à dose létale. Toutefois, il n'a pas réalisé ce plan, car il craignait que la personne qu'il retiendrait pour ce faire se sauve avec son argent sans lui fournir l'héroïne ;
40. Le Demandeur a également pensé conduire son fauteuil roulant devant une voiture dans le but de se faire frapper. Il a renoncé à ce plan parce qu'il y avait possibilité qu'il ne meure pas et que son geste affecte gravement l'état psychologique de la personne qui l'aurait frappé ;
41. La dernière option envisagée par le Demandeur pour s'enlever la vie est d'arrêter de s'alimenter afin de mourir de faim. Toutefois, le Demandeur hésite à recourir à cette option, car il ne veut pas mourir dans un état de dégradation et ne souhaite pas faire souffrir ses parents pendant toute la durée de son abstention de s'alimenter, et ce, jusqu'à sa mort ;

42. Toutefois, si aucune autre option ne lui est disponible pour choisir le moment de sa mort, le Demandeur se résoudra à cesser de s'alimenter pour y parvenir ;
43. Bien que les soins qu'il reçoit du CHSLD lui permettent de répondre à ses besoins quotidiens, rien ne permet de soulager les souffrances physiques et psychologiques que son état lui génère ;
44. De même, la thérapie de support qu'il reçoit de madame Suzanne Malo, psychologue, ne parvient pas à dissiper l'intensité de ses souffrances psychologiques ;
45. Cette thérapie l'aide à vivre au mieux son quotidien et à réfléchir aux choix qui s'offrent à lui et à les assumer, d'où sa détermination à obtenir l'aide médicale à mourir ;
46. En juillet 2015, le Demandeur informe son équipe traitante qu'il entend mettre fin à ses jours en cessant de s'alimenter à partir de septembre 2016 ;
47. Le 20 janvier 2016, à défaut d'être admissible à l'aide médicale à mourir, le Demandeur formalise ses intentions d'avoir recours au jeûne pour se laisser mourir, tel qu'il appert de la lettre rédigée par ce dernier, pièce P-2;
48. Dans cette lettre, le Demandeur demande que son médecin soit autorisé à lui administrer une médication pour soulager ses douleurs lors de son jeûne ;
49. Dans cette même lettre, le Demandeur écrit également qu'il ressent des souffrances intolérables, malgré le fait qu'il ne soit pas en fin de vie. Il exprime également le souhait que ses lecteurs acquièrent une conscience plus objective envers ceux qui, comme lui, souffrent tout en n'étant pas en fin de vie ;
50. Depuis le 20 janvier 2016, le Demandeur a constamment réitéré à son médecin traitant, aux professionnels de la santé qui le traitent ainsi qu'à ses proches son intention de mettre fin à ses jours ;
51. Le Demandeur considère que le fait d'être totalement dépendant et de devoir vivre dans une institution, sans aucun espoir d'amélioration, brime son droit à l'autonomie et sa dignité personnelle ;
52. Le Demandeur constate qu'il souffre d'une maladie dégénérative menant à l'enfermement total de sa personne dans son corps et pour laquelle il n'existe aucun traitement ni espoir d'amélioration ;

53. Le Demandeur invoque son droit à la liberté de la personne pour pouvoir faire un choix fondamental pour lui, sans ingérence de l'État ou de quiconque ;
54. Le Demandeur souhaite pouvoir mourir dans la dignité, au moment choisi par lui, en ayant recours à l'aide médicale à mourir ;
55. Le 29 février 2016, le Demandeur dépose une demande d'aide médicale à mourir auprès de son médecin de famille, la Docteure Gaëlle Camus, tel qu'il appert de sa demande, pièce P-3 ;
56. Bien que les parents du Demandeur aient été attristés par la demande de ce dernier, ils l'appuient dans ses démarches ;
57. Le 4 avril 2016, suivant la demande d'aide médicale à mourir formulée par le Demandeur, la Docteure Camus note à son dossier médical que :

pt rencontré ce jr pr discuter demande d'aide médicale à mourir. Pt avisé que la demande sera acheminée au DSP tel que prévu mais que je dois inscrire que l'AMM ne sera pas administrée car pt ne rencontre par le critère d'être en fin de vie,

tel qu'il appert du dossier médical du Demandeur auprès du CHSLD, pièce P-4 ;
58. Bien qu'il rencontre les autres conditions prévues par la *Loi concernant les soins de fin de vie*, LRQ, c.S-32.0001 (ci-après « Loi québécoise »), la Docteure Camus conclut que le Demandeur n'est pas en fin de vie et qu'en conséquence, sa demande ne peut être satisfaite ;
59. À l'appui de la présente demande judiciaire, le Demandeur s'est soumis à deux évaluations médicales auprès du Docteur Jean-François Giguère, neurochirurgien et du Docteur Jean-Robert Turcotte, psychiatre, tel qu'il appert du rapport d'expertise du Docteur Giguère, pièce P-5, et du rapport d'expertise du Docteur Turcotte, pièce P-6 ;
60. Le 5 décembre 2016, le Docteur Giguère évalue le Demandeur et il dégage les conclusions suivantes :
 - a) Le Demandeur est atteint d'une maladie dégénérative grave et incurable, soit une sténose spinale avec myélomalacie et subluxation C-1, C-2 ;
 - b) Il n'existe aucun traitement chirurgical pour corriger la perte totale d'autonomie, ni aucune autre forme de traitement médical ;

- c) Depuis 2012, la myélomalacie a continué à progresser, augmentant les sensations d'engourdissements notées par le Demandeur ;
- d) Le Demandeur éprouve toujours des douleurs physiques malgré la prise de médication ;
- e) La condition de santé du Demandeur n'entraînera pas son décès dans un avenir prévisible ;
- f) Le Demandeur n'est pas en fin de vie ;
- g) La condition du Demandeur correspond à un déclin avancé de ses capacités puisqu'il a perdu la fonction du seul membre fonctionnel dont il disposait ;
- h) Même si la souffrance physique ne peut qu'être partiellement soulagée, la souffrance psychologique, déjà très importante, ne fera que s'accroître au cours des mois et des années à venir ;

61. Le 22 mars 2017, le Docteur Turcotte évalue la condition psychologique du Demandeur et il dégage les conclusions suivantes :

- a) Le Demandeur est apte à consentir. Il est capable de décider pour sa personne, ses traitements et ses besoins ;
- b) Le Demandeur a eu une courte période dépressive pendant quelques mois en 2014 et sa condition s'est par la suite améliorée ;
- c) Le Demandeur présente des symptômes de tristesse et d'anxiété en entrevoyant sa vie future. Ces symptômes sont complètement cohérents avec sa condition médicale et ne découlent pas d'une condition pathologique ;
- d) Selon la dernière édition du Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM V), la condition du Demandeur ne correspond aucunement à une condition psychiatrique. Il ne rencontre pas les critères d'une dépression majeure, ni d'un trouble de l'adaptation, ni d'un trouble anxieux, ni d'aucun autre problème psychiatrique et il n'a aucun problème cognitif ;
- e) Ce genre de condition ne répond aucunement à un traitement avec antidépresseur ;

