

C A N A D A
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL
NO :500-06-000830-162

Chambre des actions collectives

C O U R S U P É R I E U R E

MADAME LISA D'AMICO,
demeurant et domiciliée au 4255
rue St-Zotique, App. 2, Montréal,
Province de Québec, district de
Montréal, H1T 1L2

Demanderesse

c.

PROCUREURE GÉNÉRALE DU
QUÉBEC, ayant une place
d'affaires au 1, rue Notre-Dame
est, bureau 800, en la ville de
Montréal, district judiciaire de
Montréal, province de Québec,
H2Y 1B6

Et

PROCUREURE GÉNÉRALE DU
CANADA, ayant une place
d'affaires au 200, René-Lévesque
Ouest, 9^e étage, en la ville de

Montréal, district judiciaire de
Montréal, province de Québec,
H2Z 1X4
Défenderesses

Et

DOCTEUR PAUL J. SABA,
demeurant et domicilié au 72,
51^{ème} avenue, Lachine, Province
de Québec, district de Montréal,
H8T 2W2

Mis en cause par le présent acte
d'intervention dans le seul but qu'il
puisse participer au débat lors de
l'instruction et de permettre ainsi
par sa présence une solution
complète au litige.

**DEMANDE EN AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTION COLLECTIVE ET
POUR SE VOIR ATTRIBUER LE STATUT DE REPRÉSENTANTE.**

(Articles 571 et suivants du Nouveau Code de Procédure Civile)

DEMANDE EN INJONCTION INTERLOCUTOIRE ET PERMANENTE.

(Articles 509 à 515 du NCPC)

ACTE D'INTERVENTION.

(Articles 188 et suivants du NCPC)

ET

AVIS D'INTENTION.

(Articles 76 et 77 du NCPC)

À L'UN DES HONORABLES JUGES DE LA COUR SUPÉRIEURE, DANS ET POUR LE DISTRICT DE MONTRÉAL, LA DEMANDERESSE EXPOSE RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :

- 1- La Demanderesse, qui est une personne gravement handicapée de naissance, soumise à des contraintes sévères à l'emploi, et dépendante financièrement du programme de Solidarité Sociale, sollicite l'autorisation de cette Honorable Cour afin d'exercer une action collective pour le compte de toutes les personnes faisant partie du Groupe ci-après décrit («le Groupe») et dont elle est elle-même membre, à savoir : «Les personnes les plus vulnérables de la société, qui ont des contraintes sévères à l'emploi, qui souffrent et dépendent du système public de soins et de services sociaux du Québec pour être soignées et survivre (CUISSSS, CLSC, CHSLD, Programme de solidarité sociale, sans s'y restreindre), que ce soit en raison de leur handicap, de leur perte d'autonomie ou parce qu'elles sont âgées, gravement malades, ou simplement victimes de troubles psychologiques, et qui n'ont pas les moyens financiers de se défendre devant les tribunaux».
- 2- La présente action est d'abord justifiée par l'absence de balises précises, strictes et rigoureuses, indispensables à la mise en œuvre de l'Aide Médicale à Mourir (AMM) au Québec, qui doit résulter d'une demande volontaire, exempte de pressions extérieures : les personnes vulnérables sont particulièrement concernées ;
- 3- Comment constater hors de tout doute le consentement libre et éclairé, lorsqu'il s'agit de recevoir l'AMM de la personne membre du Groupe visé :

- il s'agit de la question au cœur de la présente action déclaratoire, préventive et indemnitaire ;
- 4- Dans l'arrêt *Lee Carter*¹, la Cour Suprême a reconnu les risques inhérents à l'autorisation de l'AMM, mais a souscrit à l'opinion de la juge de première instance et affirmé que ces risques « peuvent être reconnus et réduits considérablement dans un régime soigneusement conçu, qui impose des limites scrupuleusement surveillées et appliquées » ;
 - 5- Un tel régime de balises protectrices strictes et précises fait actuellement défaut, s'agissant notamment des personnes vulnérables ;
 - 6- La mise en place de garanties procédurales solides constitue une composante primordiale d'un régime d'AMM soigneusement conçu, et est essentielle en vue d'éviter les erreurs et les abus, et de protéger les personnes vulnérables ;
 - 7- Il est essentiel que de solides mesures de sauvegarde soient mises en place pour prévenir les erreurs et les abus lors de la prestation de l'AMM ;
 - 8- Elles doivent refléter l'irrévocabilité de l'acte consistant à mettre fin à la vie d'une personne ;
 - 9- Il est aussi nécessaire que les personnes vulnérables soient protégées contre toute incitation à mettre fin à leur vie dans un moment de détresse ;
 - 10- Ce sont les intérêts à la fois des personnes vulnérables et ceux des citoyens, qui ont besoin de protection : ainsi les ordres professionnels, des médecins, pharmaciens, infirmières, avocats, notaires et travailleurs sociaux , dans une lettre commune envoyée à la ministre de la justice et au ministre de la santé, ont constaté et décrivent la confusion et l'insécurité juridique générées dans les pratiques de l'AMM, par la cohabitation des Lois fédérales et provinciales, le tout tel qu'il appert d'un

1 [2015] 1 R.C.S. 1 SCR 331, 2015 SCC 5 (CanLII) CARTER c. CANADA (PROCUREUR GÉNÉRAL)

article du journal Le Devoir, en date du 6 décembre 2016, communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-1** ;

11- La demanderesse souhaite que les textes fédéral, provincial ainsi que l'Arrêt Lee Carter précité, légalisant l'AMM au Québec, soient interprétés et encadrés dans un jugement déclaratoire unique pour le Québec, objet de la présente procédure, afin d'éviter les abus potentiellement menaçants à l'égard du droit à la vie et du respect du consentement libre et éclairé, et que des balises judiciaires encadrent strictement la mise en œuvre de l'AMM conformément à l'opinion de la juge de première instance dans l'affaire *Lee Carter* précitée ;

12- Les faits donnant ouverture à un recours individuel de la Demanderesse contre les Défenderesses sont les suivants :

13- **LES PARTIES**

14- Madame Lisa D'Amico demanderesse, est gravement handicapée, en raison d'une encéphalopathie néonatale et congénitale, ayant provoqué un déficit moteur cérébral (DMC) de type paralysie cérébrale. Cette maladie est potentiellement dégénérative ;

15- Elle est une résidente du Québec. Elle ne vit que grâce au système de solidarité sociale public québécois destiné aux personnes handicapées qui ont des contraintes sévères à l'emploi. Elle ne bénéficie d'aucun autre revenu ;

16- Elle dépend à tous égards du régime public, y compris pour ses soins de santé, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec. Madame D'Amico craint que l'évolution de sa santé, liée au pronostic connu des paralysies cérébrales, qui sont réputées engendrer des douleurs importantes et une perte d'autonomie, ne la conduise tôt ou tard, et sans son consentement, par une décision administrative ou une ordonnance judiciaire, dans un Centre Hospitalier

de Soins de Longue Durée (CHSLD), où elle craint de perdre le contrôle des décisions concernant les traitements et soins qui lui sont nécessaires.

- 17- Elle estime être directement concernée par la mise en œuvre de l'*Aide médicale à mourir* au Québec ;
- 18- Le Docteur Paul Saba est un médecin de famille québécois du réseau public, ayant exercé aux États-Unis comme médecin interniste, et en Côte d'Ivoire comme directeur médical de Cause Canada. Il est aussi président du Comité médical et médecin urgentiste de l'hôpital de Lachine, qui fait partie du centre universitaire de santé McGill. Il a de l'expérience en médecine interne, en médecine d'urgence, en médecine familiale, et est un acteur engagé de la lutte contre la pauvreté, les droits humains et l'aide humanitaire. Il est le porte-parole de la Coalition des médecins pour la justice sociale ;
- 19- Le Docteur Saba soigne nombre de personnes vulnérables et connaît les difficultés et les carences de l'offre de soins des établissements de santé au Québec. Il mène un combat contre la légalisation de l'euthanasie au Québec et au Canada. Il défend la clause de conscience des médecins québécois qui s'opposent à l'AMM. Son apport est nécessaire, en appui de la présente action collective, en raison de ses expériences professionnelles multiples, de ses engagements, et de ses connaissances et avis au sujet de la fiabilité réelle des diagnostics et des pronostics médicaux ;
- 20- Le gouvernement du Québec a promulgué la Loi sur les soins de fin de vie au Québec en y introduisant l'AMM ;
- 21- Le gouvernement fédéral du Canada a promulgué une Loi fédérale modifiant le Code Criminel, afin de décriminaliser l'AMM en application de l'arrêt *Lee Carter*, prononcé par la Cour Suprême du Canada ;

22- L'arrêt *Lee Carter* et le Code Criminel n'ont pas les mêmes critères que la Loi québécoise sur les soins de fin de vie, s'agissant des conditions légalisant l'AMM.

23- LES FAITS AU SOUTIEN DE LA RÉCLAMATION DE LA DEMANDERESSE :

24- Le Canada et le Québec ont adopté l'Aide Médicale à Mourir (AMM);

25- La présente action est principalement fondée sur l'absence de balises précises, strictes et rigoureuses pour la mise en œuvre de l'AMM au Québec, alors que ces risques peuvent être reconnus et réduits considérablement dans un régime soigneusement conçu, qui impose des limites scrupuleusement surveillées et appliquées ;

26- Comment constater hors de tout doute le consentement libre et éclairé de la personne membre du Groupe visé, qui est demanderesse à l'AMM ? : il s'agit de la question au cœur de la présente action déclaratoire, préventive et indemnitaire ;

27- Les critères d'admissibilité à l'AMM de l'Arrêt *Lee Carter*, de la Loi fédérale et de la Loi québécoise légalisant l'AMM sont différents et ne précisent pas les conditions pratiques permettant de recueillir le consentement libre et éclairé hors de tout doute de la personne demanderesse à l'AMM, qui sont laissées à l'organisation de chacun des établissements de santé concernés ;

28- L'absence de balises suffisantes, strictes, précises, uniformes et connues du public en toute transparence, afin de recueillir ce consentement, doit être rapproché du contexte de carence d'offres de soins et de moyens du système de santé et de services sociaux au Québec ;

29- Sans des balises renforcées, uniformes, contraignantes et connues du public, y compris de savoir si l'établissement pratique ou non l'AMM en

son sein, la situation complexe et précaire de l'administration des soins au Québec crée un risque de dérapages de ce système au Québec, principalement à l'égard du Groupe visé qui doit en être protégé ;

30- L'absence de balises suffisantes, strictes, précises, contraignantes, uniformes et connues du public, constitue à sa face même, en raison du manque de rigueur et d'efficacité du système public de soins et de services sociaux et donc de l'État, une atteinte illicite à la protection des droits à la vie, à la sécurité et à la protection, donc aux droits fondamentaux de la demanderesse et des membres du Groupe visé, pour lesquels il est demandé réparation, en raison de l'angoisse et du stress ainsi générés: le consentement libre et éclairé des personnes les plus vulnérables de la société sera-t-il respecté, contrôlé? Pour l'instant, se poser cette question suffit à décrire le caractère terrifiant du contexte de l'offre de soins de santé en établissement québécois pour les membres du Groupe visé ;

