



Mémoire de la British Columbia Civil Liberties Association

concernant l'affaire *Carter c. Canada* et l'exclusion inconstitutionnelle de « maladie mentale » du projet de loi C-7

présenté au Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles

en vue de son étude du projet de loi C-7

Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois  
(aide médicale à mourir)

Le 1<sup>er</sup> décembre 2020

Joseph J. Arvay, OC, OBC, c.r., avocat principal dans *Carter c. Canada*  
M<sup>me</sup> Grace Pastine, directrice des litiges de la British Columbia Civil  
Liberties Association

## L'exclusion de « maladie mentale » du projet de loi C-7 ne respecte pas l'arrêt *Carter*

### Aperçu

Le projet de loi C-7 est une mesure législative essentielle qui propose des changements législatifs pour lesquels nous nous battons depuis longtemps. Cependant, il présente des lacunes fondamentales. Il faut l'amender en supprimant l'interdiction absolue imposée aux personnes dont la seule condition médicale invoquée est la « maladie mentale » de se prévaloir de l'aide médicale à mourir (« AMM »). La maladie mentale ne doit pas être exclue de la définition « d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables » comme le propose le paragraphe 241.2(2.1).

Cette interdiction absolue va à l'encontre de l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Carter c. Canada (Procureur général, 2015 CSC 5 (« Carter »)*. Elle est donc inconstitutionnelle. Empêcher toutes les personnes souffrant de « maladie mentale » de choisir l'aide à mourir, peu importe l'intensité de leurs souffrances ou à quel point leur maladie est grave ou irrémédiable, et sans égards à la compétence ou au volontarisme de leur décision ignore un droit de la personne octroyé par la Cour suprême du Canada. En bref, le gouvernement doit soutenir les droits de la personne dans le contexte de la santé mentale au lieu de stigmatiser et d'abandonner ceux et celles qui souffrent de troubles mentaux.

### L'histoire de Brenda

Brenda est un exemple probant des personnes laissées pour compte par le projet de loi C-7. Elle a raconté son histoire devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique durant l'audience de Julia Lamb afin d'appuyer cette dernière dans sa lutte contre l'interdiction imposée par la loi sur l'AMM aux personnes dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible.

Brenda est mariée depuis 48 ans, mère de trois enfants et enseignante à la retraite. Elle souffre d'une forme grave d'encéphalo-myélite myalgique, ou syndrome de fatigue chronique. Elle

souffre aussi de douleurs chroniques. Chaque jour, Brenda vit avec de la fatigue et des douleurs débilitantes.

Elle a essayé tous les médicaments d'ordonnance et traitements qu'on lui a offerts dans les dix dernières années, mais aucun médecin ne peut déterminer la cause de ses douleurs et de sa fatigue. Elle a consulté de nombreux médecins, dont des spécialistes en neurologie, gynécologie, rhumatologie et médecine interne. Elle a essayé plus de 80 médicaments différents.

Brenda a demandé l'aide médicale à mourir, mais son médecin lui a dit qu'elle n'y était pas admissible, car sa mort naturelle n'est pas « raisonnablement prévisible ». L'histoire de Brenda est importante, car même si la législation proposée supprime le critère voulant que la mort d'une personne soit raisonnablement prévisible, Brenda peut être exclue de la loi s'il est jugé qu'elle souffre uniquement d'une condition mentale invoquée. Un de ses médecins lui a en effet diagnostiqué un trouble somatoforme, soit une maladie mentale caractérisée par des symptômes physiques dont la cause ne peut être déterminée. Même si la plupart de ses médecins s'entendent pour dire qu'elle souffre d'un problème de santé (plutôt qu'un trouble psychiatrique), ils ne s'entendent pas sur la façon de diagnostiquer le mode de présentation ambigu de ses symptômes.

Le fait reste que Brenda n'a pas espoir d'échapper à ses douleurs et à ses souffrances. Dans sa déclaration sous serment, elle écrit qu'elle a récemment pensé au suicide :

J'ai récemment fait des lectures sur comment m'enlever la vie et je pense avoir accumulé suffisamment de médicaments pour y arriver. J'ai cependant peur d'échouer et de me retrouver, aussi impossible que cela puisse paraître, dans une situation pire que celle que je vis maintenant. Cette possibilité m'enlève tous mes moyens. Je n'ai pas peur de la mort, mais l'idée de vivre avec des douleurs supplémentaires me terrifie. [TRADUCTION]

L'histoire de Brenda fait notamment la lumière sur le diagnostic arbitraire que reçoivent certains patients, soit médical ou psychiatrique. Qui plus est, elle démontre à quel point la division d'une maladie en diagnostics psychiatriques et médicaux peut s'avérer futile si aucun ne parvient à soulager les souffrances du patient. Le projet de loi C-7 renforce malheureusement ce point de vue dualiste.

Pour Brenda, se voir refuser le droit de choisir une mort douce constitue une cruelle injustice. Elle écrit :

Il doit évidemment y avoir des restrictions quant à l'accès à l'AMM, mais je trouve incompréhensible qu'une personne comme moi qui, malgré tous les efforts possibles, est victime de douleurs débilantes quotidiennes, sans espoir d'amélioration, soit inadmissible. Soit, mes troubles n'appartiennent pas à une catégorie bien définie et ne sont pas aussi bien compris que le sont d'autres maladies comme le cancer, mais mes symptômes sont bien réels et m'infligent une véritable torture. Comment pouvons-nous dire que nous sommes une société humaniste lorsque moi-même et d'autres personnes comme moi sommes obligées de souffrir? [TRADUCTION]

Brenda nous a autorisés à joindre l'intégralité de sa déclaration sous serment au présent mémoire. Même si les informations qu'il contient sont profondément personnelles, Brenda s'ouvre dans l'espoir d'avoir un impact positif sur la loi afin qu'elle soit modifiée en sa faveur et celle d'autres personnes comme elle.

L'expression « maladie mentale », telle qu'utilisée dans le projet de loi C-7, est indéfinie et portera à confusion

L'expression « maladie mentale » n'est pas définie dans le projet de loi C-7 et elle est exempte de définition générale ou clinique acceptée. Dans la loi, ce manque de clarté portera à confusion et menacera les droits de plusieurs Canadiens qui peuvent actuellement se prévaloir de l'AMM s'ils satisfont aux critères d'admissibilité stricts établis.

La législation proposée stipule que pour être admissible à l'AMM, une personne doit souffrir de « problèmes de santé graves et irrémédiables » et satisfaire aux critères d'admissibilité suivants :

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

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

juge acceptables;

d) 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.

L'amendement proposé avance que : « (2.1) Pour l'application de l'alinéa (2)a), **la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap.** » [non souligné dans l'original].

Le comité d'experts sur l'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué devait examiner les considérations uniques des personnes touchées par la « maladie mentale » dans le contexte de l'AMM.<sup>1</sup> Le comité a choisi d'utiliser l'expression « trouble mental » parce qu'elle représente selon lui ce qui est utilisé dans les pratiques médicale clinique et légale. Le comité a fait remarquer que l'on utilise l'expression « trouble mental » dans les deux principaux systèmes de classification en vigueur en psychiatrie, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la Santé (ICD10) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-5).<sup>2</sup>

Par opposition, l'expression « maladie mentale » n'a pas de définition médicale clinique ni légale acceptée.

Plusieurs troubles mentaux pourraient être considérés comme des « maladies mentales » au titre de la loi, dont les suivants :

- a. la maladie de Huntington;
- b. les troubles somatoformes;
- c. la maladie d'Alzheimer;
- d. la démence;
- e. l'autisme;
- f. les troubles d'anxiété, de l'humeur, psychotiques, de personnalité et de l'alimentation.