62. À ce jour, le Demandeur vit toujours avec sa maladie grave et incurable ;

63. Également, le Demandeur éprouve toujours des souffrances psychologiques et physiques qui sont constantes, qu'il juge intolérables et qui ne peuvent être soulagées ;
64. Le Demandeur souhaite pouvoir bénéficier de l'aide médicale à mourir afin de mourir dans la dignité ;

La Demanderesse

65. Madame Nicole Gladu (ci-après la « Demanderesse ») est née le 7 août 1945 et elle est âgée de 71 ans au moment de la rédaction des présentes ;
66. Vers 1949, alors qu'elle est âgée de 4 ans, la Demanderesse contracte une forme paralysante aigüe de la poliomyélite qui la laisse dans le coma pendant trois mois ;
67. Des suites de cette maladie, la Demanderesse souffre d'une faiblesse résiduelle de l'hémicorps gauche, d'une grave scoliose thoraco-lombaire et n'a qu'un demi-poumon qui demeure fonctionnel ;
68. Une scoliose thoraco-lombaire est une courbure latérale de la colonne vertébrale, qui touche à la fois le dos et la région lombaire ;
69. Vers 1955, alors qu'elle est âgée de 10 ans, la Demanderesse subit trois greffes de la colonne vertébrale, sous les soins du Docteur Roger Gariépy, chirurgien orthopédique, dans le but de corriger la scoliose thoraco-lombaire ;
70. La correction de sa scoliose n'est que partielle ;
71. Vers 1985, la Demanderesse ressent une fatigue généralisée et de l'essoufflement ;
72. En 1989, la Demanderesse souffre d'une dépression pour laquelle on lui prescrit des antidépresseurs ;
73. En 1992, le Docteur Neil Cashman, neurologue, pose un diagnostic de syndrome dégénératif musculaire post-poliomyélite ;
74. Le syndrome post-poliomyélite est un trouble neurologique non infectieux caractérisé par le développement de nouveaux symptômes neuromusculaires tels une faiblesse musculaire progressive ou une fatigabilité anormale survenant chez des survivants de la poliomyélite paralysante ;

75. Avant la manifestation du syndrome post-poliomyélite, les séquelles de la poliomyélite n'empêchaient pas la Demanderesse de repousser ses limites et de mener une vie épanouie ;
76. La Demanderesse a obtenu un baccalauréat ès art en 1966 de l'Université de Montréal, tel qu'il appert de son diplôme universitaire, pièce P-7 ;
77. La Demanderesse a été vice-présidente fondatrice de la Fédération nationale des communications (CSN), journaliste à Radio-Canada, correspondante parlementaire à Québec, attachée de presse à l'Organisation des Nations Unies puis directrice des communications à la Délégation générale du Québec à New York ;
78. Depuis la manifestation du syndrome post-poliomyélite, la Demanderesse a dû apprendre à vivre avec ses limites physiques, de plus en plus importantes à mesure que sa condition s'est détériorée ;
79. En décembre 1994, la Demanderesse est déclarée invalide au sens de la Loi sur le régime de rentes du Québec, RLRQ, c R-9 en raison de son diagnostic de syndrome post-poliomyélite ;
80. La Demanderesse venait tout juste de compléter une maîtrise en administration publique à l'École nationale d'administration publique, tel qu'il appert de son diplôme universitaire, pièce P-8 ;
81. Du 17 juillet au 7 août 1997, la Demanderesse est hospitalisée au Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Centre-Sud (Installation Hôpital Verdun) pour une thrombophlébite ;
82. De plus, une hernie hiatale lui entraîne des difficultés digestives ainsi que respiratoires puisqu'elle comprime son seul demi-poumon fonctionnel ;
83. Chaque souffle est un effort conscient pour la Demanderesse ;
84. La Demanderesse est suivie de 1999 à 2009 par la Docteure Daria Anna Trojan, spécialiste en médecine physique et en réadaptation, laquelle confirme le diagnostic de syndrome post-poliomyélite entraînant une aggravation de sa scoliose thoraco-lombaire ;
85. La Docteure Trojan confirme également un diagnostic de maladie pulmonaire restrictive sévère avec désaturation nocturne, attribuable à l'aggravation de sa scoliose thoraco-lombaire ;
86. La capacité pulmonaire de la Demanderesse est évaluée à 34% en position assise ;

87. Vers 2001, la Demanderesse vit un épisode dépressif situationnel découlant entre autre de la condition de sa mère et de la détérioration de son propre état ;
88. À ce moment, ses limitations physiques l'ont amenée à détester son corps « comme on pourrait détester une autre personne ». Elle songe à « ne pas vivre sans fin » et à « casser le fil » lorsque la vie ne lui procurera plus de satisfaction ;
89. Par la suite, la Demanderesse consulte sa médecin de famille, la Docteure Sylvie Marier, qui lui prescrit des antidépresseurs. Depuis, sa condition psychologique s'est améliorée et elle ne souffre plus de dépression ;
90. La Demanderesse réussit à surmonter cet état dépressif en décidant de choisir elle-même le moment de son décès, soit le moment où elle ne sera plus capable de s'occuper d'elle-même ;
91. La Demanderesse doit utiliser un appareil bipap pour contrer son problème de désaturation nocturne ;
92. La Demanderesse souffre d'un inconfort permanent, de douleurs au niveau du dos et de la hanche droite et d'une perte de fonction du membre supérieur gauche ;
93. Le 7 septembre 2010, la Demanderesse dépose un mémoire et témoigne, dans le cadre de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale du Québec, sur la question de mourir dans la dignité, tel qu'il appert de son mémoire, pièce P-9 ;
94. Dans son mémoire, à l'appui de la légalisation de l'aide médicale à mourir, la Demanderesse demande de décriminaliser le suicide assisté en le balisant dans une perspective humaniste. Elle ajoute : « la dignité, j'en suis convaincue, passe par le respect de l'autodétermination d'une personne » ;
95. Vers 2011, la Demanderesse perd l'équilibre et chute. Il en résulte une fracture du fémur droit qui a nécessité un enclouage ;
96. La Demanderesse a perdu une portion significative de sa motricité et de la force dans plusieurs de ses membres de telle sorte qu'il ne lui reste plus que le membre supérieur droit qui soit fonctionnel ;
97. La condition de la Demanderesse engendre notamment un déplacement de son centre de gravité et un déséquilibre qui ont pour effet d'augmenter, de manière significative, la fréquence de ses chutes ;