31- Le contrôle insuffisant du consentement des patients demandeurs à l'AMM, et des conditions la permettant, institué tant dans la Loi québécoise que par la Loi fédérale décriminalisant et légalisant l'Aide médicale à mourir tant au Québec qu'au Canada, crée un doute sur le caractère libre et éclairé de ce consentement, et rend celui-ci fragile et susceptible de mettre en danger le droit à la vie des personnes vulnérables membres du Groupe visé par la présente demande ;

32- En effet, selon la demanderesse, les conditions d'enregistrement du consentement ne respectent pas les garanties fondamentales nécessaires à la vérification de son caractère libre et éclairé, ni n'établissent une procédure rigoureuse et vérifiable *à priori*: ainsi par exemple la Commission québécoise sur les soins de fin de vie, qui statue *à postériori*, laisse des failles béantes propices à tous les débordements ou abus de personnes mal intentionnées, ou simplement négligentes dans

- le contexte d'un système de soins et de services sociaux sous pression permanente : elle a ainsi constaté dans son premier rapport, que l'obligation d'un second médecin indépendant pour constater le consentement libre et éclairé, tel que prévu à l'article 29 de la Loi du Québec sur les soins de fin de vie, n'était pas respectée ;
- 33- La demanderesse estime que les balises de mise en œuvre du consentement sont insuffisantes, alors même que le contexte de l'offre de soins au Québec est pour le moins déficient, ce qui pourrait inciter des membres du Groupe visé dans la présente action, et qui subissent des souffrances intolérables, à choisir l'Aide médicale à mourir par défaut, ou à être incités à choisir cette seule option disponible, ou enfin d'être victimes d'un choix fait de façon abusive par un tiers, avec leur consentement présumé, en raison de l'absence de lignes de conduites légales suffisamment précises;
- 34- Elle croit que les critères et conditions de choix, pour un demandeur, de l'Aide médicale à mourir, sont très imprécis et contradictoires selon la Loi fédérale et la Loi québécoise, ou enfin selon le dispositif retenu dans l'arrêt Lee Carter : quel texte ou quel système doit être appliqué au Québec ?
- 35- En effet, qu'est-ce que la fin de vie, qu'est-ce qu'une mort naturelle raisonnablement prévisible, comment définir les problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) causant des souffrances persistantes qui sont intolérables ?
- 36- L'aide médicale à mourir a été votée et légalisée par l'Assemblée Nationale du Québec et les deux Chambres du Parlement à Ottawa ;
- 37- Mais le contexte québécois de manque d'offres de soins appropriés et donc de manque de choix pour un patient concerné, face aux insuffisances des balises de vérifications du consentement libre et éclairé

avant l'administration de l'acte euthanasique, constituent un danger et une atteinte illicite aux droits fondamentaux et en particulier aux droits à la vie, à la sécurité et à la protection ;

38- Il est utile d'avoir en mémoire les extraits pertinents des textes de référence, qui vont nourrir le débat à venir : les extraits de l'Arrêt *Lee Carter* et des Lois fédérale et Québécoise sur l'Aide médicale à mourir ;

39- **L'Arrêt *Lee Carter* se lit ainsi :**

i. *« Le pourvoi est accueilli. L'alinéa 241b) et l'art. 14 du Code criminel portent atteinte de manière injustifiée à l'art. 7 de la Charte et sont inopérants dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour 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 ».*

40- La Loi québécoise et la Loi fédérale ont pris acte du quasi-consensus de l'opinion publique, qui est très majoritairement favorable à l'Aide Médicale à Mourir ;

41- Il en résulte que le Canada ne peut plus faire fi, en l'état du droit, de la volonté d'une personne majeure et apte à exercer sa liberté et son autonomie, même dans ses choix de fin de vie lorsqu'elle demande l'AMM.

42- Toutefois, l'imprécision des procédures de mise en œuvre de l'Aide médicale à mourir au Québec et au Canada nécessitent la présente instance déclaratoire, afin que les conditions de l'enregistrement du consentement libre et éclairé de la personne demanderesse à l'AMM soient précisées ;

43- Cela est particulièrement nécessaire dans le cas des personnes membres du Groupe visé ;

44- En effet, il est possible de lire le paragraphe suivant dans l'Arrêt *Lee Carter*, qui concerne les garanties adéquates nécessaires et générales à la vérification du consentement libre et éclairé, s'agissant du sort des personnes vulnérables :

i. « *Qu'un régime permissif comportant des garanties adéquatement conçues et appliquées pouvait protéger les personnes vulnérables contre les abus et les erreurs. Elle pouvait également conclure que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale* ».

45- Ce paragraphe du jugement *Lee Carter* précité est l'un des moyens de cette action déclaratoire ;

46- Les dispositifs législatifs québécois et canadien permettant de s'assurer du consentement libre et éclairé de la personne demanderesse à l'Aide médicale à mourir sont les suivants :

47- **Dans la Loi du Québec sur l'Aide médicale à mourir :**

i. *Section II : AIDE MÉDICALE À MOURIR*

ii. *26-Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :*

iii. *1. Elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie*

iv. *2. Elle est majeure et apte à consentir aux soins ;*

- v. *3. Elle est en fin de vie ;*
- vi. *4. Elle est atteinte d'une maladie grave et incurable ;*
- vii. *5. Sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ;*
- viii. *6. Elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.*
- ix. *La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.*
- x. *Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci.*
- xi. *27-Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 26 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.*
- xii. *28. Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir.*
- xiii. *Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander à reporter l'administration de l'aide médicale à mourir.*

- xiv. *29-Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le médecin doit :*
- xv. *1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :*
- xvi. *a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures ;*
- xvii. *b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences ;*
- xviii. *c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état ;*
- xix. *d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant ;*
- xx. *e) en s'entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite ;*
- xxi. *2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter ;*
- xxii. *3° obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.*

xxiii. *Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis.*

xxiv. *Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.*

xxv. *30-Si le médecin conclut, à la suite de l'application de l'article 29, qu'il peut administrer l'aide médicale à mourir à la personne qui la demande, il doit la lui administrer lui-même, l'accompagner et demeurer auprès d'elle jusqu'à son décès.*

xxvi. *30-Si le médecin conclut toutefois qu'il ne peut administrer l'aide médicale à mourir, il doit informer la personne qui la demande des motifs de sa décision ».*

48- Dans la Loi du Canada sur l'Aide Médicale à mourir :

i. *241.1 Code Criminel : « Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien :*

ii.a) *d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort ;*

iii. *b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort ;*

iv. ***Critères d'admissibilité relatifs à l'aide médicale à mourir :***

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

- vi. 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 ;
- vii. b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé ;
- viii. c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables ;
- ix. d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures ;
- x. 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.
- xi. **Problèmes de santé graves et irrémédiables :**
- xii. 241.2 (2) Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables seulement si elle remplit tous les critères suivants :
- xiii. a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables ;
- xiv. b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ;
- xv. 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 ;

xvi. 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.*

xvii. **Mesures de sauvegarde :**

xviii. 241.2 (3) : *Avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin ou l'infirmier praticien doit, à la fois :*

xix. a) *être d'avis que la personne qui a fait la demande d'aide médicale à mourir remplit tous les critères prévus au paragraphe (1) ;*

xx. b) *s'assurer que la demande :*

xxi. (i) *a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou le tiers visé au paragraphe (4),*

xxii. (ii) *a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin ou un infirmier praticien qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables*

xxiii. c) *être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par le tiers visé au paragraphe (4) devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour ;*

xxiv. d) *s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande ;*

xxv. e) *s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères prévus au paragraphe (1) a été obtenu ;*

xxvi. f) être convaincu que lui et l'autre médecin ou infirmier praticien visé à l'alinéa e) sont indépendants ;

xxvii. g) s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si lui et le médecin ou l'infirmier praticien visé à l'alinéa (e) jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances ;

xxviii. h) immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir ;

xxix. i) si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision Incapacité de signer.

xxx. 241.2 (4) : Lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir est incapable de dater et de signer la demande, un tiers qui est âgé d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

xxxii. **Témoins indépendants :**

xxxii. 241.2 (5) : *Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :*

xxxiii. a) *elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci ;*

xxxiv. b) *elle est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside ;*

xxxv. c) *elle participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande ;*

xxxvi. d) *elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande ».*

49- LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION DÉCLARATOIRE

50- La demanderesse estime l'intervention du Juge indispensable afin de déclarer le droit applicable pour la mise en œuvre pratique de l'AMM au Québec, en présence du jugement *Lee Carter* de la Cour Suprême du Canada, de la Loi fédérale et de la Loi québécoise, qui n'utilisent pas les mêmes notions d'accès à l'AMM, ni ne définissent de façon rigoureuse les critères et les conditions d'enregistrement du consentement libre et éclairé du patient qui fait ce choix, ce qui crée de la confusion et une insécurité juridique ;

- 51- Force est de constater que, dans les textes précités, le caractère libre et éclairé du patient demandeur à l'AMM n'est pas ou peu documenté et n'est pas enregistré hors de tout doute, sans satisfaire aux critères de la Loi criminelle : a-t-on respecté les conditions de la décriminalisation ? La demande est-elle volontaire, sans pression extérieure ? Est-elle éclairée ? A-t-on proposé différentes solutions au patient, notamment les soins palliatifs ? A-t-il eu le choix ? Qui a constaté ce consentement ? A-t-il pu bénéficier de l'assistance et de conseils de sa famille, de proches, d'un psychologue, d'une personne représentant une église, de son médecin de famille habituel ? Le moins que l'on puisse écrire est que les cas envisagés pour que l'AMM soit légale sont différents, selon le texte de référence, et que les conditions d'enregistrement du consentement libre et éclairé ne fixent que les grandes orientations, laissant aux établissements une liberté totale de mise en œuvre de l'AMM ;
- 52- La demanderesse soumet respectueusement au tribunal qu'il est nécessaire de dire le droit et de décrire comment rendre compatibles les textes existants en les interprétant pour définir l'AMM au Québec, voire en déclarant invalides et inconstitutionnelles, ou en suspendant les balises existantes dans les textes précités, lorsqu'elles sont obscures ou incomplètes, ou insuffisamment précises, ce qui pourrait mettre la vie de personnes en danger ;
- 53- Elle estime en particulier que les questions suivantes doivent faire l'objet d'une interprétation par un jugement déclaratoire :
- 54- Il convient de préciser ce qu'est la fin de vie, ou la mort naturelle raisonnablement prévisible, ou une affection de santé grave et irrémédiable, telles que désignées par l'arrêt *Lee Carter* ou par chacune des Lois canadienne et québécoise ;
- 55- Il convient également de préciser hors de tout doute, afin d'éviter la qualification d'homicide criminel, et de les documenter, les conditions du

consentement, afin que celui-ci soit bien établi comme étant volontaire, libre et éclairé, et exempt de pressions, s'agissant d'un patient membre du Groupe visé qui demande l'AMM ;

56- **Le Tribunal devra préciser les conditions de l'enregistrement hors de tout doute du consentement libre et éclairé** dans le cadre de la présente action, puisqu'il semble impossible au Québec, en l'état actuel du manque de balises précises, strictes et rigoureuses dans les textes applicables, que les patients demandeurs à l'AMM puissent le donner incontestablement, d'autant qu'ils ne disposent pas des éléments de choix nécessaires:

