



EXISTERAIT-IL un droit aux soins palliatifs ?

M^E YANICK TANGUAY, AVOCAT¹

Dunton Rainville, avocats. Montréal

Courriel : ytanguay@duntonrainville.com

INTRODUCTION

L'accompagnement en fin de vie est un sujet d'actualité qui risque de toucher plusieurs personnes parmi nous dans les années à venir. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies mortelles², ainsi que la volonté des gens de vivre le plus longtemps possible dans les meilleures conditions possibles sont des facteurs exerçant davantage de pression sur notre système de santé.

Par ailleurs, les gens sont de plus en plus soucieux de leur dignité et des conditions dans lesquelles ils vont vivre leurs derniers jours. Les patients en phase terminale se tournent de plus en plus vers les soins palliatifs afin de soulager leurs douleurs autant physiques que psychologiques. Cependant, tous n'ont pas la même chance de pouvoir avoir accès à de tels soins³. Cela s'expliquant premièrement par le fait que les ressources sont limitées étant donné la forte demande. Deuxièmement, on constate que le soutien aux aidants naturels est souvent quelque peu réduit.

Ces affirmations nous amènent à nous poser la question suivante: Existerait-il un droit aux soins palliatifs ?

Dans la présente réflexion, nous allons aborder différents thèmes découlant du droit aux soins palliatifs. Cependant, nous croyons que l'existence de ce droit doit être abordée selon une perspective où le patient en est le centre névralgique.

Nous allons donc aborder différents droits du patient en ce qui concerne l'accès aux soins requis par son état de santé, le droit du patient à connaître les différentes options qui lui sont accessibles ainsi que le devoir d'information des professionnels de la santé qui en découle.

Incidemment, nous allons aborder le droit du patient pour déterminer le type de traitement qu'il veut recevoir et finalement, nous allons aborder le droit du patient en phase terminale à être soutenu dans cette épreuve autant par son médecin que par ses proches.

Inévitablement, nous croyons qu'il est essentiel de traiter de la question épineuse du droit à l'autodétermination. Force est d'admettre que ce concept est, malencontreusement, fortement rattaché aux traitements de types palliatifs.

Finalement, dans la dernière partie, nous allons aborder la question de l'application des droits aux soins palliatifs. Nous allons donc traiter de l'exemple



belge ainsi que de son cadre législatif encadrant les soins palliatifs.

PREMIÈRE PARTIE: DÉFINITION DES CONCEPTS

La question qui nous est posée est la suivante: Existerait-il un droit aux soins palliatifs? Tout d'abord, avant de répondre à cette question, nous croyons qu'il est essentiel de bien définir les différents termes de cet énoncé.

Selon le dictionnaire juridique de M^e Hubert Reid, le droit est défini comme étant un « ensemble de règles régissant la vie dans une société donnée et qui sont sanctionnées par une autorité publique⁴ ».

La notion de soin, quant à elle, a été définie par le législateur lors des travaux préparatoires à l'adoption du *Code civil du Québec*⁵. Ce dernier a défini cette notion comme chapeautant ainsi l'ensemble des interventions médicales sur la personne humaine, sans égard à sa finalité⁶. Cette définition large de la notion de soins englobe donc tous types de soins requis ou non par l'état de santé, que ces soins soient physiques ou mentaux⁷.

D'un autre côté, on pourrait définir les soins palliatifs comme étant des soins qui se concentrent d'abord et avant tout sur le soulagement de « la douleur physique et des autres symptômes en tenant compte de la souffrance psychologique, sociale et spirituelle chez une personne atteinte d'une maladie grave ou terminale⁸ ». Les soins palliatifs ne servent pas à provoquer intentionnellement la mort. Ils visent plutôt à préserver la meilleure qualité de vie du patient jusqu'au moment du décès.

Une fois tous ces termes définis, nous pouvons répondre à la question (qui nous avait été) préalablement posée quant à savoir s'il existerait un droit aux soins palliatifs.

DEUXIÈME PARTIE: Y AURAIT-T-IL UN DROIT AUX SOINS PALLIATIFS?

De prime abord, le droit aux soins palliatifs, s'il existe, ne découle pas de dispositions législatives explicites. Le Québec, qui possède la compétence constitutionnelle en matière de santé⁹, n'a pas encore adopté de loi encadrant le droit aux soins palliatifs. Par ce fait même, l'absence de dispositions législatives explicites nous pousse à analyser la législation ainsi que la jurisprudence afin de déterminer l'existence possible d'un droit aux soins palliatifs.

En effet, c'est plutôt au moyen de l'interprétation d'une multitude de dispositions ainsi que par l'interprétation des tribunaux que l'on peut en arriver à la conclusion qu'il existerait un tel droit.