98. La Demanderesse ne peut pas espérer une amélioration de sa condition puisque le syndrome post-poliomyélite est une maladie dégénérative incurable pour laquelle il n'existe aucun traitement spécifique ;
99. La Demanderesse affirme qu'elle a eu une vie bien remplie mais qu'elle se sent « usée » physiquement ;
100. La Demanderesse éprouve une grande anxiété à l'idée d'être placée en résidence adaptée et de devoir dépendre d'autrui ;
101. La Demanderesse estime que le fait d'être totalement dépendante et de devoir vivre dans une institution brime son droit à l'autodétermination et à sa dignité personnelle ;
102. Depuis plusieurs années, la Demanderesse songe à obtenir l'aide médicale à mourir en Suisse, mais elle ne peut se résoudre à mourir isolée de ses proches ;
103. La Demanderesse a réitéré, à maintes reprises, sa volonté de bénéficier de l'aide médicale à mourir, que ce soit à son médecin traitant, à des professionnels de la santé ou à ses proches ;
104. Le 18 janvier 2017, la Docteure Marier note que la Demanderesse envisage une demande d'aide médicale à mourir pour le mois d'août, soit la journée de son anniversaire. Elle note qu'elle « se dit au bout du rouleau, ne peut poursuivre, elle sent que sa santé se dégrade » ;
105. La Docteure Marier informe la Demanderesse qu'elle ne rencontre pas un des critères pour obtenir de l'aide médicale à mourir, en l'occurrence qu'elle n'est pas en fin de vie ;
106. Considérant ses discussions avec la Docteure Marier et sa connaissance du cadre juridique actuel, la Demanderesse n'a pas fait d'autres demandes officielles pour obtenir l'aide médicale à mourir en raison du fait qu'elle ne rencontre pas le critère de fin de vie prévu à la Loi québécoise;
107. La Demanderesse souhaite pouvoir mourir chez elle, entourée de ses proches au moment de son choix ;
108. Au soutien de la présente demande, la Demanderesse produit deux expertises auxquelles elle s'est soumise, soit l'une réalisée par le Docteur Michel Aubé, neurologue, et la seconde réalisée par le Docteur Jean-Robert Turcotte, psychiatre, tel qu'il appert du rapport du Docteur Aubé, pièce P-10, et du rapport du Docteur Turcotte, pièce P-11 ;

109. Le 21 mars 2017, le Docteur Aubé évalue la condition neurologique de la Demanderesse et il en dégage les conclusions suivantes :

- a) La Demanderesse présente une condition neuromusculaire neurodégénérative compatible avec le diagnostic de syndrome post-polio ;
- b) La Demanderesse est affectée d'une maladie pulmonaire restrictive sévère secondaire au développement progressif d'une scoliose thoraco-lombaire sévère ;
- c) La Demanderesse souffre de maladies graves et incurables qui ne connaissent aucun arrêt dans leur progression et pour lesquelles il n'existe aucun traitement ;
- d) La Demanderesse présente des souffrances physiques d'intensité modérée ainsi que des souffrances psychologiques réelles qui découlent de sa perte progressive d'autonomie ;
- e) La Demanderesse n'est pas en fin de vie et son décès n'est pas raisonnablement prévisible, à court terme ;

110. Le 18 mai 2017, le Docteur Turcotte évalue la condition psychologique de la Demanderesse et il dégage les conclusions suivantes :

- a) La Demanderesse est apte à consentir ;
- b) Selon la dernière édition du Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM V), la Demanderesse ne présente aucune condition psychiatrique. Elle ne souffre pas de dépression et ne présente aucun critère permettant de conclure à un trouble anxieux, cognitif ou psychotique ;
- c) La Demanderesse présente des souffrances psychiques intolérables et la détérioration de sa condition la préoccupe énormément ;

111. Depuis la fin de l'année 2016, la Demanderesse se voit dépérir et perdre de plus en plus son autonomie, et elle désire pouvoir obtenir une aide médicale à mourir lorsqu'elle le jugera approprié ;

112. Actuellement, la Demanderesse ne peut bénéficier de l'aide médicale à mourir puisqu'elle ne répond pas au critère de la Loi québécoise qui exige qu'elle soit en fin de vie ;

113. Malgré sa maladie grave et incurable qui lui cause des souffrances intolérables, la Demanderesse ne peut avoir accès à l'aide médicale à mourir en raison de ce seul critère ;

114. La Demanderesse continue à vivre avec sa maladie grave et incurable et ses souffrances intolérables ;
115. La Demanderesse souhaite pouvoir bénéficier de l'aide médicale à mourir afin de mourir dans la dignité ;

La Loi concernant les soins de fin de vie (ci-après « Loi québécoise »)

116. La Loi concernant les soins de fin de vie, LRQ, c.S-32.0001 est adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 5 juin 2014 et sanctionnée le 10 juin 2014. Elle est entrée en vigueur le 10 décembre 2015 ;
117. Cette loi était l'aboutissement d'une démarche non partisane, amorcée depuis 2009, par la Commission spéciale mise sur pied par l'Assemblée nationale du Québec (ci-après La Commission spéciale) sur la question de mourir dans la dignité ;
118. Au terme d'une importante consultation de la population du Québec et d'auditions en commission parlementaire, la Commission spéciale avait déposé, en mars 2012, un rapport devant l'Assemblée Nationale recommandant de légiférer sur la question des soins de fin de vie et d'introduire un nouveau soin, soit l'aide médicale à mourir ;
119. Cette loi constituait une première importante à travers le Canada, l'Assemblée nationale du Québec étant la première législature provinciale à encadrer l'ensemble des soins de fin de vie, incluant une ouverture restreinte à l'aide médicale à mourir ;
120. Cette approche restrictive était nécessaire en raison des compétences constitutionnelles limitées de la province, qui ne pouvait adopter une loi sur les soins de fin de vie, incluant l'aide médicale à mourir, que dans la mesure où l'objet et le caractère véritable de la loi portait sur la santé ;
121. La législation québécoise devait coexister avec des dispositions précises du Code criminel, LRC (1985), ch. C-46, soit les articles 14 et 241 b), lesquels prohibaient complètement toute forme d'aide médicale à mourir et ce, même avec le consentement de la personne et peu importe son état ;
122. La Loi québécoise réservait donc l'accès à l'aide médicale à mourir uniquement au contexte de soins de santé, en exigeant l'implication d'un médecin dans un contexte thérapeutique déterminé ;
123. Cette loi n'en constituait pas moins un important progrès pour les droits des patients, dont celui de contrôler leur fin de vie et de choisir, sous certaines conditions, le moment et la manière de mourir;

124. Dans le cadre de cette loi, l'aide médicale à mourir est définie au paragraphe 6 de l'article 3 comme étant :

un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès

125. L'article 26 de la Loi québécoise prévoit que :

seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

- 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ;
- 2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;
- 3° elle est en fin de vie ;
- 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ;
- 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ;
- 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables

126. La Loi québécoise ne prévoit pas expressément de définition de la « fin de vie » ;

127. Néanmoins, le Rapport de la Commission spéciale, daté du 12 mars 2012, aborde cette notion dans son explication des critères prévus aux paragraphes 4 et 5 de l'article 26 de la Loi québécoise ;