57- a) tant et aussi longtemps que les soins appropriés et nécessaires à leur état de santé, y compris un accès large aux soins palliatifs, ne seront pas accessibles à toute personne qui en a besoin, notamment pour apaiser ses souffrances, en respectant ainsi les principes canadiens d'accessibilité universelle du système de santé ;

58- b) tant et aussi longtemps qu'il y aura carence d'offre de soins appropriés au Québec et absence de choix parmi plusieurs offres de soins pour mettre fin à sa douleur ;

59- d) tant et aussi longtemps que la vérification des conditions du consentement à l'euthanasie (définition véritable de l'AMM), et du geste légal, sera confiée aux seuls médecins qui vont assurer cet acte, et non confié, à priori, à un groupe approprié de plusieurs personnes, y compris des médecins indépendants, des psychologues, des hommes ou femmes représentant les religions, des membres de la famille et d'autres personnes choisies en dehors du système médical ;

60- Il est de notoriété publique, que l'offre publique universelle et gratuite de soins de santé au Québec est gravement déficiente, que ce soit pour des traitements efficaces, l'accès à la chirurgie, à la physiothérapie, à

- l'hydrothérapie, et que la carence du système va jusqu'à la présence très réduite, voire quasi-inexistante de l'offre en soins palliatifs, ou spécialisés pour apaiser la douleur ;
- 61- Les patients sont des personnes vulnérables qui souffrent, ce qui est particulièrement le cas s'agissant des membres du Groupe visé ;
- 62- Les personnes vulnérables, handicapées, gravement malades physiquement, psychologiquement, ou âgées, qu'elles se trouvent à domicile, à l'hôpital ou en CHSLD, sont parmi les personnes les plus vulnérables qui dépendent au Québec/ Canada du système public ;
- 63- Ces personnes ont-elles le choix des soins et traitements lorsqu'elles sont confrontées à la douleur ?
- 64- Peut-on concevoir et admettre un consentement par défaut des patients, lorsqu'il s'agit d'émettre un consentement libre et éclairé à l'AMM, s'il n'y a pas d'autre choix offert pour échapper à la douleur, alors qu'il existe toute une panoplie des soins spécialisés et palliatifs efficaces dans le monde, mais qui ne sont pas disponibles pour tous au Québec ?
- 65- Selon la demanderesse le tribunal devrait dire qu'elles sont les lignes directrices à respecter au Québec, pour admettre les demandeurs à l'Aide médicale à mourir, les lignes directrices pour établir le consentement libre et éclairé, et les lignes directrices pour pratiquer l'acte euthanasique, et dans tous les cas, quels seront les décideurs, les vérifications et la documentation à établir ;
- 66- **Les erreurs de diagnostic et de pronostics nécessitent aussi que le consentement libre et éclairé soit donné hors de tout doute;**
- 67- Selon le docteur Saba, célèbre médecin de famille québécois qui s'oppose à l'euthanasie, mis en cause dans la présente procédure, afin qu'il la soutienne, et qui a témoigné en Commission parlementaire à

l'Assemblée nationale, les principes suivants sont parmi les fondements de la pratique de la médecine :

- 68- « En premier lieu, l'adage « *primum non nocere* », qui peut se traduire comme : «ne rien faire qui puisse nuire à l'état du patient », comme l'administration d'une injonction létale lorsqu'il y a d'autres options moins agressives et dangereuses ;
- 69- « Deuxièmement, l'idée du bien commun ou celle du Bon Samaritain, devrait assurer l'ensemble de la population que les soins autorisés ne vont pas nuire à quiconque. Cette notion doit guider le médecin afin de protéger les intérêts de la population. Dans ce sens, l'euthanasie va causer des décès inadmissibles et que l'on peut éviter : celui des personnes qui seront euthanasiées, à cause d'erreurs de diagnostic et de pronostic ;
- 70- « Les erreurs de diagnostic concernent entre 10 et 20% des patients selon plusieurs études. De nombreuses personnes qui ont reçu des soins palliatifs ont survécu pendant des mois et des années en ayant une bonne qualité de vie. Il y a beaucoup de personnes en vie aujourd'hui qui auraient été sinon euthanasiées si *l'Aide médicale à mourir* avait existé.
- 71- « Les pronostics sont souvent erronés. S'agissant des maladies graves, chroniques et incurables, telles que celles qui concernent les problèmes cardiaques et pulmonaires, la capacité du médecin de prédire la survie des patients dans la limite des prochains six mois est de l'ordre de 50%. Le médecin a ainsi tort une fois sur deux lorsqu'il donne son avis sur l'espérance de vie d'un patient.
- 72- « Dans un ouvrage intitulé « Rendez-vous avec la mort²», Étienne Montero, doyen de la Faculté de droit et professeur titulaire de l'université de Namur, en Belgique, fait le bilan de dix ans d'euthanasie légale en

2 Anthémis, 2013

Belgique. « L'expérience belge enseigne qu'une fois l'euthanasie permise, il est très difficile de maintenir une interprétation stricte des conditions légales fixées », ce qu'il considère être un glissement ou un élargissement des cas d'utilisation de l'euthanasie, le tout tel qu'il en appert du livre communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-2** ;

73- Selon Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les soins palliatifs représentent une approche pour soigner les personnes atteintes d'une maladie réputée mettre leur vie en danger, peu importe leur âge. Ces soins visent à assurer le confort et la dignité des personnes au seuil de la mort, tout en maximisant la qualité de vie des patients, de leur famille et de leurs proches. Les soins palliatifs sont appelés soins terminaux ou de fin de vie. Ils limitent la souffrance et n'ont pas pour objectif d'abrégier la vie volontairement », tel qu'il appert des documents communiqués au soutien des présentes et en liasse sous la cote **D-3** ;

74- Le Docteur Saba, mis en cause, a soumis publiquement l'idée que « les soins palliatifs sont aujourd'hui très efficaces pour supprimer la souffrance physique que peuvent ressentir les êtres humains. Mais au Québec, malheureusement, tous les patients qui devraient recevoir des soins palliatifs ne reçoivent pas les soins appropriés ». En effet, toutes les personnes qui devraient en recevoir n'y ont pas accès, comme cela va être cité dans les paragraphes suivants des présentes, selon un rapport de 2010 préfacé par le Docteur Couillard, aujourd'hui Premier Ministre du Québec, tel qu'il appert de ce rapport communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-4 et D-10** ;

75- « Le problème réside d'abord dans le manque d'accès aux soins palliatifs, indique le docteur Paul Saba, alors que ceux-ci sont une alternative efficace et crédible pour soulager les souffrances des personnes qui en ont besoin. Sans soins palliatifs, leur consentement à l'euthanasie ne sera pas libre et éclairé ».

76- Mettre fin à la souffrance peut être obtenu par d'autres techniques que l'AMM, ce qui nécessite une offre de soins large et un choix clair et documenté afin que le consentement soit véritablement libre et éclairé ;

77- La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.

78- La légalisation de l'euthanasie a été voulue au Québec par le gouvernement du Québec et la législature provinciale. Ces deux autorités publiques se fondent sur les travaux parlementaires de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.

79- Cette Commission spéciale a été créée le 4 décembre 2009, avec pour mandat, notamment, de mener une consultation générale sur les conditions de fin de vie, les soins palliatifs et l'euthanasie.

80- Cette Commission a déposé le 22 mars 2012 un rapport contenant plusieurs recommandations, tel qu'il appert du rapport précédemment cité.

81- La Commission recommande que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée pour que soit reconnu, à toute personne dont la condition médicale le requiert, le droit de recevoir des soins palliatifs.

82- Cette recommandation n'a pas été respectée au Québec ;

83- LE DROIT ET SON CONTEXTE

Les dispositions suivantes des lois contradictoires en vigueur au Québec, ne fixent aucune balise précise et pratique sur les modalités de prise en compte du consentement libre et éclairé de la personne demandant l'AMM :

Il s'agit des articles 26 à 32 de la loi québécoise concernant les soins de fin de vie et des articles de droit nouveau du Code Criminel, soit les

articles 241-2 (1) à (7) et 241-31 (1) à (3.1), qui résultent de la loi fédérale post- Arrêt *Lee Carter* précité ;

a) **Les notions de fin de vie, de mort naturelle raisonnablement prévisible, d'affection de santé grave et irrémédiable et leur exercice dans le contexte québécois :**

84- Qu'est-ce que la fin de vie, la mort naturelle raisonnablement prévisible, une affection de santé grave et irrémédiable ? La médecine n'est pas une science exacte, surtout dans un contexte de restriction des soins offerts ;

85- Une personne qui ne reçoit pas les traitements appropriés ne se retrouve-t-elle pas *de facto* en fin de vie ? La situation de nombre de patients, victimes des défaillances du système médical québécois et considérés comme en fin de vie faute de soins, contribue à l'augmentation continue et exponentielle des demandes d'euthanasie au Québec ;

86- Les soins palliatifs ne sont pas suffisamment accessibles au Québec, comme l'ont révélé différents rapports officiels. Comment s'assurer dès lors du consentement libre et éclairé d'une personne considérée comme en fin de vie et qui souffre sans pouvoir les recevoir ?

87- Les personnes les plus vulnérables, les personnes handicapées, malades, celles qui ont besoin de soins et de soutien à domicile offerts par le système public, font dès lors qu'elles dépendent de ce système, l'objet de contrôles réguliers des services du CLSC pour vérifier leur degré d'autonomie ;

88- Selon la demanderesse, ces contrôles, qu'elle qualifie d'abusifs, ne sont pas orientés vers la protection des personnes les plus vulnérables, mais sur l'économie des ressources ;

- 89- Ces contrôles ne respectent guère, selon la demanderesse, le consentement des personnes vulnérables, souvent considérées comme des majeurs inaptes ;
- 90- Après ce contrôle, le plan de soins peut se traduire par une réduction des heures/soins ou soutiens accordés, ainsi que le retrait de certaines aides techniques, ou encore le transfert imposé en CHSLD ;
- 91- La contestation d'un plan de soins, par les personnes particulièrement vulnérables, entraîne systématiquement le recours au tribunal par le CUISSS/CLSC, afin de contraindre les personnes membres du Groupe visé, qui ne sont pas, la plupart du temps, défendues par un avocat, et ne peuvent pas financer la prestation d'un expert ;
- 92- Comment s'assurer dès lors du consentement libre et éclairé aux soins d'une personne dans cette situation ? Alors que l'AMM est considérée comme un soin de santé ?
- 93- Les personnes les plus vulnérables, handicapées, malades, qui sont en milieu de vie substitut et ne reçoivent pas, comme l'a constaté un jugement récent de la Cour Supérieure, tous les soins appropriés³, pourraient être soumises à des pressions pour choisir l'*Aide médicale à mourir* ;
- 94- Seraient-ce là les conditions optimales pour que le médecin traitant puisse constater un consentement libre et éclairé de son patient ? Le jugement est communiqué sous la cote **D-5** ;
- 95- Devant la Commission parlementaire de l'Assemblée nationale du Québec, qui a étudié le projet de loi 52 en octobre 2013, et notamment les dispositions concernant l'*Aide médicale à mourir*, la demanderesse Lisa D'Amico a déclaré, s'agissant des personnes handicapées les plus