Premièrement, analysons les articles 3 et 5 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*¹⁰ (ci-après L.S.S.S.). Ces articles se lisent ainsi:

Lignes directrices.

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

[...]

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

1991, c. 42, a. 3; 2002, c. 71, a. 2. [nos soulignements]

Droit aux services.

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

1991, c. 42, a. 5; 2002, c. 71, a. 3.



Selon la doctrine, l'article 5, la L.S.S.S. constitue une porte d'entrée au droit de recevoir des soins palliatifs dans la province du Québec. En effet, cet article confère un **droit strict** à recevoir les services de santé requis par l'état d'une personne¹¹.

D'ailleurs, il est essentiel de lire l'article 5 de la L.S.S.S. en conjonction avec l'article 3 de cette même loi. La lecture des lignes directrices applicables aux dispositions de cette loi disent, au paragraphe 3, que l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, et ce, **dans le respect de sa dignité**, de son autonomie et de sa sécurité.

Il serait ainsi totalement illogique que le législateur ait adopté dans ses lignes directrices une disposition protégeant la dignité de tout patient en excluant le droit de recevoir des soins palliatifs. Ces derniers sont justement prodigués afin de respecter la dignité de la personne en phase terminale et de l'accompagner du mieux possible à son dernier repos.

Deuxièmement, l'article 7 de la *Charte Canadienne des droits et libertés* mentionne que « 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 fondamentale¹² ».

Cette disposition implique que toute personne peut revendiquer le droit de recevoir des soins appropriés à son état de santé. En effet, le droit d'accès aux soins médicaux est principalement rattaché au droit à la sécurité¹³.

De plus, en retenant la théorie des droits positifs, cet article de la *Charte* lu avec l'article 43 de la *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres*, exigeant qu' « un établissement ou un médecin doit voir à ce que soient fournis des soins ou traitements à toute personne dont la vie est en danger¹⁴ », pourrait représenter la consécration d'un droit général aux soins¹⁵.

Troisièmement, la *Charte des droits et libertés de la personne* soutient la thèse selon laquelle il existe un droit aux soins palliatifs. D'ailleurs, le troisième considérant du préambule se lit ainsi :

« CONSIDÉRANT que le respect de la dignité de l'être humain et de la reconnaissance des droits et libertés dont il est titulaire constituent le fondement de la justice et de la paix. » [notre soulignement]

La Cour supérieure, dans la décision *Goyette*¹⁶, a soutenu une thèse intéressante concernant le troisième considérant du préambule de la *Charte des droits et libertés de la personne*. La Cour soutenait que :

Le troisième considérant du préambule fait non seulement état de la personne humaine, mais également de sa « dignité ». C'est non seulement la primauté de la personne sur la collectivité qui est énoncée, mais aussi cette primauté dans la « dignité », c'est-à-dire, dans la jouissance véritable de ses droits et libertés. Il s'ensuit que la disparition définitive de toute « dignité » de vie d'une personne entraîne pour elle l'écroulement irrémédiable du « fondement de la justice et de la paix ». L'État doit préserver la vie humaine, mais si, malgré ses soins la vie devient inhumaine, c'est la dignité de la personne qui doit l'emporter sur l'intérêt de l'État.

La notion de qualité de vie se confond avec celle de la dignité de l'être humain et la valeur de la personne énoncée au préambule de la *Charte*¹⁷ [nos soulignements].

Par ailleurs, l'article 4 de la *Charte des droits et libertés de la personne* mentionne que « toute personne a droit à la **sauvegarde de sa dignité**, de son honneur et de sa réputation ». Le législateur en adoptant cette disposition entendait donc protéger la personne contre toute sorte de traitement pouvant aller à l'encontre du respect de sa dignité.

Par ailleurs, les articles de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* tout comme ceux de la *Charte canadienne et de la Charte québécoise* ont poussé les tribunaux à analyser le fondement de ces articles et à préciser le concept de dignité humaine.

La Cour Suprême, dans l'arrêt *Rodriguez c. Procureur général de la Colombie-Britannique*¹⁸,



est venue réaffirmer l'importance du concept de la dignité humaine dans notre société. L'honorable juge Sopinka a retenu que la dignité humaine est l'un des principes fondamentaux de notre société. D'ailleurs, la Cour Suprême, dans une autre décision, a déclaré que « la *Charte* et les droits qu'elle garantit sont inextricablement liés à la notion de dignité humaine. Cela ne signifie pas, [...] que l'on fait de la dignité un droit constitutionnel distinct garanti par l'art. 7 de la *Charte*. »¹⁹ Cependant, la notion de dignité est souvent utilisée par les tribunaux étant donné son caractère fondamental.