Notre objectif est clair : l'aide médicale à mourir s'adresse aux personnes dont la situation est irréversible et qui sont en fin de vie. Déterminer si une personne est en fin de vie n'est pas chose facile. Bien des facteurs doivent être pris en considération, comme le type de maladie qui affecte le patient. Par exemple, une personne en phase terminale de cancer pourrait être considérée en fin de vie lorsque son espérance de vie sera évaluée à quelques jours ou semaines. [...] Toutefois, cela peut être différent pour une personne aux prises avec une maladie dégénérative. La fin de vie pourrait dans ce cas représenter une période de quelques semaines, quelques mois, voire plus, selon la maladie et la condition médicale particulières de la personne,

tel qu'il appert du Rapport de la Commission spéciale, aux pages 83 et 84, pièce P-12 ;

128. L'article 26 de la Loi québécoise ne permet pas, sous aucune condition, l'accès à l'aide médicale à mourir aux personnes qui ne répondent pas aux critères de cette loi, dont celui de la « fin de vie » ;
129. La Loi québécoise met en place une procédure rigoureuse pour assurer la protection des personnes impliquées dans le processus;
130. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi québécoise, il n'y a eu aucune forme de dérapage signalée à la Commission des soins de fin de vie ;
131. Les Demandeurs répondent aux critères de la Loi québécoise, à l'exception du critère de « fin de vie » ;
132. Les Demandeurs sont des personnes assurées au sens de la Loi sur l'assurance maladie, RLRQ, c. A-29 ;
133. Les Demandeurs sont des personnes majeures et aptes à consentir à leurs soins ;
134. Les Demandeurs sont atteints de maladies graves et incurables ;
135. Les Demandeurs présentent un déclin avancé et irréversible de leurs capacités ;
136. Les Demandeurs éprouvent des souffrances physiques et psychiques constantes, insupportables, qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'ils jugent tolérables ;
137. De plus, il n'existe aucun traitement pour les maladies dont sont affectés les Demandeurs et il n'existe aucun espoir de guérison ou d'amélioration de leur condition ;
138. Les Demandeurs sont condamnés à une vie de dépendance complète et à la perte totale de leur autonomie ;
139. Les Demandeurs préfèrent mourir dans la dignité plutôt que de vivre avec des souffrances intolérables ;
140. La décision de demander l'aide médicale à mourir n'est pas motivée par leur handicap mais plutôt par les maladies dont ils sont affligés et qui

gènèrent les conditions décrites aux paragraphes 134 à 139 des présentes ;

141. La Loi québécoise a été adoptée avant la décision de la Cour Suprême dans l'affaire Carter (Carter c. Canada (Procureur général) [2015] 1 RCS 331). Le cadre dans lequel l'aide médicale à mourir était légalisée reposait sur les compétences du Québec en matière de santé et ne visait aucunement à empiéter sur les compétences fédérales en matière de droit criminel;

142. La situation juridique des Demandeurs s'est modifiée lorsque la Cour Suprême du Canada a rendu sa décision dans l'affaire Carter ;

L'affaire Carter

143. En avril 2011, plusieurs requérants appuyés par la *British Columbia Civil Liberties Association* déposent un recours judiciaire devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique, au motif que les articles 14, 21, 22, 222 et 241 du *Code criminel* (L.R.C. (1985), ch. C-46) (ci-après « Code criminel ») prohibant totalement l'aide médicale à mourir sont inconstitutionnels, puisqu'ils contreviennent notamment au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne prévu à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés (ci-après « Charte canadienne »), ainsi qu'au droit à l'égalité prévu à l'article 15 de la Charte canadienne ;

144. Dans cette affaire, l'une des requérantes, madame Gloria Taylor, âgée de 64 ans, est atteinte de sclérose latérale amyotrophique ;

145. Il s'agit d'une maladie neurodégénérative entraînant une faiblesse progressive des muscles évoluant vers une paralysie totale ;

146. Étant à un stade avancé de sa maladie, madame Taylor demande de pouvoir bénéficier de l'aide médicale à mourir au moment où elle aura décidé de mettre fin à ses jours ;

147. Également dans cette affaire, le cas de madame Kay Carter a été analysé. Chez cette dame, une sténose du canal rachidien lombaire avait été diagnostiquée en 2008. Une chirurgie aurait pu être pratiquée pour diminuer la compression de la moëlle épinière à ce moment. Madame Carter a toutefois refusé cette opération, en raison des risques significatifs reliés à celle-ci et elle a obtenu l'aide médicale à mourir en Suisse, ses proches qui l'ont accompagnée en Suisse craignaient que des procédures puissent être engagées contre eux au Canada pour l'avoir aidée ;

148. Suivant une analyse exhaustive, le tribunal de première instance conclut que les articles du Code criminel prohibant totalement l'aide médicale à mourir aux adultes capables voués à d'intolérables souffrances causées par des problèmes de santé graves et irrémédiables sont inconstitutionnels, en ce qu'ils violent les articles 7 et 15 de la Charte canadienne. Il conclut que ces violations ne sont pas justifiées en regard de l'article 1 de cette même Charte ;
149. Le Tribunal conclut entre autres que la prohibition totale de l'aide médicale à mourir a pour effet de forcer une personne à s'enlever prématurément la vie, par crainte de ne pas pouvoir apaiser ses souffrances en se faisant aider pour mourir lorsqu'elle ne pourra plus le faire elle-même ;
150. Les Défendeurs, le Procureur général du Canada et le Procureur général de la Colombie-Britannique, ont porté en appel le jugement rendu par la Cour suprême de la Colombie-Britannique, aux motifs que le recours intenté par les requérants était régi par les règles du *stare decisis*, invoquant la décision Rodriguez rendue par la Cour Suprême du Canada en 1993 ;
151. En Cour d'Appel, la majorité conclut que le tribunal inférieur était régi par la doctrine du *stare decisis* et que seule la Cour suprême du Canada, qui avait rendu la décision Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) ([1993] 3 R.C.S. 519), pouvait en décider autrement ;
152. Le 5 février 2015, la Cour suprême du Canada déclare unanimement, dans un jugement signé par la Cour, que les articles 241 b) et 14 du Code criminel portent atteinte à l'article 7 de la Charte canadienne dans la mesure où ils prohibent l'aide médicale à mourir à :
- une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie ; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition (para. 127) ;
153. Elle conclut donc que la prohibition absolue de l'aide médicale à mourir ne respecte pas les droits garantis par la Charte canadienne aux personnes atteintes de maladie grave et irrémédiable qui éprouvent des souffrances constantes ;
154. Dans son analyse, la Cour mentionne qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions de la juge de première instance sur la question de l'atteinte au droit à la vie ;