3 Dupuis Pierre c. CSSS Pierre Boucher (C.S.) 4 avril 2014, № 505-17-006540-134.

vulnérables lorsqu'elles ne reçoivent pas tous les soins appropriés, ni les soins palliatifs, lorsque requis :

[compte-tenu de la médiocrité] «des services publics de soins de santé qui nous sont offerts, compte-tenu de la qualité de vie qu'on a et de l'extrême pauvreté souvent dans laquelle on vit, si jamais le médecin [du CSSS ou du CHSLD] nous suggère [ou fait pression] pour nous imposer l'euthanasie, [parce qu'il ne dispose pas des médicaments et du personnel nécessaires], on n'a aucun moyen juridique de se défendre, parce qu'on ne peut pas se payer un avocat, ce n'est pas couvert par l'aide juridique. Donc, si on veut un jour m'euthanasier, moi, je n'ai aucune voie de recours, aucune voie de droit, je n'ai pas de voix tout court, là ». [Je dépendrai totalement du pouvoir médical], tel qu'il appert des déclarations en Commission parlementaire le 24 septembre 2013, suivant transcription officielle communiquée au soutien des présentes sous la cote **D-6** ;

- 96- Selon la demanderesse, la prise en compte effective du consentement libre et éclairé des personnes vulnérables en établissements de santé est plus que problématique, que ce soit d'abord dans les CHSLD dont le personnel soignant qualifié est insuffisant, mais également dans les hôpitaux ;
- 97- Dès lors, et en l'absence de balises suffisantes, la demanderesse craint de se rendre dans les établissements de santé publics du Québec, même pour un simple contrôle de santé, alors qu'elle ignore lesquels connaissent la pratique de l'AMM ;
- 98- Elle mentionne qu'un incident ou un accident thérapeutique peut survenir sans préavis ou sans signe avant-coureur, alors que ses aides-techniques à la mobilité, qui appartiennent à l'État, pourraient éventuellement être écartés de sa chambre, comme le spécifient les directives administratives de certains établissements ;
- 99- Que ses expériences passées avec le personnel des établissements ont créé en elle une méfiance absolue à leur égard, en l'absence de directives

et de balises précises relatives aux modalités d'enregistrement du consentement libre et éclairé, spécialement quand il s'agit des personnes les plus vulnérables ;

- 1- Elle considère qu'en l'absence d'un cadre légal rigoureux, contraignant le système de soins, elle risque d'être euthanasiée sans son consentement, en raison de son état et du manque d'attention dont sont victimes les personnes les plus vulnérables de notre société ;

b) La question du consentement libre et éclairé : comment l'établir ?

- 100- Cela pose la question du consentement libre et éclairé. Pour que ce consentement le soit, il faut que la volonté de la personne puisse s'exprimer sans aucune contrainte. Cela ne serait pas un consentement « libre et éclairé », lorsqu'une personne est percluse de douleurs, de détresse psychologique, sans espoir de guérison et d'atténuation de sa souffrance, en raison de la carence d'offres de soins ;

- 101- Quelles sont les balises nécessaires du consentement libre et éclairé lorsqu'il s'agit de décider de sa propre mort ? Les conditions du *Code civil du Québec* sont-elles suffisantes ? Ne faut-il pas que le consentement libre et éclairé soit donné hors de tout doute pour éviter l'application de la loi criminelle sur les homicides ? La légalisation de l'euthanasie sous la forme de l'AMM, sans balises très contraignantes semble dangereuse. La Cour suprême, dans un Arrêt du 18 octobre 2013⁴, a considéré par exemple soumettre la question de l'arrêt des soins à une Commission du consentement et de la capacité, et non au seul médecin ;

- 102- Le consentement libre et éclairé, cette expression de la volonté humaine recherchée et affirmée durant les travaux de la Commission parlementaire, est impossible à constater si le patient n'a pas le choix ;

⁴ Cuthbertson c. Rasouli, CSC 53, [2013] 3 R.C.S.

103- En effet, comment peut-on prétendre, comme société, que le consentement d'un patient sera libre et éclairé, lorsque les soins médicaux en général ont des défaillances structurelles de qualité, de moyens et d'accès, et que certains types de soins, comme les chirurgies du cancer ou des hanches par exemple, ou encore les soins palliatifs, ne sont pas offerts et accessibles à tous ?

104- Les carences du système de santé peuvent malheureusement accélérer un état anticipé de fin de vie, qui plus est, dans la douleur ;

105- Ceci constitue une violation directe et stricte au droit à la vie, à la sécurité, aux soins et à la dignité d'une personne ;

106- Le consentement libre et éclairé dans ce contexte peut-il être assuré ?

c) Le cadre légal du consentement libre et éclairé face au droit à la vie, à la sécurité et au secours en cas de péril.

107- La *Loi constitutionnelle de 1867* donne compétence exclusive à l'autorité législative du Canada en ce qui concerne la loi criminelle, celle qui traite de l'homicide et de l'aide au suicide. Si le consentement libre et éclairé à l'AMM n'est pas établi hors de tout doute, le droit criminel continuera à s'appliquer ;

108- La *Loi constitutionnelle de 1982 sur le Canada* comporte une Partie I, intitulée *Charte canadienne des droits et libertés*. L'article 7 se lit comme suit :

« 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 ». Cet article doit être compris au regard des principes de droits et libertés de l'article 1 de la Charte qui «ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient

raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ».

109- Les articles 1 et 2 de la *Charte québécoise des Droits et Libertés de la Personne* se lisent ainsi :

« Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ». L'article 2 indique : « Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours ».

110- L'article 3 de la *Loi Canadienne sur la Santé* se lit ainsi :

«La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre».

111- Le *Code civil du Québec* dispose en son article 3 que le droit à la vie est un élément essentiel des droits de la personnalité. Les articles 10 et 11 précisent que toute personne est inviolable et que, sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut porter atteinte à l'intégrité d'une personne sans son consentement libre et éclairé, qui est indispensable pour les soins, qu'elle qu'en soit la nature.

112- L'article 7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* se lit ainsi :

« Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état ».

113- L'article 48 de la *Charte québécoise* se lit ainsi :

« Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu ».

d) Les abus potentiels et non hypothétiques en raison des balises insuffisantes du consentement libre et éclairé de l'AMM.

114- Les expériences faites dans d'autres pays, en particulier en Belgique où l'euthanasie est pratiquée depuis des années, malgré des balises et conditions d'application théoriques encore plus restreintes que dans les lois du Québec et d'Ottawa, démontrent des cas d'abus. Ainsi, une étude a démontré que 32% des euthanasies étaient provoquées sans le consentement du patient ou de sa famille et selon une autre étude, 47% des cas d'euthanasie ne sont pas rapportés aux autorités, malgré une obligation légale, tel qu'il appert de documents communiqués en liasse au soutien des présentes sous la cote **D-7** ;

115- Des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables, pourraient ne pas être apaisées de façon tolérable pour la personne concernée ;

116- Cette souffrance causée par la déficience du système de soins, pourrait entraîner le patient à demander l'aide médicale à mourir à son médecin traitant ;

117- Pourtant si les soins palliatifs et tous les autres soins appropriés étaient offerts, ils permettraient de mettre fin à la souffrance dans tous les cas, en raison du progrès de leur efficacité.

118- Or, les soins appropriés ne sont pas donnés sur tout le territoire québécois et dans tous les établissements de façon identique.

119- La solution de l'euthanasie, l'*Aide médicale à mourir*, ne pourrait-elle pas être choisie par les personnes qui ne recevraient pas les soins appropriés

à leur état de santé, pour abrégier leurs souffrances physiques et morales ? Serait-ce une manifestation de volonté libre et éclairée ? Peut-on laisser au seul médecin traitant, ou au soignant et intervenant social, surchargé et débordé, du système de soins hospitalier et des services sociaux québécois, la responsabilité principale de vérifier le consentement libre et éclairé de son patient dans ces conditions. En aurait-il le temps ?

120- En Commission parlementaire sur le projet de loi 52, le Docteur Saba a déclaré : « Dès qu'on décide de l'euthanasie, c'est final, on n'a pas une deuxième chance. On n'a pas la peine de mort. Pourquoi ? Parce qu'on ne veut jamais, jamais prendre la vie d'un innocent. Et il y a des patients qui seront innocents, qui sont troublés, qui sont en désespoir, qui n'ont pas reçu les traitements adéquats. Le système a des failles. Il faut admettre ça, que des soins palliatifs...malgré les investissements, il nous manque beaucoup pour les soins palliatifs », tel qu'il ressort de la transcription communiquée des interventions en Commission parlementaire du 23 septembre 2013 et communiquée sous la côte **D-8** ;

121- Dans ce contexte, la question du consentement libre et éclairé nécessite un jugement déclaratoire qui fixe les règles, afin d'éviter un consentement par défaut à l'AMM ;

e) Le manque structurel de soins palliatifs au Québec.

122- Dans le Rapport intitulé *Mourir dans la dignité* remis en mars 2012 à la Commission spéciale de l'Assemblée nationale qui a instruit cette question éthique délicate, il est écrit à la page 59 :

123- « ...les soins palliatifs ne sont pas suffisamment développés au Québec...l'essor des soins palliatifs demeure une priorité. Des personnes et des organismes estiment prématurée toute discussion sur l'euthanasie tant que les soins palliatifs ne seront pas offerts à tous. Selon eux, des personnes malades n'ayant pas accès aux soins palliatifs pourraient

demander à mourir, faute de soins adéquats pour soulager leurs souffrances. Elles n'auraient donc pas la possibilité de faire un véritable choix. Il s'agit effectivement d'un argument frappant... », tel qu'il appert de ce document communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-9** ;

124- En 2010, la *Politique sur les soins palliatifs en fin de vie* a été présentée par M. Philippe Couillard, à l'époque Ministre de la Santé et des Services sociaux, tel qu'il appert du document communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-10 et D-4** ;

125- Dans son message introductif, dudit document, celui qui est devenu Premier ministre du Québec écrit :

126- « Toute personne qui éprouve de graves problèmes de santé s'attend à recevoir des soins médicaux de la meilleure qualité possible et une société solidaire comme la nôtre met tout en œuvre pour qu'il en soit ainsi. Mais il vient un temps où...la guérison n'est plus possible. Il faut alors pouvoir accompagner, dans la dernière étape de leur vie, un enfant, un adolescent, un adulte, une personne âgée. Cela doit se faire de façon structurée et avec compassion, et c'est justement sur ces bases qu'a été élaborée la présente *Politique sur les soins palliatifs en fin de vie*, qui inspirera désormais notre action ».

127- Dans le texte de ce document gouvernemental d'accès public précité, il est encore écrit :

128- « ...les personnes en fin de vie et leurs proches, qui se trouvent en état de grande vulnérabilité, sont alors plus ou moins capables de revendiquer des droits et des services....

129- « Les modes actuels de prise en charge de la clientèle ayant besoin de soins palliatifs soulèvent des problèmes d'accessibilité, d'équité et de continuité des services.