---

<sup>1</sup> Conseil des académies canadiennes, 2018. *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué.* Ottawa (Ontario) : Le comité d'experts sur l'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué.

<sup>2</sup> Ibid. p. 6

Le projet de loi C-7 n'instruit aucunement les médecins, les infirmiers praticiens et les patients quant aux troubles qui rendent inadmissibles à l'AMM, ce qui portera à confusion et fera planer les doutes. La preuve présentée au tribunal dans *Carter* incluait notamment le témoignage de personnes dont la seule condition invoquée est un trouble mental, dont Nagui Marcos, qui souffre de la maladie de Huntington.

Les médecins ne considèrent actuellement *pas* que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démence sont exclues de l'AMM si elles répondent aux mesures de sauvegarde rigoureuses préalables. Le projet de loi C-7 remet leur admissibilité en question.

### *Carter c. Canada* fixe les exigences constitutionnelles minimales

Dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a fixé les exigences constitutionnelles « minimales » et non « maximales » à remplir pour assurer le respect des droits de tous les Canadiens. Cela signifie que, bien que le Parlement puisse élargir la portée des droits à l'aide médicale à mourir au-delà des paramètres fixés par la Cour (par exemple, permettre aux infirmiers praticiens d'offrir l'AMM), il ne peut pas les restreindre.

Le premier paragraphe de l'arrêt *Carter* nous instruit, car il situe le contexte dans lequel la décision a été prise :

Au Canada, le fait d'aider une personne à mettre fin à ses jours constitue un crime. Par conséquent, les personnes gravement et irrémédiablement malades ne peuvent demander l'aide d'un médecin pour mourir et peuvent être condamnées à une vie de souffrances aiguës et intolérables. Devant une telle perspective, deux solutions s'offrent à elles : soit mettre fin prématurément à leurs jours, souvent par des moyens violents ou dangereux, soit souffrir jusqu'à ce qu'elles meurent de causes naturelles. Le choix est cruel.

Durant le procès *Carter*, les demandeurs ont contesté l'interdiction absolue imposée par le droit criminel sur l'aide médicale à mourir, et le tribunal l'a déclarée inconstitutionnelle. Cette prohibition était absolue puisqu'elle s'appliquait à toutes les personnes souffrant de conditions médicales : en phase terminale ou non, handicapées ou non, adultes ou personnes âgées, en stade précoce ou avancé, et maladies irrémédiables ou remédiables par des moyens personnellement

inacceptables seulement, peu importe si ces personnes étaient en mesure de prendre des décisions ou non.

L'interdiction de la loi était « absolue », car elle ne permettait pas d'évaluer l'admissibilité individuelle des patients à l'aide médicale à mourir. Elle était « absolue » parce qu'elle ne faisait pas la distinction entre les personnes « vulnérables » et celles qui avaient le droit de faire leur propre choix.

Le Canada s'est défendu contre cette proposition, argumentant que personne ne peut faire l'objet d'une vérification fiable en matière d'admissibilité, et qu'il serait particulièrement impossible de contrôler celle de certains groupes, dont les personnes handicapées et âgées; une loi permissive leur ferait ainsi courir un risque particulier. Cela renforce l'idée qu'une loi qui autorise l'aide à mourir aurait des conséquences sociales négatives.

Sur la base de données probantes complètes, la Cour suprême du Canada a conclu que toutes les personnes pouvaient être individuellement évaluées pour déterminer si elles étaient en mesure de prendre, pour elles-mêmes, la décision médicale de mettre fin à leurs jours. Le tribunal a aussi conclu que les conséquences sociales négatives suggérées par le Canada n'étaient ni appuyées par des preuves ni acceptées, mais qu'il s'agissait plutôt d'informations de nature spéculative non convaincantes. C'est ainsi qu'il a présenté une déclaration d'inconstitutionnalité.

Le Parlement a réagi à ladite déclaration d'inconstitutionnalité en édictant le projet de loi C-14, *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. Cette loi ne permet qu'à une sous-catégorie de personnes atteintes d'être évaluées au cas par cas et elle continue ainsi à soumettre celles qui ne font pas partie de ce groupe autorisé par la loi à une interdiction absolue, à savoir que les personnes exclues sont toujours jugées « vulnérables au point de vue décisionnel » et à ce titre, leur admissibilité ne peut pas faire l'objet d'une évaluation individuelle.

Formellement, l'exclusion de la sous-catégorie se fondait sur certaines des conséquences sociales spécifiquement soulevées et traitées dans *Carter* (voir Contexte législatif : aide médicale à mourir [projet de loi C-14] – Addendum : « Justification de l'approche adoptée dans le projet de loi C-

14 »).<sup>3</sup>

En 2016, la BCCLA a contesté la constitutionnalité de la nouvelle loi sur l'aide à mourir, le projet de loi C-14, *Lamb c. Canada* (« *Lamb* »).<sup>4</sup> La BCCLA a déposé cette contestation avec Julia Lamb, une femme maintenant âgée de 28 ans et originaire de la Colombie-Britannique qui est atteinte de la maladie d'Aran-Duchenne, une maladie progressive et dégénérative, sur le motif que la loi limitait l'accès à l'aide à mourir aux Canadiens dont la mort naturelle était devenue « raisonnablement prévisible ».

Peu de temps après, en 2017, les Québécois Jean Truchon et Nicole Gladu, deux Canadiens atteints de maladies graves à l'origine d'intolérables souffrances, ont contesté la loi dans des termes semblables. Leur contestation a mené à l'arrêt de 2019 de la Cour supérieure du Québec dans *Truchon c. Canada* (« *Truchon* »)<sup>5</sup>, voulant que les lois du Canada et du Québec sur l'aide médicale à mourir soient inconstitutionnelles, car incompatibles avec *Carter*, et qu'elles portent atteinte à la *Charte* des droits de M. Truchon et de M<sup>me</sup> Gladu.

Moins de deux semaines plus tard, Julia Lamb et la BCCLA ont ajourné leur cause sur l'aide médicale à mourir. Julia en a fait la demande lorsque le témoin expert du gouvernement du Canada a admis que Julie était maintenant admissible à l'aide médicale à mourir si elle en faisait la demande. Si l'on en croit le témoignage non contesté de l'expert du gouvernement, les médecins du Canada qui aident leurs patients à mettre fin à leur vie conviennent clairement que la loi ne stipule pas qu'une personne doive se trouver au seuil de la mort.

En réaction à l'arrêt *Truchon* et dans la foulée de l'ajournement de l'affaire *Lamb*, le gouvernement fédéral a une fois de plus déposé une législation adaptée : le projet de loi C-7, *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, soit la législation à l'étude. Le gouvernement fédéral est d'opinion que cette fois, sa nouvelle loi passera l'examen de la *Charte*. Nous ne sommes pas d'accord. La nouvelle loi ne répond pas aux critères constitutionnels minimaux établis dans *Carter*.

Lorsque le gouvernement fédéral a édicté le projet de loi C-14 en juin 2016, ses représentants ont

---

<sup>3</sup> Ministère de la Justice, Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14) – Addendum : *Gouvernement du Canada*, 15 juillet 2016. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/addend/index.html>

<sup>4</sup> *Lamb v. Attorney General of Canada*, SCBC (Dossier n° S165851, Greffe : Vancouver)

<sup>5</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792

déclaré que la portée de l'arrêt *Carter* se limitait aux personnes dont les « situations de fait » s'apparentaient à celles de Gloria Taylor, la principale demanderesse dans *Carter*, une femme souffrant de SLA. Le gouvernement affirme maintenant que l'arrêt *Carter* ne s'applique pas aux personnes atteintes de « maladie mentale ». <sup>6</sup> Ces affirmations reposent sur une interprétation particulière de *Carter*, interprétation que plusieurs tribunaux ont maintes fois rejetée.