155. Sur cet aspect, la Cour précise que le droit à la vie est atteint 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 » (para. 62) ;
156. La prohibition totale porte atteinte au droit à la vie lorsqu'elle incite des personnes à s'enlever la vie prématurément, pendant qu'elles sont capables de le faire ;
157. La Cour ajoute que bien que le caractère du droit à la vie soit fondamental, le caractère sacré de la vie « n'exige pas que toute vie humaine soit préservée à tout prix » (para. 63) ;
158. La Cour traite également de l'atteinte au droit à la liberté et à la sécurité de la personne. Elle conclut, à l'égard des articles 14 et 241 b) du Code criminel, que :

La loi prive ces personnes de la possibilité de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle et aux soins médicaux et elle empiète sur leur liberté. Et en laissant des personnes comme madame Taylor subir des souffrances intolérables, elle empiète sur la sécurité de leur personne (para. 66) ;

159. La Cour conclut que l'atteinte aux droits reconnus à l'article 7 de la Charte canadienne ne rencontrait pas les principes de justice fondamentale, particulièrement en ce que la prohibition totale de l'aide médicale à mourir prévue au Code criminel avait une portée excessive :

Comme nous l'avons vu, l'objet de la loi est d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse. Le Canada a admis au procès que la loi s'applique à des personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie [...] Il s'ensuit que la restriction de leurs droits n'a, dans certains cas du moins, aucun lien avec l'objectif de protéger les personnes vulnérables. La prohibition générale fait entrer dans son champ d'application une conduite qui n'a aucun rapport avec l'objectif de la loi (para. 86) ;

160. La Cour a également reconnu que les dispositions contestées du Code criminel n'étaient pas protégées par l'article 1 de la Charte canadienne ;
161. La Cour mentionne également que les médecins sont en mesure d'évaluer la capacité décisionnelle d'un individu pour déterminer s'il s'agit d'une personne vulnérable ou pas (para. 116) ;

162. Étant donné ses conclusions concernant l'article 7 de la Charte canadienne, la Cour suprême n'a pas analysé la constitutionnalité des articles contestés en vertu de l'article 15 de la Charte canadienne (para. 93) ;
163. La Cour confirme par ailleurs que l'aide médicale à mourir est une juridiction partagée, à l'égard de laquelle les provinces et le Parlement du Canada peuvent légiférer, chacune dans leur champ de compétence ;
164. La Cour suprême suspend l'effet de sa décision pour une période de douze mois, soit jusqu'au 6 février 2016, afin de permettre au Parlement d'adopter une loi compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés dans les motifs de son jugement (para. 126) ;
165. Le 15 janvier 2016, la Cour suprême du Canada accorde la demande du Procureur général du Canada de prolonger la suspension de la prise d'effet d'invalidité pour une période de 4 mois, soit jusqu'au 6 juin 2016, pour légiférer relativement à l'aide médicale à mourir ;
166. Durant cette période de prolongation, la province de Québec y était soustraite et une exemption constitutionnelle était accordée à ceux qui demandaient l'aide médicale à mourir et répondaient aux critères établis dans l'arrêt Carter ;
167. Durant cette période d'exemption constitutionnelle, plusieurs personnes provenant de différentes provinces du Canada ont demandé et bénéficié de l'aide médicale à mourir, et ce, sur la base des critères établis dans l'arrêt Carter ;
168. En effet, pendant cette période, plusieurs personnes ont effectivement bénéficié de l'aide médicale à mourir, sans qu'une preuve de mort raisonnablement prévisible ou de fin de vie ne soit nécessaire ;
169. Les Demandeurs répondent aux critères de l'arrêt Carter leur permettant de bénéficier de l'aide médicale à mourir ;
- a) Ils sont des personnes adultes capables ;
 - b) Qui consentent clairement à mettre fin à leur vie ;
 - c) Qui sont affectés de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) ; et
 - d) Qui leur causent des souffrances persistantes qui leur sont intolérables au regard de leur condition ;

170. Les Demandeurs ne sont pas des personnes vulnérables visées par la prohibition totale de l'aide médicale à mourir ;
171. Les Demandeurs n'agissent pas par impulsion, dans un moment de détresse ou de faiblesse, ou sous l'influence de qui que ce soit ;
172. Dans les deux cas, la décision des Demandeurs de rechercher l'aide médicale à mourir résulte d'un long processus réfléchi qui a permis à ceux-ci de considérer toutes les options possibles qui leur étaient disponibles et de choisir celle qui leur convient le mieux ;
173. La décision Carter leur rendait maintenant accessible, en vertu de l'interprétation donnée par la Cour suprême du Canada de l'article 7 de la Charte canadienne, l'aide médicale à mourir, ce qu'ils ne peuvent obtenir en vertu de la loi québécoise, puisqu'ils ne sont pas en fin de vie ;
174. Les critères élaborés par la Cour suprême du Canada en vertu de la Charte canadienne pour accéder à l'aide médicale à mourir ne comprenaient pas de conditions relatives à la proximité de la mort ;
175. La décision de la Cour suprême avait pour effet d'élargir, au bénéfice d'un plus grand nombre de personnes, le droit d'accéder à l'aide médicale à mourir ;
176. Il s'agissait d'un gain très important pour les personnes qui souffrent d'une maladie grave et incurable qui leur occasionnent des souffrances intolérables sans que leur mort ne soit prochaine ou prévisible ;
177. Le critère de « fin de vie » de la Loi québécoise n'était plus compatible, à partir de la décision de la Cour, avec la portée donnée à l'article 7 de la Charte par la Cour suprême et devait alors être modifiée pour être conforme à la Charte ;
178. Cependant, comme la Cour suprême du Canada a donné un délai de douze (12) mois au gouvernement du Canada pour modifier le Code criminel en accord avec les principes énoncés dans sa décision, le Gouvernement du Québec a décidé d'attendre de connaître la nature précise de la législation fédérale avant de modifier la loi québécoise ;
179. Le Québec ne peut, en raison des règles de prépondérance fédérale, adopter un critère d'accès à l'aide médicale à mourir qui va au-delà de ce que la loi fédérale permet ;
180. Malgré la reconnaissance par la Cour suprême du Canada du droit constitutionnel de tous les Canadiens qui rencontrent les conditions

d'obtenir l'aide médicale à mourir, le Défendeur, le Procureur général du Canada, a choisi d'enlever ce droit à un certain nombre de Canadiens dont les Demandeurs ;

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) (ci-après « Loi C-14 »)

181. La Loi C-14 a été sanctionnée le 17 juin 2016. Les dispositions de cette loi sont entrées en vigueur ce même jour, à l'exception des articles 4 et 5 qui entreront en vigueur ultérieurement par décret ;
182. La Loi C-14 est la réponse du gouvernement fédéral au jugement Carter rendu par la Cour suprême ;
183. La Loi C-14 prévoit les critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir par l'ajout de l'article 241.2 du *Code criminel* :

241.2 (1) Seule la personne qui remplit tous les critères ci-après peut recevoir l'aide médicale à mourir :

- a) elle est admissible — ou serait admissible, n'était le délai minimal de résidence ou de carence applicable — à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs.