- 130- «...de plus, plusieurs personnes, faute d'un contrôle adéquat de leurs symptômes et de leur douleur, meurent encore aujourd'hui dans des souffrances injustifiées.
- 131- « Enfin, sans encadrement approprié, l'administration des soins comporte ses risques de dérive. Cette dérive peut se traduire par de l'acharnement thérapeutique ou de l'abandon thérapeutique, voire par une augmentation d'actes associés à l'euthanasie.
- 132- «..La gamme de services offerts en soins palliatifs est variable géographiquement et les modalités d'accès sont imprécises.
- 133- «...le...personnel n'a pas forcément une formation adéquate en soins palliatifs.
- 134- «...Bien que tous les centres hospitaliers semblent offrir des services de soins palliatifs, l'accessibilité, l'intensité et les types de programme varient considérablement d'un établissement à l'autre...Certains n'offrent aucun service véritablement structuré...
- 135- « Si certains établissements de soins de longue durée (les CHSLD) sont dotés d'équipes spécialisées en soins palliatifs, celles-ci ne représentent qu'une infime minorité....
- 136- « Sur l'accès aux lits dédiés en soins palliatifs : Lorsque les usagers sont susceptibles de séjourner, ou séjournent plus longtemps que prévu, une pression indue s'exerce alors sur ceux qui, en toute fin de vie, ne meurent pas « dans les délais prévus....
- 137- « L'un des problèmes de l'organisation actuelle des services de soins palliatifs est la faiblesse des mécanismes de coordination...Cette lacune peut entraîner des situations dramatiques, ...
- 138- « Où des usagers ... ne recevront pas les services nécessaires au moment opportun ».

139- Le *Protecteur du Citoyen*, dans son mémoire présenté le 24 septembre 2013 à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale, dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le Projet de loi numéro 52, concernant les soins de fin de vie, a appuyé *l'Aide médicale à mourir* sous réserve qu'il y ait au Québec :

140- « L'accès à des soins palliatifs de fin de vie de qualité. Il s'agit d'un enjeu de première importance pour assurer la protection de l'ensemble des personnes vulnérables », Tel qu'il appert du document communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-11** ;

141- Dans son mémoire présenté dans les mêmes circonstances, en octobre 2013, le *syndicat CSQ (Fédération de la santé du Québec et Fédération des syndicats de la santé et des services sociaux)* insiste sur trois problématiques de ce projet de loi 52 :

142- «-l'accessibilité des soins de fin de vie, notamment celle des soins palliatifs;

143- la participation du personnel de la santé dans la mise en œuvre et le déploiement des soins de fin de vie,

144- les mécanismes visant à assurer la prise de décisions libres et éclairées des personnes concernées». Tel qu'il appert du document communiqué au soutien des présentes sous la cote **D-12** ;

f) **Sans avoir reçus les soins requis, le patient est-il en mesure de donner un consentement libre et éclairé à l'euthanasie ?**

145- Les personnes les plus vulnérables, comme les personnes handicapées, âgées ou gravement malades, qui subissent des douleurs intolérables, celles qui ne reçoivent pas aujourd'hui tous les soins appropriés à leur état de santé⁵, ni les soins palliatifs⁶, pourront-elles donner un

5 Dupuis c. CSSS Pierre Boucher, déjà citée

- consentement libre et éclairé ? Qui va le constater hors de tout doute dans le système de soins et de services sociaux du Québec contemporain ?
- 146- Le médecin, qui est un euthanasiste potentiel, aura-il préalablement eu le temps nécessaire pour informer complètement son patient souffrant des choix qui lui sont offerts, si ces choix de soins sont offerts au Québec ?
- 147- Que veut-dire un consentement libre et éclairé, lorsque le système ne donne pas un choix véritable, puisqu'il est la plupart du temps restreint entre les alternatives suivantes :
- 148- - souffrir sans recevoir les soins appropriés, ou sans soins palliatifs :
- 149- - être laissé seul et abandonné, dans certaines ressources et domiciles substituts, (souvent de longues heures dans ses urines et ses excréments), sans respect de la dignité (comme actuellement dans nombre de CHSLD, alors que le personnel qui prodigue les soins d'hygiène est insuffisant et que les heures/soins ne sont pas respectées),
- 150- Comment recueillir un consentement de facto non libre et non éclairé d'un patient vulnérable et en fin de vie, dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, ou dont les problèmes de santé sont graves et irrémédiables, qui va préférer se faire euthanasier, plutôt que de souffrir en n'ayant pas un accès suffisant aux soins palliatifs ou aux soins appropriés. N'est-ce pas mourir dans l'indignité ?
- 151- Cette situation du système de santé québécois est bien connue. La souffrance sans espoir ne constitue pas un cadre satisfaisant pour respecter la volonté du patient concerné, qui n'est pas susceptible dans ces conditions de donner son consentement libre et éclairé pour une demande d'euthanasie de sa propre personne. Voilà pourquoi les balises

actuelles sont insuffisantes et qu'elles doivent être précisées par un jugement déclaratoire.

g) Une atteinte illicite au droit à la vie et à l'intégrité de la personne vulnérable.

152- L'insuffisance des balises pour faire constater le consentement libre et éclairé des patients demandeurs à l'AMM, porte atteinte aux principes de justice fondamentale, ainsi qu'aux droits à la vie et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés, et aux droits à la vie et à l'intégrité de la personne protégés par les articles 1, 2 et 49 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.

153- L'atteinte aux droits protégés par les articles 1 et 2, comme le droit de principe à la vie, n'est pas justifiée au regard de l'exception de l'article 9.1 de la Charte québécoise.

154- Il est difficile de définir ce qu'est une situation de fin de vie, ou de maladie incurable, ou de mort naturelle raisonnablement prévisible, ou les problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) causant des souffrances persistantes qui sont intolérables ;

155- Les balises sont insuffisantes pour recueillir le consentement libre et éclairé en autorisant le seul médecin traitant, avec le contreseing d'un autre médecin seulement, ou d'un travailleur social, de recueillir la demande d'euthanasie (AMM) d'un patient ;

156- En sus, est écartée de cette procédure la participation d'un membre de la famille ou d'un proche, alors qu'il s'agit d'un principe de base ancré dans la pratique de la médecine, mais aussi dans les usages de l'hôpital, où les formulaires d'admission demandent expressément aux patients de

fournir le nom et les coordonnées de proches qui seront contactés au besoin.

157- LES DOMMAGES COMPENSATOIRES ET PUNITIFS POUR ATTEINTES POTENTIELLES ILLICITES AUX DROITS GARANTIS

158- L'absence de balises protégeant les personnes vulnérables dans la mise en œuvre de l'AMM constitue une atteinte illicite aux droits fondamentaux qu'il convient de faire cesser ;

159- La demanderesse, comme d'autres membres du Groupe visé, a ainsi perdu confiance dans les services de santé et sociaux dont elle dépend ;

160- Cette perte de confiance est devenue une angoisse permanente depuis le 10 décembre 2015, au moment de l'entrée en vigueur de l'AMM au Québec, en raison de l'absence de balises sur le consentement libre et éclairé qui mettent en cause les droits à la vie, la sécurité et à la protection face à la maltraitance des personnes les plus vulnérables ;

161- Les personnes vulnérables ou handicapées ne sont pas les plus respectées par les services, qui sous pression, ne les traitent pas toujours avec respect et en prenant les précautions nécessaires ;

162- La demanderesse dépend du CLSC de son secteur et répugne à lui confier sa liberté et sa vie ;

163- Elle est une personne handicapée, mais reste autonome ;

164- Ainsi, à titre d'exemple, que l'on peut appliquer à tous les membres du Groupe visé, la demanderesse souhaite exposer son expérience suivante : une ergothérapeute du CLSC de Rosemont, a abusé sciemment de ses pouvoirs alors qu'elle était en situation d'autorité sur la demanderesse en alléguant faussement que cette dernière avait consenti à une démarche concernant son handicap ;

- 165- Il aura fallu que la demanderesse introduise un recours judiciaire pour que l'ergothérapeute admette l'absence de son consentement ;
- 166- Cette situation vécue par la demanderesse sera documentée et apportée dans la présente cause comme illustration pratique des risques engendrés par le manque de balises, s'agissant du consentement libre et éclairé pour l'AMM, le tout tel qu'il appert des documents communiqués en liasse, au soutien des présentes, sous la côte **D-13** ;
- 167- Elle illustre un comportement endémique des personnels à l'égard des personnes les plus vulnérables qui sont sans défense ;
- 168- La demanderesse ne peut donc avoir accès aux services, sans prendre le risque, en tant que personne handicapée ou vulnérable du risque de placement ou de soins d'office et d'abus, celui-ci étant accru depuis la légalisation de l'euthanasie au Québec ;
- 169- Elle ne veut pas demander de l'aide et des services au CLSC, pour que ce dernier n'intervienne pas dans sa vie sans égard et sans son consentement, avec le risque d'un placement d'office en CHSLD ou d'une ordonnance requérant des soins d'office, l'AMM étant considérée dans la Loi comme un soin de santé ;
- 170- Plus encore, elle craint la mauvaise foi et l'abus des services, qui caractérisent leur intervention auprès des personnes vulnérables ;
- 171- Comment éviter ce type d'abus pour les personnes vulnérables ?
- 172- La demanderesse subi un préjudice quotidien, en raison du manque de balises sur le consentement, s'agissant de l'AMM, puisqu'elle ne peut être assurée qu'il n'y aura pas de dérapage et elle n'est pas assurée que les patients vulnérables seront protégés ;
- 173- Elle ne peut donc pas avoir accès aux soins puisque qu'elle a perdu confiance dans le système de soins publics au Québec ;

- 174- Elle n'a absolument pas confiance dans la réalité de la surveillance des procédures internes dans les établissements, la Commission sur les soins de fin de vie (CSFV), ne procédant qu'à un contrôle à posteriori et ne disposant pas d'un pouvoir de sanction ;
- 175- Il s'agit du droit à la vie, à la sécurité et au secours en cas de péril ;
- 176- La demanderesse n'est pas protégée du risque que son consentement supposé à l'AMM soit le résultat d'un abus, ou de maltraitance, en raison du manque de balises encadrant le consentement libre et éclairé des patients demandant l'AMM, et en raison de l'état et des carences du système public de santé et de services sociaux au Québec ;
- 177- La demanderesse entend présenter une demande de condamnation à des dommages punitifs à l'égard des défenderesses, qui n'assurent pas sa protection depuis l'entrée en vigueur de l'AMM au Québec, présentée en vertu des articles 1, 2 et 49, alinéa 2 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, ainsi que de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés ;
- 178- Cette demande est admissible, même en l'absence de demande de dommages et intérêts compensatoires à ce titre ;
- 179- En droit québécois, rien n'empêche de reconnaître le caractère autonome des dommages punitifs : en raison de son statut quasi-constitutionnel, la Charte a préséance dans l'ordre normatif québécois, sur les règles de droit commun ;
- 180- Nier l'autonomie du droit à ces dommages conférés par la Charte, revient à assujettir la mise en œuvre des droits et libertés que protègent la Charte aux règles des recours de droit civil ;
- 181- Rien ne justifie que soit maintenu cet obstacle ;