Après *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2016 CSC 4, (« *Carter 2016* »), lors d'audiences portant sur des exemptions individuelles, le procureur général du Canada (« PGC ») s'est opposé aux demandes d'exemption en avançant que la portée de la déclaration de *Carter* était étroitement limitée à un sous-groupe de personnes, soit celles à qui l'accès à l'AMM fut éventuellement octroyé en vertu du projet de loi C-7. Dans une de ces demandes, le PGC a affirmé que la portée de la déclaration *Carter*, et conséquemment de la dispense d'exemption *Carter 2016*, se limitait aux malades en phase terminale et excluait formellement les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Cet argument est tombé devant la Cour du banc de la Reine de l'Alberta et la Cour d'appel de l'Alberta. <sup>7</sup> Cette contestation judiciaire fut déposée par E.F., une femme ayant reçu l'AMM alors que sa seule condition médicale invoquée était un trouble mental (E.F. souffrait du trouble de conversion, aussi appelé trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle). <sup>8</sup> Le juge saisi de la requête a déterminé que même si elle souffrait d'un trouble mental, E.F. pouvait prendre une décision éclairée et demander de façon volontaire d'avoir recours à l'aide médicale à mourir, et qu'elle satisfaisait aux critères établis par *Carter*.

La Cour d'appel de l'Alberta a rejeté à l'unanimité l'argument du PGC voulant que les maladies psychiatriques soient exclues. Elle a plutôt conclu que l'arrêt *Carter* s'appliquait aux personnes dont la seule condition invoquée était un trouble mental et qui répondaient autrement aux critères de *Carter*. Au paragraphe 59, la Cour écrit :

[TRADUCTION] « Comme on peut le voir, dans *Carter 2015*, la question de savoir si les conditions psychiatriques devraient être exclue de la déclaration d'invalidité était

---

<sup>6</sup> En voir un exemple : ministère de la Justice, Énoncé concernant la Charte : *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) (C-7)*, gouvernement du Canada, 21 octobre 2020.

<sup>7</sup> <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/charte-charter/c7.html>

<sup>8</sup> *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155 [E.F.]

<sup>8</sup> *Ibid.*, par. 7

carrément devant le tribunal; néanmoins, la Cour a refusé de faire une telle exclusion expresse dans le cadre de ses critères soigneusement élaborés. Notre tâche, ainsi que celle du juge saisi de la requête, n'est pas de réitérer ces questions, mais d'appliquer la critères établis par la Cour suprême en fonction de la situation individuelle du demandeur. Les critères énoncés au paragraphe 127 et les garanties qui y sont intégrées sont le résultat d'un équilibre prudent entre les intérêts importants de la société et les protections de la Charte, dont nous jouissons tous. un équilibre prudent entre les intérêts importants de la société et les protections de la Charte, nous tous apprécions. Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique ne sont pas explicitement ou implicitement exclues si elles répondent aux critères. »

Le PGC n'a pas interjeté appel de cette décision.

Il a proposé ensuite le même argument, à savoir que la portée de la déclaration *Carter* était étroitement limitée à un sous-groupe de personnes, devant la Cour supérieure de justice de l'Ontario.<sup>9</sup> Il a perdu là aussi et n'a pas interjeté appel. L'argument est aussi tombé dans *Truchon* et une fois de plus, aucun appel n'a été interjeté. Il est important de souligner que le Canada n'a pas, comme lui seul sait le faire, renvoyé la question de la portée pertinente de *Carter* devant la Cour suprême du Canada pour avoir son opinion.<sup>10</sup> Il a plutôt continué de soumettre son argument à l'opinion publique et à celle des sénateurs et des députés.

Le gouvernement fédéral maintient la position que *Carter* exclut les troubles psychiatriques des paramètres de ses motifs.<sup>11</sup> Cet argument particulier a été rejeté par la Cour du banc de la Reine de l'Alberta et la Cour d'appel de l'Alberta dans *E.F.*<sup>12</sup> Ces tribunaux ont déterminé que la Cour suprême du Canada a formellement refusé d'exclure les maladies psychiatriques de ses motifs. Ils ont plutôt conclu que la capacité décisionnelle et la vulnérabilité d'une personne peuvent être évaluées à l'aide des procédures que les médecins utilisent déjà pour évaluer le consentement éclairé et la capacité décisionnelle de leurs patients dans un contexte médical plus global. À ce sujet, la Cour d'appel de l'Alberta a unanimement conclu que : « Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique ne sont pas formellement ni indirectement exclues si elles répondent aux critères [de *Carter*]. »<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> *I.J. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3380 [**I.J.**]

<sup>10</sup> *Loi sur la Cour suprême*, L.R.C. (1985), ch. S-26, art. 53

<sup>11</sup> Ministère de la Justice, Énoncé concernant la Charte : *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* (C-7), gouvernement du Canada, 21 octobre 2020. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/charte-charter/c7.html>

<sup>12</sup> *E.F.* paragraphes 47 à 59

<sup>13</sup> *E.F.* paragraphe 59

## Le motif du litige dans *Carter*

La question de l'exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux des paramètres de ses motifs était au cœur du débat devant la Cour suprême du Canada et des éléments de preuve qui lui ont été présentés. Les questions suivantes ont été plaidées en long et en large : l'évaluation fiable de l'admissibilité des personnes vulnérables; l'impact d'un refus sur les personnes souffrantes; et déterminer si les données probantes des régimes étrangers peuvent nous aider à conclure de la façon dont le système canadien opèrerait.

En avril 2011, la BCCLA et quatre personnes directement touchées ont contesté les dispositions du *Code criminel* qui, à l'époque, imposaient une interdiction absolue à l'aide médicale à mourir à toutes les personnes vivant au Canada.

La BCCLA fut autorisée à contester en tant que demandeur institutionnel sur la base que la question du caractère constitutionnel de l'aide médicale à mourir concernait tous les Canadiens, y compris les milliers de membres de la BCCLA, et qu'il était déraisonnable de s'attendre à ce que les personnes souffrant de problèmes de santé graves et irrémédiables, celles atteintes de maladies souvent en phase terminale, tentent ainsi de plaider en leur nom.<sup>14</sup>

Les demandeurs dans *Carter* étaient et représentaient des personnes atteintes de problèmes de santé en phase terminale et non terminale. Kay Carter souffrait d'un problème de santé (sclérose du canal rachidien lombaire) qui n'était ni « incurable » (mais pour lequel elle a refusé une chirurgie) ni terminal (soit qu'elle aurait pu survivre indéfiniment). Le D<sup>r</sup> Shoichet s'est dit privé de la liberté d'aider toute personne gravement et irrémédiablement malade à mettre fin à ses jours.