(2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :

- a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap *grave et incurable* ;
- b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables, et qui ne

peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;

d) sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie ;

184. Lors des débats parlementaires qui ont précédé l'adoption de la Loi C-14, de nombreuses interventions émanant particulièrement du milieu juridique ont souligné au législateur fédéral que le paragraphe d) de l'article 241.2 (2) soit le critère de la « mort naturelle devenue raisonnablement prévisible » contrevenait directement au jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Carter;
185. En effet, en prohibant totalement l'accès à l'aide médicale à mourir pour des personnes atteintes de maladies graves et incurables qui éprouvaient des souffrances intolérables, sans que leur mort soit raisonnablement prévisible, le législateur fédéral retirait à ces personnes le droit constitutionnel reconnu dans l'arrêt Carter ;
186. Le paragraphe d) de l'article 241.2 (2) n'est pas compatible avec les paramètres constitutionnels énoncés par la Cour suprême du Canada au paragraphe 126 de l'arrêt Carter ;
187. La prohibition totale de l'aide médicale à mourir pour les personnes mentionnées au paragraphe 185 ne constitue pas une restriction raisonnable des droits fondamentaux des Demandeurs ;
188. Dans l'affaire Carter, la Cour a déjà statué que la prohibition totale de l'aide médicale à mourir n'était pas justifiable au sens de l'article 1 pour les personnes mentionnées au paragraphe 185 ;
189. Les Demandeurs répondent aux critères de la Loi C-14, à l'exception du critère de la « mort raisonnablement prévisible » ;
190. Les Demandeurs sont admissibles à des soins de santé financés par l'État ;
191. Les Demandeurs sont tous les deux âgés de plus de dix-huit ans et aptes à consentir à leurs soins ;
192. Les Demandeurs sont affectés de problèmes de santé graves et irrémédiables, en ce qu'ils sont tous les deux atteints d'un problème de santé pour lequel il n'existe aucun traitement curatif ;

193. Les Demandeurs souffrent d'un déclin avancé et irréversible de leurs capacités respectives ;
194. Les Demandeurs éprouvent des souffrances physiques et psychiques persistantes qui leur sont intolérables ;
195. Le Demandeur a fait une demande d'aide médicale à mourir auprès de la Docteure Camus et la Demanderesse a discuté d'une telle demande auprès de la Docteure Marier ;
196. Les Demandeurs ne font l'objet d'aucune forme de pression extérieure ;
197. Les Demandeurs consentent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informés des moyens disponibles pour soulager leurs souffrances ;
198. Toutefois, ils ne répondent pas au dernier critère de l'article 241.2 (2)d), soit que leur mort naturelle n'est pas devenue raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de leur situation médicale;
199. Le critère d'admissibilité à l'aide médicale à mourir prévu à l'article 241.2 (2)d est un critère flou, vague, sans balise définie, qui laisse place à des interprétations très variables d'un patient à l'autre, ce qui a pour effet de rendre potentiellement plus difficile un accès égal à l'aide à mourir partout au Canada ;
200. Puisque le critère d'accès à l'aide médicale à mourir retenu par le législateur fédéral n'est pas conforme aux paramètres établis par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Carter, il est impossible pour le législateur québécois de rendre sa loi conforme aux principes de l'arrêt Carter en raison des règles de prépondérance fédérale ;
201. Sitôt la loi fédérale adoptée, une première contestation judiciaire a été déposée en Colombie-Britannique. À ce jour, cette cause n'a toujours pas été entendue ;
202. Le Gouvernement du Québec s'en remet à la décision qui sera rendue dans le dossier de la Colombie -Britannique pour décider de la conduite à suivre, ce qui peut générer un délai de plusieurs années ;
203. Dans l'intervalle, de nombreux citoyens sont privés de l'exercice de leurs droits constitutionnels ;
204. La situation actuelle a pour effet que les citoyens du Québec sont régis par trois critères différents pour accéder à l'aide médicale à mourir :

- a) La fin de vie ;
- b) La mort raisonnablement prévisible ; et
- c) Une maladie grave et incurable qui génère des souffrances intolérables.

205. Même s'ils ont un droit en vertu de l'article 7 de la Charte au critère le plus généreux (c), ils n'ont accès qu'au critère le plus restrictif (a) ;

Contravention à l'article 7 de la Charte canadienne par les lois provinciale et fédérale

206. L'article 7 de la Charte canadienne énonce :

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ;

207. Tel que mentionné précédemment, en 2015, la Cour suprême a analysé la portée de cet article en profondeur dans le cadre de son arrêt Carter ;

208. Le débat sur la portée de cet article en lien avec l'aide médicale à mourir est donc déjà tranché ;

209. En mai 2016, soit un mois avant l'adoption de la Loi C-14, la Cour d'appel de l'Alberta a été appelée à interpréter la portée de l'arrêt Carter à l'occasion d'une demande d'aide médicale à mourir, que le Procureur général du Canada contestait en soutenant que la perspective du décès devrait être considérée pour accorder la requête ;

210. Dans l'affaire *Canada Attorney General) v E.F.*, 2016 ABCA 155 (ci-après, « *Canada c E.F.* »), au paragraphe 39, dans son jugement unanime, la Cour d'appel indique que :

The court held that in circumstances where a competent adult consents to terminating her life and where she has a grievous and irremediable medical condition that causes enduring suffering that is intolerable to her, the blanket prohibition impermissibly infringes on personal autonomy over important personal and medical decisions and infringes on her bodily integrity in a manner that is unjustified under the Charter ;

211. Et la Cour continue plus loin :

Given the importance of the interests at stake, it is not permissible to conclude that certain people, whose circumstances meet the

criteria set out in the Carter 2015 declaration and who are not expressly excluded from it, nevertheless can be inferentially excluded [...] (para. 40)

In summary, the declaration of invalidity in Carter 2015 does not require that the applicant be terminally ill to qualify for the authorization. The decision itself is clear. No words in it suggest otherwise. If the court had wanted it to be thus, they would have said so clearly and unequivocally (para. 41);

212. Lors de ce débat devant la Cour suprême du Canada, il a notamment été question des différents modèles d'encadrement de l'aide médicale à mourir à travers le monde et de leur mise en application ;
213. La Cour suprême du Canada a retenu qu'aucune dérive n'avait eu lieu dans les pays où l'aide médicale à mourir était légalisée ;
214. La Loi québécoise ainsi que la Loi C-14 restreignent le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes adultes et aptes de façon non conforme à la portée de l'article 7 de la Charte canadienne, tel qu'établi dans l'arrêt Carter ;
215. En effet, l'objet de la Loi québécoise est d'assurer aux seules personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie, dont l'aide médicale à mourir.
216. L'objet de la nouvelle Loi C-14 est le même que celui analysé dans l'arrêt Carter, soit d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse ;
217. La Cour suprême du Canada a précisé, dans Carter, qu'une personne capable, bien renseignée et libre de toute coercition n'est pas une personne vulnérable (para. 86 de l'arrêt Carter) ;
218. Les Demandeurs répondent tout à fait à cette qualification et ne sont pas des personnes vulnérables visées par la Loi C-14 ;
219. En ajoutant respectivement le critère d'être « en fin de vie » et de « mort raisonnablement prévisible », la Loi québécoise et la Loi C-14 ajoutent un critère restrictif qui n'est pas présent dans l'arrêt Carter ;
220. De ce fait, une personne respectant tous les critères de l'arrêt Carter, donc une personne adulte capable qui consent clairement à mettre fin à sa vie et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables, y compris une affection, une maladie ou un handicap lui causant des souffrances

persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition, mais qui n'est pas « en fin de vie » et n'a pas une « mort raisonnablement prévisible », ne peut pas bénéficier de l'aide médicale à mourir, contrairement à ce que prévoit l'article 7 de la Charte canadienne et tel qu'expliqué dans l'arrêt Carter ;