- 182- L'article 1621 C.c.Q reconnaît aux dommages punitifs une fonction préventive.
- 183- En raison du caractère exceptionnel de ces dommages, les tribunaux ont limité leur emploi à la prévention et à la dissuasion de comportements jugés socialement inacceptables, ce qui est le cas lorsqu'il s'agit d'une atteinte illicite aux droits garantis ;
- 184- Toutefois, puisqu'ils contribuent autant que la punition et la dissuasion à l'objectif préventif que vise l'article 1621 C.c.Q., aucune raison ne justifie le refus de reconnaître, en droit civil québécois, l'objectif de dénonciation qu'ont les dommages punitifs, surtout lorsque l'enjeu est le respect des droits et libertés que garantit la Charte québécoise ;
- 185- En droit canadien, rien ne s'oppose à ce que le tribunal prononce des dommages punitifs dans les mêmes circonstances ;
- 186- En l'espèce, l'imposition de dommages punitifs semble tout à fait indiquée dans les circonstances, pour remplir la fonction de dénonciation de l'insuffisance de la protection des personnes vulnérables du Groupe visés à l'égard de l'AMM et affirmer l'importance du droit à la vie, à la sécurité et au secours en cas de péril⁷;
- 187- La demanderesse croit en effet que l'absence de balises précises pour garantir le consentement libre et éclairé des demandeurs à l'AMM, dans le contexte de carence et de pénurie de l'offre de soins et de services sociaux au Québec, est inacceptable dans un État de droit et met gravement en danger le sort des personnes vulnérables membres du Groupe visé ;
- 188- Le personnel de santé et les médecins du système de santé public sont soumis à une telle pression que certains souffrent d'épuisement

⁷ De Montigny c. Brossard (Succession) [2010 CSC 51]

- professionnel, voire de dépression, ce qui dans les circonstances, et en l'absence de balises et d'une procédure précise requérant obligatoirement le consentement de plusieurs intervenants du milieu et en dehors du milieu médical et des services sociaux, ouvre la porte à tout abus volontaire ou involontaire résultant du contexte des soins au Québec ;
- 189- Les personnes les plus vulnérables, constituent des fardeaux excessifs, qui ne peuvent pas émigrer en dehors du Canada et se soustraire au risque suscité par l'absence des protections appropriées ;
- 190- Leur condition les soumet, de gré ou de force, à l'AMM, sans que leur consentement ne soit garanti ;
- 191- La Demanderesse souhaite en conséquence faire condamner solidairement les défenderesses qui représentent l'État du Québec et l'État du Canada :
- 192- - pour absence de balises et de protections précises, strictes et rigoureuses, ainsi que pour absence de choix véritable parmi les offres de soins face à leurs souffrances ;
- 193- -pour atteintes illicite aux droits garantis que sont les droits à la vie, à la sécurité, à la protection, en raison de l'angoisse permanente suscitée face au risque d'être euthanasié sans son consentement ;
- 194- -à la somme de 10 000\$ par jour en dommages punitifs, depuis l'entrée en vigueur de l'AMM au Québec, du fait des Lois Canadienne et Québécoise et de l'Arrêt *Lee Carter*, pour absence de protection des personnes vulnérables dont ils/elles doivent assurer la protection ;
- 195- La demanderesse estime par ailleurs subir un préjudice personnel de 10 000\$ par jour, depuis l'entrée en vigueur de l'AMM au Québec, du fait des Lois Canadienne et Québécoise et de l'Arrêt *Lee Carter* : elle demande la condamnation des défenderesses à des dommages et

- intérêts compensatoires, en raison du stress généré par le manque de balises de contrôle du consentement à l'égard de l'AMM ;
- 196- Elle les chiffre à 10 000\$ par jour de retard, pour chacun des chefs de dommages, punitifs et compensatoires, depuis le 10 décembre 2015 et l'entrée en vigueur de l'AMM au Québec ;
- 197- Elle connaît en effet, en tant que personne particulièrement vulnérable, l'angoisse permanente de risquer d'être euthanasiée sans son consentement, en l'absence de balises suffisamment précises, dès que l'augmentation de ses souffrances la contraindra à faire appel au système public ;
- 198- La demanderesse croit, en se fondant sur ses expériences, que les personnels et médecins concernés ne sont guère respectueux et rigoureux lorsqu'il s'agit du sort et du consentement des personnes invalides et insolvables ;
- 199- L'AMM est en effet considérée comme un soin de santé, et rien n'interdirait en l'état des textes, que les CIUSSS/CHSLD requièrent et obtiennent des ordonnances de traitement forcé et d'éloignement des proches et mandataires de ces personnes, afin de mettre fin à leurs douleurs sans engager des frais de traitements exceptionnels ou en l'absence d'offres de soins alternatifs disponibles ;
- 200- La demanderesse indique ceci : « De fait, mes douleurs actuelles et mes conditions de vie pourraient me pousser à bout n'importe quand.....Donc, une augmentation de mes douleurs sans prise en charge adéquate pourrait avoir pour effet de me précipiter encore plus rapidement vers la mort, faute d'alternative ».
- 201- Elle ajoute : « la pression exercée par certains groupes pour élargir les critères d'admissibilité et y inclure les majeurs inaptes à l'AMM me crée un

stress énorme, en raison de ma condition physique et de mon défaut de moyens financiers » ;

202- « Alors, que le curateur public du Québec est quasi toujours en accord avec les divers CIUSSS/CHSLD. Cela me terroriseFaute de moyens pour me défendre » ;

203- Cette situation vécue est aussi le fait de membres du Groupe visé ;

204- LES FAITS DONNANT OUVERTURE À UN RECOURS INDIVIDUEL DE LA PART DE CHACUN DES MEMBRES DU GROUPE CONTRE LES DÉFENDEURS SONT LES SUIVANTS :

205- Toutes les personnes vulnérables membres du Groupe subissent les mêmes risques, doivent être protégés par le même recours déclaratoire et sont éligibles à demander les mêmes dommages compensatoires et punitifs ;

206- LA COMPOSITION DU GROUPE REND DIFFICILE OU PEU PRATIQUE L'APPLICATION DES REGLES SUR LE MANDAT D'ESTER EN JUSTICE POUR LE COMPTE D'AUTRUI OU SUR LA JONCTION D'INSTANCE.

207- Le Groupe comprend au Québec plusieurs milliers de personnes, la plupart insolvables et l'action collective est la seule voie de droit qui leur donnent accès à la justice ;

208- LES QUESTIONS DE FAIT ET DE DROIT IDENTIQUES, SIMILAIRES OU CONNEXES RELIANT CHAQUE MEMBRE DU GROUPE AUX DÉFENDEURS, QUE LA DEMANDERESSE ENTEND FAIRE TRANCHER PAR L'ACTION COLLECTIVE, SONT :

209- Toutes les personnes du Groupe sont menacées par les risques de dérapage de la mise en œuvre de l'AMM ;

210- LES QUESTIONS DE FAIT ET DE DROIT PARTICULIÈRES À CHACUN DES MEMBRES DU GROUPE CONSISTENT EN :

211- Toutes les personnes du Groupe sont menacées par les risques de dérapage de la mise en œuvre de l'AMM ; toutes les personnes vulnérables membres du Groupe subissent les mêmes risques et sont éligibles à demander les mêmes dommages compensatoires et punitifs ;

212- IL EST OPPORTUN D'AUTORISER L'EXERCICE D'UNE ACTION COLLECTIVE POUR LE COMPTE DES MEMBRES DU GROUPE :

213- L'action collective est le véhicule procédural le plus approprié afin que la Demanderesse et les membres du Groupe puissent faire valoir leur réclamation découlant des faits allégués à la présente demande ;

214- Bien que le montant exact des dommages subis puisse être différent pour chaque membre du Groupe, les atteintes illicites aux droits garantis sont identiques, similaires ou connexes pour chacun des membres du Groupe ;

215- Considérant le montant de la réclamation personnelle de chacun des membres du Groupe et la complexité de ces réclamations, les membres du Groupe se verraient possiblement privés de leur droit d'obtenir compensation en l'absence du véhicule procédural qu'est l'action collective et ce, notamment en raison de la disproportion entre les coûts impliqués pour que chaque membre du Groupe puisse faire valoir ses droits individuellement en comparaison du montant des dommages effectivement subis, et sachant qu'il s'agit de personnes vulnérables qui ne disposent pas pour la majorité d'entre-elles de moyens financiers;

216- Au surplus, la multiplicité potentielle des recours individuels des membres du Groupe pourrait induire des jugements contradictoires sur des questions de faits et de droit identiques, similaires ou connexes, ce qui serait contraire aux intérêts de la justice ;

217- LA NATURE DE L'ACTION QUE LA DEMANDERESSE ENTEND EXERCER POUR LE COMPTE DES MEMBRES DU GROUPE EST :

218- Une action déclaratoire et en injonction interlocutoire et permanente, en dommages punitifs et en dommages compensatoires au nom de la demanderesse et des membres du Groupe visé contre les défenderesses ;

219- Madame D'Amico a un intérêt personnel à agir, en affirmant craindre que l'insuffisance au Québec des moyens en soins appropriés et palliatifs, ainsi qu'en services sociaux, ne la place en situation de grande vulnérabilité, et ne l'incite à accepter l'euthanasie ou AMM par défaut.

220- Comment donner un consentement libre et éclairé lorsque l'on souffre et que l'on n'a plus d'espoir ?

221- Des balises sont indispensables pour la protection des personnes vulnérables;

222- Les personnes vulnérables ne pourraient-elles pas être contraintes d'accepter l'euthanasie, afin de mettre fin à leurs souffrances, notamment en raison du manque de services de soins palliatifs ?

223- Le manque de soins appropriés conduit certaines populations vulnérables dans un état de fin de vie.

224- L'euthanasie en serait alors l'issue la plus probable, en raison de la logique du système.

225- La demanderesse risque, en raison de l'évolution de sa maladie, de se retrouver en milieu de vie substitut, et craint, si elle devait contester l'hébergement ou la nature ou la qualité des soins, de faire l'objet de pressions ou d'une ordonnance d'hébergement et de soins, comme le sont plusieurs personnes inaptes ou très handicapées au Québec, tel qu'il appert d'une étude menée par Me Hélène Guay, avocate, intitulée «Le

consentement aux soins et à l'hébergement : quand les tribunaux s'en mêlent, communiquée au soutien des présentes sous la cote **D-14** ;

226- Pour la demanderesse, les conséquences d'une telle situation pourraient la mener à considérer, ou pire, à accepter l'euthanasie par la force des choses et des pressions ou même que le système dérape et oublie son consentement ;

227- Elle craint que le consentement libre et éclairé ne soit donc qu'une vue de l'esprit de la part du législateur, qui créerait des droits non-applicables, puisqu'une tierce personne pourrait décider en réalité à la place du patient suivant une ordonnance de soins ou autrement.

228- La demanderesse possède l'intérêt requis à titre personnel pour demander au Tribunal d'interpréter les différentes règles juridiques légalisant l'AMM au Québec et de déclarer les balises raisonnables pour constater le consentement libre et éclairé des patients concernés par une demande d'AMM ;

229- Dans l'affaire *Procureur général du Canada c. Downtown Eastside Sex Workers United Against Violence Society* [2012] S.C.J. № 45, la Cour Suprême a adopté une approche téléologique et souple pour décider si une partie a la qualité pour agir dans l'intérêt public. La Cour décrit les trois facteurs d'analyse de la façon suivante :

- a. La question soulevée constitue-t-elle une question justiciable sérieuse ?
L'action est-t-elle loin d'être futile?
- b. Les demandeurs ont-ils un intérêt réel dans les procédures ou sont-ils engagés dans les questions qu'elles soulèvent ?

c. La poursuite proposée constitue-t-elle, compte-tenu de toutes les circonstances, une manière raisonnable et efficace de soumettre la question à la Cour ?