Les preuves devant le tribunal dans *Carter* incluaient les témoignages de personnes atteintes de problèmes de santé en phase terminale et non terminale, dont celles pour qui la mort naturelle n'était pas « raisonnablement prévisible », notamment Tony Nicklinson (« locked in syndrome » ou syndrome de verrouillage) et Elayne Shapray (sclérose en plaques), ainsi que d'autres dont la seule condition médicale invoquée était un trouble mental, dont Nagui Marcos (maladie de Huntington).<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Motifs du jugement, *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (Dossier n° S112688, Greffé : Vancouver), 15 juin 2012, paragraphes ¶¶86-87 et 98-99. [Motifs du procès]

<sup>15</sup> En voir un exemple : *Ibid.*, paragraphe ¶ 1041

**i. Procès *Carter***

Les demandeurs dans *Carter* déclaraient que :

- a. dans la mesure où le droit criminel interdit toute assistance aux adultes compétents gravement et irrémédiablement malades voulant, en toute connaissance de cause, se prévaloir de l'aide médicale à mourir, il va à l'encontre de l'art. 7 de la *Charte*;
- b. dans la mesure où le droit criminel interdit toute assistance aux adultes compétents lourdement handicapés physiquement et gravement et irrémédiablement malades voulant se prévaloir, en toute connaissance de cause, de l'aide médicale à mourir, et imposant de la sorte un fardeau disproportionné aux personnes handicapées, il va à l'encontre de l'art. 15 de la *Charte*.<sup>16</sup>

Le groupe demandeur principal<sup>17</sup> en faveur de la *Charte* dans *Carter* était composé de personnes qui satisfaisaient aux « critères *Carter* », soit parce qu'elles :

- a. étaient compétentes (aptes à prendre la décision de mettre fin à leurs jours en contexte de soins);
- b. étaient informées;
- c. étaient adultes;
- d. souffraient d'un problème de santé (maladie, affection ou handicap) grave et irrémédiable (dans le contexte des traitements qui leur étaient acceptables);
- e. agissaient de façon volontaire.

Les parties intimées dans *Carter* étaient le PGC et le procureur général de la Colombie-Britannique.

---

<sup>16</sup> Avis de poursuite civile modifié, *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (Dossier n° S112688, Greffe : Vancouver), 15 août 2011

<sup>17</sup> Les demandeurs qui invoquent l'article 15 devant satisfaire tous les critères *Carter*, et être atteints d'un handicap physique lourd les empêchant de mettre fin à leurs jours sans assistance.

Une preuve d'envergure fut présentée en vue de ce procès. La preuve d'expert était particulièrement volumineuse et détaillée. Les principaux experts du PGC furent contre-interrogés par les appelants, le plus souvent devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique. L'intégralité de la preuve a été étudiée par la juge de première instance, qui en a soigneusement tenu compte dans le contexte de toutes les données probantes à disposition, et qui a formulé ses constatations sur la base, *notamment* de ses évaluations de l'impartialité et de l'expertise relative de l'ensemble des éléments de preuve.

Les demandeurs dans *Carter* prirent la position qu'il était possible d'évaluer de manière fiable la conformité des personnes voulant se prévaloir de l'aide médicale à mourir en tant que traitement médical aux critères de *Carter*, que la loi peut et doit donner droit à ladite vérification.

En réponse à la position des demandeurs dans *Carter*, le PGC a notamment :

- a. réfuté l'idée que l'évaluation fiable de la conformité aux critères *Carter* était possible (surtout concernant les personnes ayant un handicap physique et celles atteintes de troubles psychiatriques);
- b. affirmé qu'un régime permissif véhiculerait notamment des messages négatifs voulant que le suicide soit une solution, et sur la valeur de la vie des personnes handicapées.

En particulier, et ces propos sont consignés dans la réponse aux procédures de *Carter*, le PGC a affirmé, notamment, ce qui suit (partie 1, division 3) :

- a. les personnes qui souffrent de maladie ou de handicap sont vulnérables et peuvent être persuadées de choisir la mort,<sup>18</sup> et ce type de persuasion peut être extrêmement subtil et involontaire;<sup>19</sup>
- b. il s'avère difficile, voire impossible d'évaluer le volontarisme ou la qualité des décisions prises par les personnes handicapées qui choisissent l'aide médicale à

---

<sup>18</sup> Avis de poursuite civile modifié, *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (Dossier n° S112688, Greffe : Vancouver), 16 septembre 2011, p. 30, ¶12.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 30-31, ¶¶ 13-14

mourir;<sup>20</sup>

- c. la légalisation sur l'aide à mourir suggérerait que « le gouvernement tolère que les personnes qui souffrent d'une maladie ou d'un handicap choisissent la mort, et/ou les y encouragent »<sup>21</sup>;
- d. des personnes pourraient demander l'aide à mourir sur la base d'un diagnostic erroné ou d'un traitement inapproprié.<sup>22</sup>

Une longue preuve a été déposée devant le tribunal de première instance de *Carter* relativement aux faits litigieux.

En particulier, le PGC a notamment mis en preuve :

- a. les témoignages de nombreux experts en suicide et en prévention du suicide : les D<sup>rs</sup> Mishara,<sup>23</sup> Heisel,<sup>24</sup> et Hendin<sup>25</sup>;
- b. des éléments de preuve cherchant à démontrer que les personnes handicapées sont vulnérables et ainsi plus aptes à être encouragées à mettre fin à leurs jours ou à être incorrectement autorisées à le faire sans le vouloir vraiment si l'aide médicale à mourir était permise, et surtout, la preuve de la professeure Frazee;<sup>26</sup>
- c. des éléments de preuve cherchant à démontrer que les troubles cognitifs, y compris les maladies psychiatriques et la dépression, annulent l'efficacité des évaluations de la compétence : D<sup>r</sup> Sheldon.<sup>27</sup>

Il est aussi remarquable que durant le procès, le PGC ait affirmé que les lois *Carter* avaient les objectifs suivants :

[TRADUCTION] « [...] le Canada pose ces objectifs pour la législation : (1) préserver la vie en ne tolérant pas qu'on l'enlève; (2) protéger les personnes et la société contre les

---

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 31, ¶¶ 15

<sup>21</sup> *Ibid.*, paragraphe 19

<sup>22</sup> *Ibid.*, paragraphe 20

<sup>23</sup> Motifs du procès, paragraphes 766, 800

<sup>24</sup> *Ibid.*, paragraphes 768, 812

<sup>25</sup> *Ibid.*, paragraphes 794, 796

<sup>26</sup> *Ibid.*, paragraphes 848-53

<sup>27</sup> *Ibid.*, paragraphe 776

préjudices, y compris : a) protéger les personnes vulnérables qui peuvent être incitées à se suicider dans un moment de faiblesse; b) protéger la relation entre le médecin et ses patients; c) prévenir toute répercussion négative sur les soins palliatifs; d) éviter que des messages négatifs soient véhiculés sur la valeur de la vie humaine, surtout celle des personnes handicapées.<sup>28</sup> »

Dans les mémoires écrits du PGC présentés au procès le 14 novembre 2011, ce dernier :

- a. avance que l'autorisation de l'aide médicale à mourir ne cadrerait pas avec l'objectif du gouvernement de réduire le taux de suicide;<sup>29</sup>
- b. affirme qu'il est nécessaire de protéger les populations particulièrement vulnérables, « dont les communautés autochtones et les personnes âgées » contre le suicide;<sup>30</sup>
- c. affirme que certaines populations sont particulièrement à risque de connaître une mort injustifiée en raison de leurs situations personnelles, notamment des handicaps physiques et mentaux, des maladies liées à l'âge ou l'indifférence sociale et l'isolement;<sup>31</sup>
- d. avance que le diagnostic de trouble cognitif et de compétence est plus complexe si la personne concernée a des troubles physiques et psychiatriques concomitants ou des troubles psychiatriques graves;<sup>32</sup>
- a. reconnaît que l'affaire n'était *pas* restreinte aux malades en phase terminale;<sup>33</sup>
- b. affirme que les idées préconçues sur les personnes handicapées pourraient avoir une incidence sur l'évaluation de leur admissibilité;<sup>34</sup>
- c. avance que les personnes souffrant de maladies qui peuvent être traitées ne

---

<sup>28</sup> *Ibid.*, paragraphe 1187 [non souligné dans l'original]; voir Mémoires écrits du procureur général du Canada, *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (Dossier n° S112688, Greffe : Vancouver), 8 décembre 2011.