221. La Loi québécoise et la Loi C-14 privent donc des citoyens canadiens de leur droit d'obtenir l'aide médicale à mourir lorsqu'ils sont affectés d'une maladie grave et incurable qui leur cause des souffrances physiques ou psychiques intolérables, alors qu'ils ne sont pas en fin de vie ou que leur mort n'est pas raisonnablement prévisible ;
222. La Loi québécoise ainsi que la Loi C-14 contreviennent au droit à la vie en ce qu'elles peuvent forcer une personne qui n'est pas en fin de vie, mais qui est affectée d'une maladie grave et incurable entraînant des souffrances intolérables, à s'enlever prématurément la vie par crainte d'éventuellement ne plus en être capable en raison de la dégradation de sa condition physique ;
223. Les Demandeurs ont pensé à plusieurs reprises à des moyens de mettre fin à leurs jours dans des conditions plus cruelles que celles prévues dans les lois permettant l'aide médicale à mourir ;
224. Le fait d'empêcher ces personnes de bénéficier de l'aide médicale à mourir constitue une « obligation de vivre », plutôt que la reconnaissance d'un « droit à la vie » (para. 63 de l'arrêt Carter) ;
225. Le droit à la liberté prévu par l'article 7 de la Charte canadienne protège le « droit de faire des choix personnels fondamentaux sans intervention de l'État » (para. 64 de l'arrêt Carter) ;
226. Le droit à la liberté, en matière de soins médicaux tels que l'aide médicale à mourir, signifie que le patient a le droit à l'autodétermination pour tout ce qui touche ses soins de fin de vie ;
227. La Loi québécoise ainsi que la Loi C-14 privent ces personnes de la possibilité de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle et aux soins médicaux, ce qui brime leur liberté ;
228. Le droit à la sécurité de la personne protégé par l'article 7 de la Charte canadienne implique la maîtrise de l'intégrité de la personne sans intervention de l'État. L'intégrité physique d'une personne est mise en jeu par toute mesure prise par l'État qui lui cause des souffrances physiques ou de graves souffrances psychologiques ;

229. En laissant des personnes comme les Demandeurs subir des souffrances intolérables parce qu'elles ne sont pas en fin de vie, la Loi québécoise ainsi que la Loi C-14 empiètent sur leur droit à la sécurité de leur personne ;

230. Cela est d'autant plus vrai dans le cas du Demandeur, qui songe à mettre fin à ses jours par le jeûne s'il ne peut bénéficier de l'aide médicale à mourir ;

231. La Loi C-14 ainsi que la Loi québécoise portent atteinte à l'article 7 de la Charte canadienne en contravention des principes de justice fondamentale puisqu'elles sont arbitraires, ont une portée excessive et entraînent des conséquences disproportionnées à leur objet ;

Contravention à l'article 15 (1) de la Charte canadienne par les lois provinciale et fédérale

232. L'article 15 (1) de la Charte canadienne prévoit le droit à l'égalité et se lit ainsi :

La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

233. La Loi québécoise et la Loi C-14 portent atteinte au droit à l'égalité prévu à l'article 15 (1) ;

234. L'article 26 de la Loi québécoise crée une inégalité en ce qu'il :

a) Empêche certaines personnes souffrant d'une maladie grave et incurable, mais qui ne sont pas en fin de vie, de bénéficier de l'aide médicale à mourir. Ces personnes sont privées de l'aide médicale à mourir contrairement aux personnes atteintes d'une autre maladie qui, elles, sont en fin de vie ;

b) Empêche certaines personnes souffrant d'une maladie grave et incurable de s'enlever la vie en raison de leur inaptitude physique à le faire. Ces personnes ne peuvent s'enlever la vie par suicide, contrairement aux personnes souffrant d'une maladie leur causant des souffrances psychologiques ou physiques similaires mais n'ayant pas de telles limitations physiques ;

235. L'article 241.2 de la Loi C-14 crée une inégalité en ce qu'il :

- a) Empêche certaines personnes souffrant d'une maladie grave et incurable, mais dont la mort naturelle n'est pas devenue raisonnablement prévisible, de bénéficier de l'aide médicale à mourir. Ces personnes sont privées de l'aide médicale à mourir contrairement aux personnes atteintes d'une autre maladie qui, elle, les met dans une situation de mort raisonnablement prévisible ;
 - b) Empêche certaines personnes souffrant d'une maladie grave et incurable de s'enlever la vie en raison de leur inaptitude physique à le faire. Ces personnes ne peuvent s'enlever la vie par suicide, contrairement aux personnes souffrant d'une maladie leur causant des souffrances psychologiques ou physiques similaires, mais n'ayant pas de telles limitations physiques ;
236. Ces inégalités constituent une différence de traitement, car elles limitent la capacité des personnes faisant l'objet de ces inégalités de pouvoir prendre une décision fondamentale pour leur vie et leur personne ;
237. De plus, ces inégalités se fondent sur des motifs énumérés à l'article 15, soit les déficiences physiques ;
238. La Loi québécoise et la Loi C-14 privent les personnes inaptes physiquement et ne pouvant se suicider d'avoir un droit égal à des soins de fin de vie ;
239. Ces lois privent toute personne inapte physiquement de son droit à l'égalité de bénéficier de la même protection de la loi en matière de fin de vie ;
240. Également, ces lois empêchent toute personne souffrant d'une maladie grave et incurable n'étant pas en fin de vie de bénéficier de la même protection de la loi que les personnes souffrant d'une maladie causant des souffrances similaires mais étant en fin de vie ;

Les contraventions ne sont pas justifiées par l'article 1 de la Charte canadienne

241. Les restrictions imposées par les articles 26 (3) de la Loi québécoise et 241.2 (2) d) de la Loi C-14 ne constituent pas des limites raisonnables aux droits des personnes atteintes de maladie grave et incurable et qui présentent des souffrances intolérables d'obtenir l'aide médicale à mourir ;
242. En effet, dans l'arrêt Carter, la Cour suprême du Canada a analysé, en considérant la déférence à accorder envers le législateur, la prohibition de

l'aide médicale à mourir, à savoir si la mesure en place se justifiait dans une société libre et démocratique ;