230- Un jugement déclaratoire établirait le droit et fournirait une solution judiciaire aux conditions d'application de l'AMM au Québec, et au constat d'un consentement libre et éclairé du patient vulnérable, afin que les droits fondamentaux parmi lesquels ceux concernant la protection du consentement, de la vie, de la sécurité et du droit au secours, soient respectés et ne fassent pas l'objet d'atteintes illicites au Québec.

231- La doctrine et la jurisprudence reconnaissent qu'un jugement déclaratoire a un caractère autant préventif que curatif⁸. De plus la Cour suprême dans son arrêt *La Reine (Terre-Neuve) et Churchill Falls c. Hydro-Québec*⁹ a admis qu'une requête pour jugement déclaratoire peut viser un droit menacé avant même qu'il y ait atteinte à ce droit.

232- Dans son Arrêt *Contrecoeur (Corp.municipale) c.Soreli inc.*¹⁰, la Cour d'Appel du Québec a jugé que lorsque la décision d'une autorité publique dépend de son interprétation du droit en vigueur, et que survient un conflit sur le sens de ces dispositions, la requête pour jugement déclaratoire est appropriée. Un arrêt récent de cette même Cour confirme cette interprétation, *Centre québécois du droit de l'environnement et al. c. Junex Inc. et Pétrolia Inc*¹¹.

233- Dans le jugement *Bertrand c. Bégin [1995] RJQ.2500 (C.S. Qué, par 86)*, la Cour opte pour un jugement déclaratoire, énonçant que :

8 Marie Paré, La requête en jugement déclaratoire, Collection Points de droit, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2001, p.6.

9 [1982] 2R.C.S.79, p.106.

10 [1990]R.D.J.313 (C.A.).

11 16 avril 2014, N° 200-09-008112-135

«Le projet de loi №1 [...], visant à accorder à l'Assemblée Nationale du Québec, le pouvoir de proclamer que le Québec devient un pays souverain, sans avoir à suivre la procédure de modification prévue à la partie V de la Loi constitutionnelle de 1982, constitue une menace grave aux droits et libertés du demandeur, garantis par la Charte canadienne des droits et libertés».

234- La Requête en jugement déclaratoire est un véhicule procédural puissant et important à la disposition des justiciables qui font face à une difficulté réelle. Son application doit être large et libérale, surtout en matière constitutionnelle ou administrative : *Gestion M.A.R c.9119-1882 QUEBEC INC. [2010] QCCS 257.*

235- le jugement Chaoulli :

« Le caractère préventif ou curatif de la requête n'est plus un critère de recevabilité. Il suffit que le cadre de l'article 453 du Code de Procédure civile soit respecté ». *Jugement Chaoulli c. PGQ et als, Cour Supérieure, 22 septembre 1999. 500-05-048269-995. »*

236- L'Arrêt *Chaoulli v. Québec* [2005] 1 S.C.R de la Cour Suprême du Canada, a justifié la possibilité d'agir par requête en jugement déclaratoire, lorsque la question est sérieuse et d'intérêt public.

237- Elle est aussi ici de notoriété publique. La requête en jugement déclaratoire est la procédure appropriée pour le présent recours, puisqu'elle vise à solutionner une difficulté réelle ;

238- Les insuffisances du système de soins québécois ne risquent-elles pas de faciliter l'utilisation large de l'euthanasie pour les personnes vulnérables en fin de vie, qui en raison du manque de traitements appropriés et de soins palliatifs susceptibles de leur être octroyés, ne pourront pas donner en toute indépendance leur consentement libre et

éclairé, et ainsi voir les droits fondamentaux atteints par les dispositions illicites d'une ou plusieurs lois ?

239- Selon les motifs de l'Arrêt *Chaoulli* précité, une demande en jugement déclaratoire est possible alors que le système judiciaire est confronté à une question qui doit être tranchée par le système politique :

« Les tribunaux ont le devoir de s'élever au-dessus du débat politique. Lorsque, comme en l'espèce, les tribunaux disposent des outils nécessaires pour prendre une décision, ils ne doivent pas hésiter à assumer leurs responsabilités. La déférence ne saurait entraîner l'abdication par le pouvoir judiciaire de son rôle devant le pouvoir législatif ou exécutif. Le gouvernement a certes le choix des moyens, mais il n'a pas celui de ne pas réagir devant la violation du droit à la sécurité des Québécois. L'inertie ne peut servir d'argument pour justifier la déférence ».

240- Dans un Arrêt du 16 avril 2014, la Cour d'Appel du Québec, dans une affaire *Centre québécois du droit de l'environnement et als c. Junex et als*, [2014] 200-09-008112-135, a estimé que :

« Les appelants ont démontré l'existence d'une difficulté réelle justifiant le recours à la requête pour jugement déclaratoire. La Cour justifie également l'utilisation de cette requête à titre préventif afin de faire préciser le droit avant même que soit prise une décision de l'autorité publique. »

241- « Comme le rappelle la Cour suprême, les conclusions de la requête ne peuvent être évaluées de façon isolée et dans l'abstrait, mais elles :

« [...] doivent être lues à la lumière des allégations de la requête et du contexte qu'elles décrivent ». [...]

242- « De la même façon, la Cour suprême a admis que ces conclusions peuvent être précisées à tout moment par amendement au motif que :

[...] des raisons de pure forme ne doivent pas faire obstacle à la solution d'une difficulté réelle»¹².

Enfin,

«il est bien acquis qu'en matière de jugement déclaratoire, le tribunal n'est pas lié par la formulation de la conclusion déclaratoire recherchée pourvu qu'elle ne s'éloigne pas de la question en litige». *Syndicat canadien des communications, de l'énergie et du papier c. Jean, 2006 QCCA 301, J.E.2006-591, paragraphe 43.*

243- Un jugement sera utile pour constater la difficulté réelle que représentent pour la demanderesse et les membres du Groupe visé, les conditions de mise en œuvre de l'AMM au Québec.

244- Les questions juridiques posées ne sont pas purement théoriques, mais doivent s'apprécier dans le contexte juridique canadien et québécois ainsi que dans le respect des droits fondamentaux qu'il convient d'interpréter et de faire respecter.

245- Il n'est pas non plus possible de ne pas définir des notions comme la fin de vie, la mort naturelle raisonnablement prévisible, une affection de santé grave et irrémédiable ou ce qu'est un consentement libre et éclairé lorsqu'il s'agit de consentir à sa propre mort dans le contexte de l'euthanasie (AMM).

246- Cette interprétation des textes en vigueur est nécessaire dans le contexte de soins du Québec ;

¹² *La Reine (Terre-Neuve) et Churchill Falls c. Hydro-Québec, précité*

**247- LES CONCLUSIONS RECHERCHÉES PAR LA DEMANDERESSE
SONT :**

248- Déclarer dans quelles circonstances et selon quelles conditions l'AMM est licite au Québec, en interprétant l'Arrêt *Lee Carter* précité et les lois fédérale et québécoise dont les dispositions sont contradictoires et créent de la confusion et une insécurité juridique ;

249- Dire et déclarer quelles sont les balises et les conditions à réunir pour constater hors de tout doute le consentement libre et éclairé du patient demandeur de l'AMM ;

250- Déclarer que le patient demandeur de l'AMM, membre du Groupe visé, devra avoir un choix réel en différentes possibilités de soins disponibles pour ne pas souffrir ou atténuer sa douleur afin de la rendre tolérable, de sorte que l'AMM ne soit pas considérée comme la seule et unique solution qui s'appliquerait à son cas ;

251- Déclarer que le patient qui souffre a le droit fondamental au Québec de recevoir immédiatement les soins appropriés, y compris les soins palliatifs ;

252- Déclarer qu'à défaut d'offre publique de soins appropriés, ces soins pourront être offerts en privé ou en dehors du Québec ou du Canada ;

253- Déclarer que tous les frais de soins et de transport, y compris les plus rapides, devront être assumés par les défenderesses ;

254- Déclarer que les dispositions des Lois canadienne et québécoise qui légalisent l'AMM seront déclarées invalides ou seront suspendues, tant et aussi longtemps que les balises du consentement libre et éclairé ne seront pas précisées par le jugement déclaratoire à être prononcé ;

255- Ordonner par injonction interlocutoire, puis permanente, la suspension de l'application des dispositions des Lois québécoises et canadiennes qui

légalisent l'AMM, tant et aussi longtemps que les balises du consentement libre et éclairé ne seront pas précisées par le jugement déclaratoire à être prononcé ;

256- La demanderesse demande que le statut de représentante lui soit attribué;

257- La Demanderesse propose que l'action collective soit exercée devant la Cour Supérieure siégeant dans le district de Montréal ;

258- **EN CONCLUSION** : Aucune demande en autorisation d'exercer une action collective portant sur tout ou en partie du même litige n'a été déposée au greffe.

259- La présente demande est bien fondée en faits et en droit.

POUR TOUS CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

ACCUEILLIR la présente requête en autorisation d'exercer l'action collective à vocation déclaratoire, en injonction interlocutoire et permanente, ainsi qu'en dommages punitifs et compensatoires, présentée par la demanderesse ;

AUTORISER l'exercice de l'action collective ci-après décrite :

Une action en jugement déclaratoire, en injonction interlocutoire et permanente et en dommages punitifs et compensatoires pour atteintes illicites aux droits garantis par les Chartes canadienne et québécoise ;

ATTRIBUER à la Demanderesse le statut de représentante ;

DÉCRIRE le Groupe pour lequel la demanderesse demande le statut de représentante comme suit :

GROUPE : «Les personnes les plus vulnérables de la société, qui ont des contraintes sévères à l'emploi, qui souffrent et dépendent du système public de soins et de services sociaux du Québec pour être soignées et survivre (CLSC, CHSLD, Programme de solidarité sociale, sans s'y restreindre), que ce soit en raison de leur handicap, de leur perte d'autonomie ou parce qu'elles sont âgées, gravement malades, ou simplement victimes de troubles psychologiques, et qui n'ont pas les moyens financiers de se défendre devant les tribunaux».