<sup>29</sup> Mémoires écrits du procureur général du Canada, *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (Dossier n° S112688, Greffe : Vancouver), 8 décembre 2011, p. 178, ¶¶94 et 95.

<sup>30</sup> *Ibid.*, pp. 183-84, ¶¶106-08.

<sup>31</sup> *Ibid.*, pp. 219, ¶¶207

<sup>32</sup> *Ibid.*, pp. 255, ¶¶336

<sup>33</sup> *Ibid.*, pp. 211-13, 215, ¶¶187-90, 196

<sup>34</sup> *Ibid.*, pp. 261-62, ¶¶359-60

devraient pas avoir accès à l'aide à mourir;<sup>35</sup>

- d. avance que les lois *Carter* sont nécessaires pour protéger les personnes vulnérables contre toute évaluation inexacte de leur admissibilité et les préjudices causés par les messages négatifs,<sup>36</sup> et en particulier pour protéger : i) les personnes âgées,<sup>37</sup> et ii) les personnes handicapées;<sup>38</sup>
- e. affirme que les lois *Carter* sont nécessaires pour éviter les « messages négatifs », notamment que le suicide constitue une solution appropriée aux problèmes des gens.<sup>39</sup>

Le PGC s'est à nouveau appuyé sur tous les points et les éléments de preuve précédents dans son argument justificatif,<sup>40</sup> affirmant notamment que « les personnes vulnérables peuvent être incitées à se suicider ou à consentir à l'euthanasie » et que « nulle mesure de sauvegarde ne peut prémunir contre les messages sociaux négatifs selon lesquels des vies comptent moins que d'autres ».<sup>41</sup>

Les demandeurs dans *Carter* affirment *notamment* que la preuve présentée au tribunal établit que les personnes pourraient être évaluées conformément aux critères *Carter* (et qu'elles le sont déjà dans d'autres contextes médicaux de vie et de mort) et, qui plus est, que le gouvernement est bien placé pour véhiculer des « messages positifs » ou lancer des campagnes publiques de sensibilisation générale en réponse aux inquiétudes relatives à la « négativité des messages » véhiculés par la légalisation sur l'aide à mourir.

La juge de première instance a examiné la preuve et a présenté des constatations détaillées et approfondies sur les faits. Elle a longuement expliqué son raisonnement juridique, notamment : a) en ce qui concerne la négativité des messages véhiculés par l'autorisation de l'aide à mourir;<sup>42</sup> et b) la possibilité d'évaluer l'admissibilité des membres des communautés marginalisées et des personnes à plus grand risque de suicide, y compris l'affirmation du PGC voulant que les personnes

---

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 275, ¶402.

<sup>37</sup> *Ibid.*, pp. 275-81, ¶¶403-17

<sup>38</sup> *Ibid.*, pp. 281-87, ¶¶418-37

<sup>39</sup> *Ibid.*, pp. 287-91, ¶¶438-50

<sup>40</sup> *Ibid.*, pp. 329-34, ¶¶577-601

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 334, ¶598

<sup>42</sup> Motifs du procès, ¶¶ 1191, 1252-53, 1265

handicapées ne doivent pas avoir accès à l'aide médicale à mourir en raison de leur vulnérabilité particulière.<sup>43</sup>

La juge de première instance a conclu que les lois *Carter* portaient atteinte aux articles 7 et 15 de la *Charte*, et que ni l'une ni l'autre de ces atteintes n'était justifiée en vertu de l'article premier.<sup>44</sup>

## ii. Procédures *Carter* en appel

La Cour d'appel de la Colombie-Britannique a accueilli le pourvoi sur la base de la doctrine *stare decisis*. Finch C.J., diverge :

*Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCSC 435, ¶¶171-77.

La Cour suprême du Canada a autorisé l'interjection d'appel. Elle a aussi accueilli la demande du PGC de soumettre de nouveaux éléments de preuve.

Le PGC a déposé un affidavit censé mettre le dossier d'instruction à jour sur les cas d'aide médicale à mourir qui se sont produits en Belgique depuis le procès concernant l'impact de l'aide médicale à mourir sur les populations marginalisées, y compris les personnes atteintes de troubles psychiatriques.<sup>45</sup> Les demandeurs de *Carter* ont répondu en déposant à leur tour un affidavit.

Le factum du PGC présenté à la Cour suprême du Canada reconnaissait que :

- a. la déclaration d'invalidité faite au procès ne se limitait pas aux malades en phase terminale ni à celles dont les problèmes de santé sont « incurables »;<sup>46</sup>
- b. le PGC a présenté des éléments de preuve et des arguments devant la juge de première instance relativement à l'évaluation des personnes handicapées et aux messages sociaux négatifs véhiculés à leur sujet;<sup>47</sup>
- c. il a continué à affirmer que les objectifs des lois *Carter* étaient notamment de

---

<sup>43</sup> *Ibid.*, ¶¶848-53, 1118-20, 1126-27, 1129

<sup>44</sup> *Ibid.*, ¶¶ 16-18, 1393

<sup>45</sup> Affidavit du professeur Etienne Montero, *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (Dossier n° S112688, Greffe : Vancouver), 8 juin 2017, p. 129-37

<sup>46</sup> Factum de l'appelant, *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2016 CSC 4 (Dossier n° 35591), 8 juillet 2014, p.28, ¶24

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 29, 33, ¶¶43-44, 156

prévenir que des messages sociaux négatifs soient véhiculés à propos de la valeur de certaines vies (particulièrement celle des personnes handicapées), et de protéger contre ceux qui admettent le suicide comme solution aux souffrances des gens.<sup>48</sup>

En février 2015, la Cour suprême du Canada rendait sa décision.

La Cour suprême du Canada a rejeté la position du PGC voulant que les lois *Carter* soient justifiées parce que pour certains, le risque de pouvoir prendre une décision d'elle-même est associé à de trop nombreuses sources d'erreur. La Cour a convenu, avec la juge de première instance, que l'évaluation individuelle de la capacité décisionnelle était, en contexte de vie et de mort, non seulement possible, mais déjà en vigueur relativement à d'autres décisions de fin de vie.<sup>49</sup>

La Cour a longuement commenté les constatations factuelles de la juge de première instance et rejeté toutes les remises en question proposées par le PGC, dont des faits sociaux et législatifs.<sup>50</sup>

Puisque le PGC a obtenu le droit de présenter d'autres éléments de preuve à la Cour suprême du Canada, cette dernière dut en arriver à une importante constatation de première instance. La Cour a rejeté la déclaration du PGC voulant que sa nouvelle preuve contribuait grandement aux questions de conformité ou d'expansion des régimes d'autorisation. La Cour a conclu qu'aucun des nouveaux éléments de preuve n'ébranlait les constatations de la juge de première instance. Elle a de plus fait remarquer que les nouveaux éléments de preuve étaient négligeables, notamment parce que les données concernant les pratiques en vigueur dans d'autres pays ne disent pas grand-chose sur l'opération d'un régime canadien.<sup>51</sup>

La question précise de l'exclusion des personnes atteintes de trouble psychiatrique de la déclaration d'invalidité s'est retrouvée devant la Cour suprême du Canada. Par exemple, au paragraphe 114, le tribunal traite de la position du Canada quant aux risques associés à la décriminalisation de l'aide médicale à mourir :

D'après [le Canada], de multiples sources d'erreur et facteurs peuvent rendre un patient [TRADUCTION] « vulnérable dans la prise de sa décision » et être ainsi à l'origine du

---

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 30, 34, ¶¶147, 162

<sup>49</sup> *Carter*, ¶¶114-16

<sup>50</sup> *Ibid.*, ¶¶104-109

<sup>51</sup> *Ibid.*, ¶¶100-113

risque que des personnes n'ayant pas un désir rationnel et réfléchi de mourir trouvent en fait la mort. Il souligne l'affaiblissement des facultés cognitives, la dépression ou d'autres maladies mentales, la coercition, l'abus d'influence, la manipulation psychologique ou émotionnelle, le préjudice systémique (envers les personnes âgées ou les handicapés) et la possibilité d'ambivalence ou de diagnostic erroné comme facteurs susceptibles de passer inaperçus ou de causer des erreurs dans l'évaluation de la capacité. Le Canada soutient essentiellement qu'étant donné l'étendue de cette liste, il n'existe aucun moyen sûr de savoir qui est vulnérable et qui ne l'est pas. Par conséquent, il estime qu'une prohibition générale s'impose.