Aussi, la Cour Suprême, dans l'arrêt *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital Saint-Ferdinand*²⁰, a reconnu que « le droit à la sauvegarde de la dignité vise les atteintes aux attributs fondamentaux de l'être humain²¹ ». Force est d'admettre que le législateur, lors de l'adoption de la *Charte* québécoise, a adopté les dispositions relatives à la dignité dans l'optique de réaffirmer la dignité comme étant un principe fondamental.

De plus, la doctrine définit le droit de mourir dans la dignité comme impliquant un recours (étant un droit intrinsèquement lié à la possibilité d'avoir recours) aux soins palliatifs dans les derniers jours de sa vie.

En effet, des auteurs²² s'entendent pour donner à l'expression « mourir dans la dignité » les sens suivants : mourir sans subir de douleurs atroces, obnubilant la dernière étape de notre vie, mourir sans qu'on s'acharne à prolonger notre vie de quelques heures alors qu'il est essentiel pour une personne en phase terminale de profiter pleinement et consciemment des derniers instants que la vie a à lui offrir. Finalement, ces auteurs terminent en expliquant que mourir dans la dignité est aussi mourir près des gens qui nous ont soutenus tout au long de notre vie²³.

Chaque humain possède le droit de mourir dignement. Le droit de recevoir des soins palliatifs s'inscrit donc, logiquement, dans ce concept où l'être humain a le droit de profiter pleinement de son dernier séjour auprès des siens.

En somme, nous croyons qu'il existerait un droit à recevoir des soins palliatifs au Canada ainsi qu'au Québec. Cependant l'absence de protection législative explicite nous amène à affirmer que l'adoption d'un cadre législatif pourrait être utile afin d'assurer le respect des patients en phase terminale.

Comme nous l'avons mentionné d'emblée dans notre introduction, il faut considérer le patient en phase terminale comme la pierre angulaire des soins palliatifs. En effet, il ne faut pas oublier que malgré sa condition particulière, le patient en phase terminale possède toujours ses droits.

Lorsqu'un médecin traitant est confronté à une maladie qui ne répond plus aux traitements curatifs et que la vie du patient devient inévitablement précaire, ce dernier se doit donc de donner toute l'information nécessaire au patient afin qu'il procède à un choix. En effet, le médecin traitant, dans cette situation, se doit d'aborder avec son patient les différentes options se présentant à lui. Tant les options curatives que les options palliatives doivent être présentées afin que le patient en phase terminale puisse faire un choix éclairé.

La transition entre les soins curatifs et les soins palliatifs se fait difficilement sans heurt. Afin de faciliter l'utilisation de son droit aux soins palliatifs, il faut considérer l'intérêt du patient d'abord et avant tout. Le professionnel de la santé a donc une obligation d'information à l'égard de son patient. Il est donc important que ce dernier lui parle des solutions médicales. De plus, le professionnel ne doit pas méconnaître le devoir de conseil qui découle naturellement du rapport de confiance entre lui et son patient. Ce dernier doit remplir ce devoir spontanément sans attendre d'y être invité, à moins que son interlocuteur affirme ne pas vouloir recevoir son avis personnel²⁴.

Une fois que le professionnel de la santé s'est déchargé de son obligation d'informer, c'est au patient que revient le droit de choisir le type de traitement qu'il désire entreprendre. Le patient en



phase terminale pourrait décider d'arrêter l'approche curative et vouloir recevoir des soins palliatifs.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le droit de refuser un traitement curatif s'insère naturellement dans la logique des soins palliatifs. Le docteur James McGregor, de l'Association des soins palliatifs de l'Ontario explique que :

En tenant compte attentivement du contexte clinique et en planifiant de façon cohérente les objectifs et les souhaits du patient, les soins palliatifs peuvent comprendre la non-administration et l'interruption des traitements visant à prolonger la vie. Il peut arriver que le traitement soit trop dur pour le patient par rapport à l'avantage qu'il en retire. Dans ce cas, l'absence ou l'arrêt d'un traitement inutile améliore la qualité de vie et soulage la souffrance²⁵ [nos soulignements].

Une personne désirant arrêter un tel traitement lui causant des douleurs insupportables ou des souffrances pourrait tout simplement arrêter ses traitements et continuer sa vie tout en recevant des soins palliatifs. D'ailleurs, il est généralement admis que le majeur capable, c'est-à-dire, une personne qui peut donner son consentement libre et éclairé, a le droit de refuser des soins médicaux et cela, même au péril de sa vie. Ce dernier doit être en mesure de comprendre la nature de la maladie, la nature du traitement, son but, les risques et les avantages de subir le traitement, les risques à ne pas subir ce dernier et sa capacité à comprendre le choix qu'il désire effectuer²⁶. D'ailleurs, il existe une importante jurisprudence à cet effet soutenant ce principe

La Cour supérieure du Québec, dans la décision de *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*²⁷, avait tranché qu'une personne atteinte d'une maladie incurable avait le droit de suspendre tout traitement et de laisser la maladie suivre son cours. Il est à noter que la *Common Law* ainsi que le *Code Civil du Québec*²⁸ reconnaissent le droit à toute personne de refuser tout traitement médical.