IDENTIFIER les principales questions qui seront traitées collectivement comme suit :

DÉCLARER sous quelles conditions, et avec quels constats de consentement du patient, l'Aide Médicale à Mourir (AMM) est licite au Québec, en interprétant l'Arrêt *Lee Carter* précité et les lois fédérale et québécoise dont les dispositions sont contradictoires et créent de la confusion ainsi que de l'insécurité juridique ;

DÉCLARER quelles sont les balises et les conditions à réunir pour constater hors de tout doute le consentement libre et éclairé du patient demandeur de l'AMM et son application possible à sa situation ;

DECLARER que les établissements de santé, médecins, infirmiers, ou autres intervenants qui pratiquent ou collaborent à l'AMM devront l'afficher publiquement et formellement en avisant chacun des patients avant de les prendre en charge ou de leur prodiguer un soin ou un traitement sans s'y restreindre ;

DÉCLARER que le patient demandeur de l'AMM, membre du Groupe visé, devra avoir un choix réel entre différentes possibilités de soins disponibles pour ne pas souffrir, ou atténuer sa douleur pour la rendre tolérable, afin que l'AMM ne soit pas considérée comme la seule et unique solution qui s'appliquerait à son cas ;

DÉCLARER que le patient qui souffre a le droit fondamental au Québec de recevoir immédiatement les soins appropriés, y compris les soins palliatifs, et pas seulement l'AMM pour mettre fin à sa douleur intolérable ;

DÉCLARER qu'à défaut d'offre publique de soins appropriés, ces soins pourront être offerts en privé ou en dehors du Québec ou du Canada ;

DÉCLARER que tous les frais de soins et de transport, y compris les plus rapides, devront être assumés par les défenderesses ;

DÉCLARER que seront déclarées invalides ou seront suspendues au Québec, les dispositions des Lois canadienne et québécoise qui légalisent l'AMM au Québec, soit les articles 26 à 32 de la loi québécoise concernant les soins de fin de vie et les articles de droit nouveau du Code Criminel, soit les articles 241-2 (1) à (7) et 241-31 (1) à (3.1), qui résultent de la loi fédérale post-arrêt *Lee Carter* de la Cour Suprême du Canada, tant et aussi longtemps que les balises et conditions du consentement libre et éclairé ne seront pas précisées par le jugement déclaratoire à être prononcé, et notamment par le droit au choix entre l'AMM et des soins appropriés effectivement offerts, tels que requis par ledit jugement déclaratoire à être prononcé;

CONDAMNER solidairement les défenderesses à payer à chacun des membres du Groupe la somme de 10 000\$ par jour depuis la mise en œuvre de l'AMM au

Québec, d'une part au titre de dommages punitifs et exemplaires, et d'autre part au titre de dommages compensatoires, en raison de l'absence de balises précises protégeant le consentement libre et éclairé et les critères de mise en œuvre de l'AMM à l'égard des patients demandeurs, ainsi qu'en raison des atteintes illicites aux droits garantis, soit 20 000\$ par jour pour chacun des membres du Groupe visé;

CONDAMNER solidairement les Défenderesses à payer à la Demanderesse et à chacun des membres du Groupe visé les intérêts au taux légal, majoré de l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du Code civil du Québec, à compter de la signification des présentes ;

RENDRE toute ordonnance que cette Cour estimera appropriée et toute autre réparation qu'elle pourra estimer juste ;

ORDONNER le recouvrement collectif du montant total des réclamations précitées ;

ORDONNER que les réclamations des membres du Groupe soient l'objet de liquidations individuelles, conformément à l'article 596 du Nouveau code de procédure civile ;

CONDAMNER solidairement les Défenderesses à tout autre remède jugé approprié dans les circonstances ;

ORDONNER par injonction interlocutoire, puis permanente, la suspension au Québec des dispositions des Lois québécoises et canadiennes qui légalisent l'AMM, soit des articles 26 à 32 de la loi québécoise concernant les soins de fin de vie et des articles de droit nouveau du Code Criminel, soit les articles 241-2 (1) à (7) et 241-31 (1) à (3.1), qui résultent de la loi fédérale post- Arrêt *Lee Carter* de la Cour Suprême du Canada, tant et aussi longtemps que le patient ne sera pas protégé par des balises et conditions précises de consentement libre et éclairé, ainsi que par le droit au choix entre l'AMM et des soins appropriés

effectivement offerts, tels que requis par le jugement déclaratoire à être prononcé;

DIRE que la demanderesse pourra demander une injonction interlocutoire et permanente en lien avec les objectifs la présente procédure ;

ORDONNER la publication d'un avis aux membres dans les termes, par le moyen et à une date que cette Honorable Cour verra à déterminer, ou dans les quotidiens le Journal de Montréal, le Devoir, The Gazette, Métro, 24 heures, ainsi que dans le Journal de Québec et le Soleil, et dans tous les journaux régionaux appropriés ;

DÉCLARER qu'à moins d'exclusion, les membres du Groupe seront liés par tout jugement à intervenir sur l'action collective de la manière prévue par la Loi ;

FIXER le délai d'exclusion à soixante (60) jours après la date de publication de l'avis aux membres, délai à l'expiration duquel les membres du Groupe qui ne se seront pas prévalus des moyens d'exclusion seront liés par tout jugement à intervenir ;

RÉFÉRER le dossier à l'Honorable Juge en chef ou Juge en chef associé, ou Juge coordinateur de cette Cour pour la détermination du district judiciaire dans lequel l'action collective devra être exercée et pour désignation du Juge pour l'entendre.

ORDONNER au greffier de cette Honorable Cour, pour le cas où l'action collective doit être exercée dans un autre district, de transmettre le dossier, dès décision du Juge en chef, au greffier de cet autre district ;

LE TOUT respectueusement soumis, avec frais de justice, y compris pour les dépens, y compris les frais d'expertises, les frais d'avis et les frais relatifs aux modalités d'exécution du jugement à intervenir.

LE TOUT RESPECTUEUSEMENT SOUMIS

MONTREAL, le décembre 2016

CMKZ, Me Gérard Samet, avocat
COLAS, MOREIRA, KAZANDJIAN, ZIKOVSKY

Procureurs de la demanderesse

AVIS D'ASSIGNATION

(Articles 145 et suivants C.p.c.)

À :

-PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC, ayant une place d'affaires au 1, rue Notre-Dame est, bureau 800, en la ville de Montréal, district judiciaire de Montréal, province de Québec, H2Y 1B6

Et

-PROCUREURE GÉNÉRALE DU CANADA, ayant une place d'affaires au 200, René-Lévesque Ouest, 9^e étage, en la ville de Montréal, district judiciaire de Montréal, province de Québec, H2Z 1X4

Défenderesses

Et

-DOCTEUR PAUL J. SABA, demeurant et domicilié au 72, 51^{ième} avenue, Lachine, Province de Québec, district de Montréal, H8T 2W2

Mis en cause par le présent acte d'intervention dans le seul but qu'il puisse participer au débat lors de l'instruction et de permettre ainsi par sa présence une solution complète au litige.

Dépôt d'une demande en justice

PRENEZ AVIS que la présente demande introductive d'instance en autorisation d'intenter une action collective et pour l'obtention du statut de représentante, a été déposée et sera présentée pour adjudication devant cette Honorable Cour Supérieure, au Palais de justice de Montréal, 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, (QC), H2Y 1B6, district judiciaire de Montréal, à la date fixée par le juge coordinateur de la chambre des actions collectives.

Réponse à cette demande

Vous devez répondre à cette demande par écrit, personnellement ou par avocat, au palais de justice de Montréal situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, (QC), H2Y 1B6, dans les 15 jours de la signification de la présente demande ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les 30 jours de celle-ci. Cette réponse doit être notifiée à l'avocat du demandeur ou, si ce dernier n'est pas représenté, au demandeur lui-même.

Défaut de répondre

Si vous ne répondez pas dans le délai prévu, de 15 ou de 30 jours, selon le cas, un jugement par défaut pourra être rendu contre vous sans autre avis dès l'expiration de ce délai et vous pourriez, selon les circonstances, être tenu au paiement des frais de justice.

Contenu de la réponse

Dans votre réponse, vous devez indiquer votre intention, soit :

- de convenir du règlement de l'affaire ;
- de proposer une médiation pour résoudre le différend ;
- de contester cette demande et, dans les cas requis par le Code, d'établir à cette fin, en coopération avec le demandeur, le protocole qui régira le déroulement de l'instance. Ce protocole devra être déposé au greffe de la Cour du district mentionné plus haut dans les 45 jours de la signification du présent avis ou, en matière familiale, ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les trois mois de cette signification ;
- de proposer la tenue d'une conférence de règlement à l'amiable.

Cette réponse doit mentionner vos coordonnées et, si vous êtes représenté par un avocat, le nom de celui-ci et ses coordonnées.

Changement de district judiciaire

Vous pouvez demander au tribunal le renvoi de cette demande introductive d'instance dans le district où est situé votre domicile ou, à défaut, votre résidence ou, le domicile que vous avez élu ou convenu avec le demandeur.

Si la demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale et que vous êtes le consommateur, le salarié, l'assuré, le bénéficiaire du contrat d'assurance ou le débiteur hypothécaire, vous pouvez demander ce renvoi dans le district où est situé votre domicile ou votre résidence ou cet immeuble ou encore le lieu du sinistre. Vous présentez cette demande au greffier spécial du district territorialement compétent après l'avoir notifiée aux autres parties et au greffe du tribunal qui en était déjà saisi.

Transfert de la demande à la Division des petites créances

Si vous avez la capacité d'agir comme demandeur suivant les règles relatives au recouvrement des petites créances, vous pouvez également communiquer avec le greffier du tribunal pour que cette demande soit traitée selon ces règles. Si vous faites cette demande, les frais de justice du demandeur ne pourront alors excéder le montant des frais prévus pour le recouvrement des petites créances.

Convocation à une conférence de gestion

Dans les 20 jours suivant le dépôt du protocole mentionné plus haut, le tribunal pourra vous convoquer à une conférence de gestion en vue d'assurer le bon déroulement de l'instance. À défaut, ce protocole sera présumé accepté.

PIÈCES AU SOUTIEN DE LA DEMANDE

Au soutien de sa demande introductive d'instance, la partie demanderesse invoque les pièces suivantes :

D-1 : Article du Journal Le Devoir en date du 6 décembre 2016 ;

D-2 : livre du doyen Montero ;

D-3 : textes de Santé Canada et de l'OMS sur les soins palliatifs ;

D-4 : Rapport sur l'offre de soins palliatifs, rédigé en 2010, avec la préface du Docteur Couillard, ministre de la Santé ;

D-5 : Jugement Dupuis Pierre c. CSSS Pierre Boucher en date du 4 avril 2014 ;

D-6 : Déclaration de Lisa d'Amico en commission parlementaire de l'Assemblée Nationale du Québec (24 septembre 2013) ;

D-7 : Document sur la pratique de l'Euthanasie en Belgique ;

D-8 : Déclaration du Docteur Paul Saba en commission parlementaire de l'Assemblée Nationale du Québec (24 septembre 2013);

D-9 : Rapport Mourir dans la Dignité (mars 2012) ;

D-10 : Politique sur les soins palliatifs en fin de vie ;

D-11 : Rapport du Protecteur du Citoyen sur l'accès aux soins palliatifs ;

D-12 : Mémoire de la CSQ sur l'accessibilité des soins de fin de vie ;

D-13 : Dossier sur la violation du consentement de madame D'Amico par un intervenant de son CLSC ;

D-14 : Le consentement aux soins par Me Hélène Guay.

D-4 et **D-10** représentent deux parties du même rapport.

Ces pièces sont disponibles sur demande.

Demande accompagnée d'un avis de présentation

S'il s'agit d'une demande présentée en cours d'instance ou d'une demande visée par les Livres III, V, à l'exception de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409, ou VI du Code, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise ; toutefois, une telle demande doit être accompagnée d'un avis indiquant la date et l'heure de sa présentation.

VEUILLEZ AGIR EN CONSÉQUENCE

MONTRÉAL, le 6 décembre 2016

CMKZ, COLAS, MOREIRA, KAZANDJIAN, ZIKOVSKY

Procureurs du demandeur