Dans le paragraphe suivant, la Cour déclare que :

La preuve retenue par la juge de première instance n'étaye pas l'argument du Canada. Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu 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. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont parle le Canada font déjà partie intégrante de notre régime médical.

Le tribunal a conclu, au paragraphe 116, que « [...] on cautionne implicitement l'évaluation individuelle de la vulnérabilité (quelle que soit sa source) dans la prise de décisions de vie ou de mort au Canada », et accepté que « il est possible pour les médecins de bien évaluer la capacité décisionnelle avec la diligence requise et en portant attention à la gravité de la décision à prendre ».

La Cour suprême du Canada a déclaré à l'unanimité que la prohibition absolue imposée aux titres des lois *Carter* portait atteinte de manière injustifiée à l'art. 7 de la *Charte* :

**127** La réparation appropriée consiste donc en un jugement déclarant que l'al. 241*b*) et l'art. 14 du *Code criminel* sont nuls 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. Il convient d'ajouter que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doive subir des traitements qu'il juge inacceptables.<sup>52</sup>

La Cour n'a pas conclu qu'il était nécessaire de décider si les lois portaient aussi atteinte à l'art. 15. La Cour a suspendu sa déclaration d'invalidité.<sup>53</sup>

## Résumé

En résumé, dans l'arrêt *Carter*, la Cour suprême du Canada a fixé les exigences constitutionnelles « minimales » et non « maximales » à remplir pour assurer le respect des droits de tous les Canadiens au titre de l'art. 7 de la Charte. Les exigences minimales sont définies pour un groupe de personnes : compétentes (aptes à prendre la décision de mettre fin à leurs jours en contexte de soins); informées; adultes; souffrant d'un problème de santé (maladie, affection ou handicap) grave et irrémédiable (dans le contexte des traitements qui leur sont acceptables); et agissant de façon volontaire.

Le Parlement ne peut plus refuser à une catégorie entière de personnes, dont celles qui souffrent de « maladie mentale », leur droit à l'aide médicale à mourir au titre de la Charte. Le Parlement est constitutionnellement en droit d'exiger certains processus, notamment de demander à ce que deux médecins ou plus évaluent, avec l'appui d'autres mesures de sauvegarde, la capacité décisionnelle des membres d'un groupe défini, dont les personnes atteintes de « maladie mentale ». Cependant, la Constitution ne permet pas au Parlement de redéfinir le groupe de personnes qui a constitutionnellement accès à l'AMM de façon à les rejeter ou à exclure celles à qui la Cour a octroyé le droit à l'aide à mourir.

## À propos de la British Columbia Civil Liberties Association

La British Columbia Civil Liberties Association (« BCCLA ») a notamment comme objectif de défendre les libertés civiles et les droits de l'homme, et d'en faire la promotion en Colombie-Britannique et au Canada.

En plus de s'intéresser depuis longtemps à la question des droits des patients et aux politiques en

---

<sup>52</sup> *Ibid.*, ¶127

<sup>53</sup> *Ibid.*, ¶¶127-128

matière de santé, la BCCLA joue un rôle important de défenseur et d'éducateur relativement aux choix de fin de vie, dont l'AMM. La BCCLA fut demandeur institutionnel dans l'affaire *Carter*, où les articles 241b) et 14 du *Code criminel* furent invalidés parce qu'ils portaient atteinte de manière injustifiée à la *Charte*. Une semaine après l'adoption du projet de loi C-14, la BCCLA a contesté la nouvelle loi au nom de Julia Lamb. Dans les deux cas, l'avocat principal fut Joseph Arvay.

La BCCLA s'est depuis toujours opposée à la criminalisation de l'aide à mourir, affirmant que les principes de liberté, d'autonomie et d'égalité, ainsi que l'engagement humanitaire à prévenir les souffrances inutiles et à préserver la dignité des personnes, justifient sa décriminalisation.

Coordonnées de la British Columbia Civil Liberties Association :

Grace Pastine, directrice des litiges

[grace@bccla.org](mailto:grace@bccla.org)

**Pièce jointe à la note d'information de la BCCLA**  
**(1<sup>er</sup> décembre 2020) : la déclaration sous serment de Brenda**

Ceci est la première  
déclaration sous serment de  
Brenda ■ dans cette affaire et elle  
a été faite le 13 décembre 2018

N° S-165851  
Greffé de Vancouver

**DEVANT LA COUR SUPRÊME DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

ENTRE :

JULIA LAMB ET LA BRITISH COLUMBIA CIVIL LIBERTIES ASSOCIATION

DEMANDEURS

ET :

PROCUREUR GÉNÉRAL DU CANADA

DÉFENDEUR

**DÉCLARATION SOUS SERMENT**

Je, **BRENDA** - enseignante à la retraite de ■, province  
de ■, PRÊTE SERMENT (OU  
AFFIRME) CE QUI SUIT :

1. Je suis personnellement au courant des faits et enjeux présentés ici, sauf là où j'indique que ces connaissances s'appuient sur de l'information et des croyances et, dans un tel cas, j'affirme croire sincèrement qu'elles sont vraies.

2. Je suis née le ■ Je suis mariée depuis 48 ans à  
■ et nous vivons à - - . Nous avons trois enfants, maintenant adultes. Avant de  
devoir cesser de travail en raison de ma maladie, j'étais enseignante.

3. Je souffre d'une forme grave d'encéphalo-myélite myalgique, autrement appelée syndrome de fatigue chronique (« SFC ») ou maladie d'intolérance systémique à l'effort. Je souffre aussi de douleurs chroniques, mais les médecins qui m'ont traitée ne conviennent pas d'une classification commune.

## **Premiers symptômes et progression**

4. Mes symptômes de fatigue chronique sont apparus en janvier 2007, en plein cœur d'un voyage de neuf mois que je faisais, avec mon mari et un autre couple, sur les routes de l'Amérique du Nord. Nous étions en Floride et visitons Disney World. J'ai ressenti une perte soudaine et complète d'énergie. Je me suis tout simplement immobilisée, incapable d'aller plus loin. C'était comme si j'avais complètement perdu l'énergie de bouger les muscles de mes jambes. Je me suis assise sur un banc et ai attendu 30 minutes avant de me relever. Une fois debout, j'ai à peine réussi à me traîner les pieds. Cette expérience s'est répétée au cours des jours qui ont suivi; c'était comme si je me vidais totalement de mon énergie. Durant les quatre prochains mois, j'avais l'impression de ne pouvoir bouger qu'au ralenti, préférant souvent rester seule dans l'espoir que mon problème allait se résoudre. Ça n'est jamais arrivé.