243. La Cour écrivait notamment dans cet arrêt :

[...] D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont parle le Canada font déjà partie intégrante de notre régime médical (para 115) ;

244. Elle a conclu que les articles prévoyant la prohibition absolue n'étaient pas compatibles avec l'application de l'article premier de la Charte canadienne ;

245. La Cour suprême rappelle qu'elle doit faire preuve de déférence envers le législateur lorsqu'il « peut y avoir plusieurs solutions à un problème social particulier » (para. 97) ;

246. Elle spécifie toutefois que la prohibition absolue n'est pas une « mesure réglementaire complexe » et donc que la déférence envers le législateur, dans ce cas, est réduite (para. 98) ;

247. Le débat n'a donc pas à être refait dans le présent dossier ;

248. Par l'ajout du critère de « fin de vie » ou de « mort raisonnablement prévisible », la Loi québécoise et la Loi C-14 instaurent une prohibition absolue de l'aide médicale à mourir pour une catégorie de personnes adultes et aptes, tel que précédemment décrit ;

249. Il s'agit donc de restrictions qui ne peuvent être conciliables avec l'application de l'article premier de la Charte canadienne, la Cour ayant déjà conclu qu'une prohibition absolue n'était pas compatible avec cet article ;

250. Si la présente demande est accueillie, elle ne changera rien aux pratiques actuelles en matière d'aide médicale à mourir, lesquelles ont été appliquées jusqu'à ce jour avec rigueur à l'égard des personnes admissibles ;

251. Si la présente demande est accueillie, il n'y a aucun risque de voir se développer la pente glissante (« slippery slope »), ni de voir exposer des personnes vulnérables, qui ne seraient pas en mesure de consentir aux soins, à des abus ;

Le remède demandé

252. Les Demandeurs demandent à la Cour de déclarer invalides le paragraphe 26(1)(3^o) de la Loi québécoise et l'article 241.2 (2) d) de la Loi C-14 en ce qu'ils contreviennent aux articles 7 et 15 de la Charte canadienne et privent les Demandeurs et toute personne dans une situation comparable du droit d'obtenir l'aide médicale à mourir ;
253. Les Demandeurs demandent à la Cour de déclarer qu'ils sont admissibles à l'aide médicale à mourir et d'autoriser les professionnels de la santé à la leur prodiguer, au moment qu'ils choisiront ;
254. Toutes les autres mesures de sauvegarde prévues dans la Loi québécoise et la Loi C-14 continueront de s'appliquer à l'égard des personnes visées par le présent recours dans la gestion de leur demande d'aide médicale à mourir, et il n'y a pas lieu de craindre quelque dérapage ou risque de pente glissante que ce soit ;
255. Ce remède est convenable et juste eu égard aux circonstances ;
256. Ce remède est efficace, en ce qu'il permettra aux Demandeurs de bénéficier de l'aide médicale à mourir au moment de leur choix, alors qu'ils rencontrent par ailleurs les autres conditions, et d'ainsi respecter leurs droits fondamentaux ;
257. Il s'agit du seul moyen permettant de cesser la violation de leur droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne ;
258. La présente demande en justice n'a pas pour effet de rechercher un élargissement ou un assouplissement des conditions d'accès à l'aide médicale à mourir ;
259. Elle vise seulement à rétablir dans leurs droits les personnes que la Loi C-14 et la Loi québécoise privent de leur droit à l'aide médicale à mourir ;
260. Elle ne vise pas à rouvrir le débat sur le bien-fondé de l'aide médicale à mourir ;
261. Les Demandeurs ont intérêt à ce que soit tranché et décidé quelles sources juridiques d'accès à l'aide médicale à mourir s'appliquent à eux ;
262. Il est demandé également à la Cour de permettre l'exécution provisoire du jugement à l'égard des Demandeurs en cas d'appel, ou d'accorder une exemption constitutionnelle aux Demandeurs ou de prendre toute autre

mesure qui aurait pour effet de permettre l'exécution du jugement à l'égard des Demandeurs ;

263. Il est également demandé à la Cour de prendre toute autre mesure qu'elle juge appropriée dans les circonstances à l'égard des Demandeurs ;

264. Si la présente demande est rejetée, le Demandeur songe sérieusement au suicide par jeûne total à court terme, situation qui porterait atteinte à son droit à l'autonomie et à la dignité ;

265. La Demanderesse songe sérieusement quant à elle à se prévaloir de l'aide médicale à mourir en Suisse, isolée de ses proches, situation qui porterait atteinte à son droit à l'autonomie et à la dignité ;

266. La présente action est bien fondée en faits et en droit.

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

ACCUEILLIR la présente demande ;

DÉCLARER que les Demandeurs répondent aux critères établis par la Cour suprême dans l'arrêt *Carter c. Canada (Procureur général)*, [2015] 1 R.C.S. 331, 2015 CSC 5 pour obtenir l'aide médicale à mourir ;

DÉCLARER que l'article 241.2 (2)d) du *Code criminel* et l'article 26 (1) (3^o) de la *Loi concernant les soins de fin de vie* contreviennent aux droits protégés par l'article 7 de la Charte canadienne ;

DÉCLARER que ces contraventions aux droits protégés par l'article 7 de la Charte canadienne ne sont pas conformes aux principes de justice fondamentale ni justifiables au sens de l'article 1 ;

DÉCLARER que l'article 241.2 (2)d) du *Code criminel* et l'article 26(1)(3^o) de la *Loi concernant les soins de fin de vie* contreviennent aux droits protégés par l'article 15 (1) de la Charte canadienne ;

DÉCLARER que les contraventions aux droits protégés par l'article 15 (1) de la Charte canadienne ne sont pas compatibles avec l'article 1 de la Charte canadienne ;

DÉCLARER en conséquence que l'article 241.2 (2) du Code criminel et l'article 26 (1)(3^o) de la *Loi concernant les soins de fin de vie* sont nuls et sans effet ;

AUTORISER un médecin à prodiguer l'aide médicale à mourir aux Demandeurs, une fois leur demande formulée, au moment choisi par ceux-ci et après s'être

assuré qu'ils rencontrent les conditions établies par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Carter ;

ORDONNER l'exécution du jugement nonobstant appel ;

ALTERNATIVEMENT, ACCORDER une exemption constitutionnelle aux Demandeurs durant toute période de suspension des effets du jugement ; et

LE TOUT avec frais.

MONTREAL, le 13 juin 2017

MÉNARD, MARTIN, AVOCATS

Me Jean-Pierre Ménard

Me Jean-François Leroux

Me Jessica Deschamps-Maheu

4950, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1V 1E8

Téléphone : (514) 253-8044 poste 251

Télécopieur : (514) 253-9404

Toute notification par courriel doit être adressée uniquement à :

notification@menardmartinavocats.com

Avocats des demandeurs

Notre référence : 32 706 (JDM)