5. Quand je suis revenue à - en avril 2007, je suis allée voir mon omnipraticien, le D<sup>r</sup> . Il n'a pas voulu poser de diagnostic tout de suite, voulant m'observer et m'examiner davantage. Je devais reprendre mon travail d'enseignante en août 2007, mais quand les cours ont commencé, j'ai travaillé pendant deux semaines seulement avant d'être forcée à prendre un congé autorisé tant j'étais épuisée. Ce congé a duré tout le semestre. J'ai essayé de retourner au travail en janvier 2008, mais j'ai dû arrêter une semaine plus tard. En avril 2008, le D<sup>r</sup> - m'a informée que je souffrais du SFC et qu'il se pouvait que je ne puisse jamais recommencer à enseigner.

6. La douleur est apparue une année plus tard environ, au mois de mars 2009. Je l'ai d'abord ressentie dans mon bassin. Au début, j'éprouvais de la douleur lorsque je m'assois seulement et en peu de temps, j'en suis venue à ne plus pouvoir rester assise plus de quelques minutes à la fois avant de devoir m'étendre. La douleur est ensuite devenue constante, donc présente même lorsque j'étais étendue. Au cours des dix dernières années, mes douleurs pelviennes sont devenues les plus persistantes et prédominantes. Je n'ai pas pu m'asseoir pour plus de quelques minutes depuis 2009. Si je suis dans mon fauteuil roulant ou si je dois m'asseoir pour un rendez-vous, je m'assois sur des compresses froides, que je range dans mon congélateur.

7. Au printemps 2009, j'ai commencé à avoir mal au visage. À partir de ma bouche, la douleur a atteint l'extérieur de mes joues. À l'été 2009, je me suis présentée à l'urgence pour des douleurs extrêmes au ventre. D'autres parties de mon corps ont éventuellement été touchées. En 2012, j'ai ressenti une première douleur brûlante derrière mes jambes. Cette douleur s'est dissipée, mais elle est réapparue en 2016. En 2013, une plaie de lit s'est développée sur mon oreille droite et j'ai commencé à utiliser un oreiller en mousse. Peu de temps après, j'ai commencé à avoir mal au dos et au cou. En

2014, mes hanches sont devenues douloureuses et en 2016, des maux de tête sont apparus derrière mon œil gauche. En février 2018, une nouvelle douleur s'est logée du côté droit de mon cuir chevelu.

8. Même si ces douleurs varient en termes d'intensité et d'occurrence, je peux affirmer sans crainte que je souffre d'un amalgame de douleurs au bassin, au visage, au ventre, au dos, au cou, aux épaules, aux jambes et/ou aux pieds en tout temps depuis 2009. À partir du moment où je me réveille le matin jusqu'à celui où je me couche le soir, au moins une partie de mon corps et généralement plusieurs me fait souffrir.

9. J'évalue ma douleur selon qu'elle est faible, moyenne ou élevée. Ma douleur est faible quand je me réveille chaque matin, mais elle reste rarement à ce niveau. La plupart du temps, elle atteint un niveau élevé au milieu de l'après-midi, après quoi elle ne diminue pas d'intensité jusqu'à ce que je me couche. Je prends des médicaments pour dormir, car seul le sommeil me soulage.

### **Tentatives de traitement et de gestion de la douleur**

10. Depuis l'apparition de mes symptômes de SFC en 2007, et celle de mes douleurs en 2008, j'ai consulté une longue liste de médecins pour tenter de trouver la cause de ces derniers. Ce processus a été des plus exténuants. Voici une liste des médecins et cliniques que j'ai consultés, ainsi que la durée de leurs soins :

- a. Omnipraticien, D<sup>r</sup> [REDACTED] (1990 à aujourd'hui);
- b. Clinique de fibromyalgie et fatigue de Seattle (mars et mai 2009);
- c. Gastroentérologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (2008 à 2014);
- d. Neurologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (2009 à 2018);

- e. Gynécologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (octobre 2010);
- f. Spécialiste en médecine interne, D<sup>r</sup>- [REDACTED] (octobre 2010);
- g. Clinique de la douleur, - - Programme hospitalier de trois semaines (novembre à décembre 2010);
- h. Spécialiste de la maladie de Lyme, D<sup>r</sup> [REDACTED] (juin à octobre 2011);
- i. Spécialiste du SFC, D<sup>r</sup>- [REDACTED] ey (décembre 2012 à novembre 2013);
- J- D<sup>r</sup> [REDACTED], programme sur les maladies chroniques complexes (« CDP »), B.C. Women's Hospital (mai 2013 à janvier 2014);
- k. Rhumatologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (janvier 2016);
- l. Neurochirurgien, D<sup>r</sup> [REDACTED] (mai 2016);
- m. Anesthésiste, D<sup>r</sup> [REDACTED] [REDACTED] clinique hospitalière sur la douleur (août 2016);
- n. Spécialiste en médecine interne, D<sup>r</sup> [REDACTED], Vancouver General Hospital (avril 2017);
- o. Anesthésiste, D<sup>r</sup> [REDACTED], Helmcken Pain Clinic (juin et juillet 2017);
- p. Neurologue, D<sup>r</sup> [REDACTED], [REDACTED] hôpital (juillet 2017);
- q. Urologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (mai 2018);
- r. Spécialiste du système reproducteur, D<sup>r</sup> [REDACTED] (mai 2018);
- s. Gynécologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (juin 2018);
- t. Urologue, D<sup>r</sup> [REDACTED] (juin 2018);

u . Prestataire d'aide médicale à mourir, D<sup>r</sup> [REDACTED], (novembre 2018).

11. J'ai fait l'essai de tous les médicaments d'ordonnance et de tous les traitements qui m'ont été recommandés, sans résultats probants. J'estime avoir pris plus de 80 différents médicaments en vente libre depuis 2007, y compris, sans s'y limiter, les suivants :

- a. Ciprofloxacine et métronidazole;
- b. Oxycodone et hydromorphone;
- c. Tinidazole;
- d. Biaxine;
- e. Thérapie électroconvulsive;
- f. Vérapamil;
- g. Morphine;
- h. Tecta;
- i. Constella;
- J. Tampons BuTrans;
- k. T3 et T4 thyroxine;
- l. Gabapentine;
- m. Cortisone épidurale (anesthésie tronculaire);
- n. Marijuana thérapeutique (CBD/THC);
- o . Xylocaïne en pommade;
- p. Séroquel;
- q. Trazadone;
- r. Ativan;
- s. Venlafaxine;
- t. Zopiclone.

12. J'ai aussi sollicité les soins de différents praticiens offrant des programmes de mieux-être, dont

des physiothérapeutes, naturopathes, un chiropraticien, un psychologue et des conseillers et masseurs. Même si quelques traitements m'ont apporté un certain soulagement, mes douleurs et ma fatigue persistent au quotidien.

13. Aucun médecin n'a pu déterminer la cause de mes douleurs malgré de nombreux tests et essais réalisés dans le but d'éliminer diverses possibilités. Par exemple, plusieurs médecins ont éliminé les options suivantes comme source de douleur pelvienne : un abcès fistuleux, la tuméfaction de mes tubérosités ischiatiques, une douleur du nerf honteux, l'arthrite, un problème gynécologique ou urologique. Les tests d'imagerie n'ont pas pu expliquer mes douleurs.

14. En juin 2011, j'ai rencontré la D<sup>re</sup> [REDACTED] pour une consultation psychiatrique. Elle a dit qu'elle pensait que je souffrais d'un trouble somatoforme, soit une maladie mentale où les symptômes physiques ne sont associés à aucune cause identifiable.

15. En mai et en juin 2012, j'ai accepté de faire un séjour de 47 jours à l'hôpital [REDACTED] afin de tenter d'éliminer des causes possibles de mes symptômes, y compris des causes psychiatriques. J'ai entre autres été volontairement soumise à 11 séances de thérapie électroconvulsive (ECT), une procédure drastique et extrêmement invasive. Personne n'a pu identifier la cause de mes symptômes et on a aussi déterminé que je n'affichais pas de signes d'un autre trouble dépressif, anxieux ou de l'humeur.

16. En mai et en juin 2013, j'ai été examinée par le D<sup>r</sup> [REDACTED] du programme sur les maladies chroniques complexes du B.C. Women's Hospital de Vancouver. Le D<sup>r</sup> [REDACTED] m'a diagnostiqué une forme grave d'encéphalo-myélite myalgique et une fibromyalgie.

17. En 2017, je suis retournée voir la D<sup>re</sup> [REDACTED], une neurologue de - que j'avais consultée en 2009. Elle croyait que ma douleur chronique constituait une neuropathie et que ma douleur pelvienne pouvait être causée par un problème au niveau du nerf honteux. Elle m'a recommandé d'aller consulter le D<sup>r</sup> [REDACTED], un neurologue qui m'a administré deux anesthésies du nerf honteux, dont les effets s'avérèrent négligeables; ma douleur a persisté.

18. Même si mes médecins ne s'entendent pas pour dire que je souffre de fibromyalgie, ou d'un autre type de maladie de la douleur, le fait est que j'éprouve chaque jour une véritable douleur pour laquelle nulle cause ni cure n'a pu être identifiée.

## Ma qualité de vie

19. J'ai toujours pensé que les termes « fatigue chronique » ne représentent pas précisément les symptômes débilissants de la maladie, pas telle que je la vis du moins. Mes symptômes vont bien au-delà d'une simple fatigue, au sens où on l'entend en tout cas. Le mot « fatigue » me semble si bénin pour être la cause d'une telle souffrance.

20. Même si je n'ai jamais eu de « l'énergie à revendre », le SFC me donne l'impression que mon corps est complètement vidé, ce qui m'empêche de vaquer à la plupart de mes occupations ordinaires. J'ai de la difficulté à marcher, à parler et à bouger. J'ai arrêté de conduire il y a huit ans et je ne suis pas allée à l'épicerie depuis plusieurs années. C'est mon époux qui cuisine, nettoie et fait la lessive. Chaque effort que je consacre à une tâche toute simple nécessite une période de rétablissement disproportionnée. Je m'épuise, par exemple, si je nettoie après le souper, le lendemain, je paie en me sentant encore plus exténuée et souffrante. Je passe donc la plupart de mon temps sur le dos à écouter des livres audio.

21. Je n'ai jamais été déprimée, mais les efforts requis pour réaliser des activités ordinaires, même de courtes conversations téléphoniques, semblent déclencher une réponse au stress à l'intérieur de mon corps, ce qui provoque des douleurs, sans raison apparente. Je prends des médicaments contre l'anxiété, comme Ativan et Trazadone pour gérer mon stress et prévenir la douleur.

22. Au cours des dix dernières années, ma principale douleur est pelvienne. Si j'essaie de m'asseoir d'une position couchée, la douleur surgit, elle est vive et pulsative, et irradie du bas de mon bassin jusque le long de ma jambe gauche. J'ai actuellement très mal aux pieds et cette douleur ne me quitte pas de la journée, que je sois debout ou couchée. Lorsque je marche, chaque pas est douloureux. Je souffre aussi de maux de ventre depuis longtemps et ils sont particulièrement intenses depuis une semaine environ. Je souffre aussi depuis peu d'accès de migraines même si je prends une dose maximale de Vérapamil tous les jours.

23. La douleur que je ressens jour après jour m'exténue. Même si j'essaie de sortir de mon lit une fois par heure pour marcher dans la maison, ces efforts exacerbent mes douleurs aux pieds, qui deviennent rapidement insupportables et me forcent à me recoucher. Je ne quitte presque jamais la maison et si

j'ai un rendez-vous, mon époux m'y conduit tandis que je reste couchée sur la banquette arrière de notre voiture. Je n'invite presque jamais personne à la maison; le stress d'attendre des visiteurs augmente ma douleur pour le reste de la journée. Même l'effort requis pour parler au téléphone pour rédiger cette déclaration sous serment, 20 minutes à la fois, m'a été très pénible et a exacerbé mes douleurs par la suite.

24. Mes médecins m'ont dit que rien ne pousse à penser, malgré ma condition, que ma mort approche.

### **Ma demande d'aide médicale à mourir (« AMM »)**

25. Même si mon SFC me fait la vie extrêmement difficile, la douleur est pire. Après une décennie de consultations, de tests et de traitements, toutes mes tentatives n'ont prouvé qu'une chose : personne ne peut m'offrir de lueur d'espoir. J'ai atteint ma limite en termes des souffrances que je suis prête à accepter, et je pense ainsi depuis un an environ. Ayant essayé tout ce que le monde de la médecine traditionnelle et alternative a à offrir, je vois bien que la douleur est incontournable. L'idée de « vivre », ne serait-ce que quelques mois, avec ma douleur m'est absolument insupportable.

26. Même si je savais qu'un critère concernant la prévisibilité de ma mort me rendrait inadmissible à l'AMM, j'ai demandé à ce qu'on m'évalue en novembre 2018. Je voulais aller au fond des choses. La D<sup>re</sup> [REDACTED] est venue me voir chez moi et, après son évaluation, m'a dit que je n'étais pas admissible parce que ma mort naturelle n'est pas « raisonnablement prévisible ». Sa réponse ne m'a pas surprise, mais elle a quand même renforcé mon sentiment de désespoir, sachant que rien ne peut apaiser ma souffrance. Mon seul espoir, il me semble, serait de trouver de nouvelles stratégies de gestion de ma fatigue et ma douleur.

27. On m'a récemment recommandée à un neuropsychiatre, le D<sup>r</sup> [REDACTED]. J'ai vu tant de spécialistes que l'idée d'entendre l'opinion d'un nouveau médecin à ce point-ci ne me paraît qu'une occasion de plus d'être déçue.

28. J'ai récemment fait des lectures sur comment m'enlever la vie et je pense avoir accumulé suffisamment de médicaments pour y arriver. J'ai cependant peur d'échouer et de me retrouver, aussi impossible que cela puisse paraître, dans une situation pire que celle que je vis maintenant. Cette possibilité m'enlève tous mes moyens. Je n'ai pas peur de la mort, mais l'idée de vivre avec des douleurs supplémentaires me terrifie.

29. Il doit évidemment y avoir des restrictions quant à l'accès à l'AMM, mais je trouve incompréhensible qu'une personne comme moi qui, malgré tous les efforts possibles, est victime de douleurs débilantes quotidiennes, sans espoir d'amélioration, soit inadmissible. Soit, mes troubles n'appartiennent pas à une catégorie bien définie et ne sont pas aussi bien compris que le sont d'autres maladies comme le cancer, mais mes symptômes sont bien réels et m'infligent une véritable torture. Comment pouvons-nous dire que nous sommes une société humaniste lorsque moi-même et d'autres personnes comme moi sommes obligées de souffrir?

DÉCLARATION FAITE SOUS SERMENT (OU AFFIRMÉE) DEVANT MOI )

} . Colombie-Britannique, le )  
I )  
)  
)  
)  
A Commissioner for taking Affidavits for )  
)  
)