Cependant, il ne faut pas oublier que le droit de refuser les soins doit être effectué après avoir informé

le patient des divers traitements pouvant l'aider dans sa maladie.

Une autre facette du droit à recevoir des soins palliatifs ne touche pas directement la condition physique de la personne en phase terminale, mais touche directement son soutien psychologique.

Le droit du patient d'avoir accès à des soins palliatifs doit englober non seulement le droit de recevoir des traitements pour le soulagement des douleurs physiques, mais aussi le droit de recevoir tout le support psychologique requis par sa condition.

Certaines dispositions de la *Loi sur l'assurance-emploi*²⁹ prévoient une indemnisation pendant la période où un membre de la famille est auprès de quelqu'un en phase terminale. Cependant, ces prestations d'assurance emploi jumelées aux coûts et aux difficultés reliés à la tâche de soutenir la personne en phase terminale rendent difficile l'utilisation de ce droit.

Nous croyons donc qu'il serait essentiel que de nouvelles dispositions législatives soient adoptées afin de donner la possibilité aux aidants naturels de rester près des membres de leur famille tout en recevant un support financier adéquat.

TROISIÈME PARTIE : LE DROIT AUX SOINS PALLIATIFS EXCLUT L'AIDE AU SUICIDE/ EUTHANASIE

Nous devons distinguer inévitablement le droit de recevoir des soins visant à accompagner le patient vers la mort et celui de demander à un tiers de mettre fin à ses jours par médication ou autre procédé pouvant entraîner cet état irrémédiable.

Tout d'abord, la mort reliée à l'utilisation des soins palliatifs doit être considérée non comme étant une mort résultant des soins reçus, mais bel et bien comme étant une mort résultant de la maladie.

D'un autre côté, la jurisprudence a, depuis l'affaire *Sue Rodriguez*, interdit formellement le suicide assisté³⁰. D'ailleurs, le juge Sopinka a



établi une distinction entre les deux types de mort mentionnés précédemment.

On soutient que le fait que les médecins soient autorisés à administrer des soins palliatifs aux patients en phase terminale sans crainte de sanction atténuée encore plus toute distinction légitime que l'on pourrait établir entre l'aide au suicide et ce qui constitue aujourd'hui une forme de traitement médical acceptable. L'administration de médicaments destinés à contrôler la douleur selon un dosage dont le médecin sait qu'il abrégera la vie du patient est, quel que soit le critère, une contribution active à la mort du patient. Toutefois, la distinction établie ici est fondée sur l'intention – dans le cas des soins palliatifs, c'est l'intention d'atténuer la douleur qui a pour effet de précipiter la mort, alors que dans le cas de l'aide au suicide, l'intention est indubitablement de causer la mort. La Commission de réforme du droit, qui recommande le maintien de la prohibition criminelle de l'euthanasie et de l'aide au suicide, déclare cependant, à la p. 80 du Document de travail, qu'un médecin ne devrait jamais refuser d'administrer des soins palliatifs au patient en phase terminale pour la seule raison que leur administration peut hâter la mort. À mon avis, les distinctions fondées sur l'intention sont importantes, et elles constituent en fait le fondement de notre droit criminel. Même si, dans les faits, la distinction peut être parfois difficile à établir, sur le plan juridique elle est nette. On ne peut affirmer que, parce qu'un tiers, dans certains cas et sous le couvert de soins palliatifs, pratiquera l'euthanasie ou l'aide au suicide sans être puni en raison des difficultés de preuve, rend l'existence de l'interdiction fondamentalement injuste³¹ [nos soulignements].

À la lecture de ce passage, nous pouvons remarquer que la ligne est mince entre le droit de recevoir des soins palliatifs pouvant réduire l'espérance de vie et la criminalisation du suicide assisté.

Selon le *Code criminel*³², toute forme d'euthanasie est considérée comme étant illégale au Canada. Selon les dispositions actuelles du *Code criminel*, les actes d'euthanasie constituent un meurtre au premier degré³³, bien qu'ils puissent faire l'objet de poursuites sous des chefs d'accusation autres que le meurtre³⁴.

La différence fondamentale entre l'administration de médicaments pouvant réduire les souffrances et l'administration de médicaments aidant le patient à mourir réside dans l'intention spécifique du traitement.

En fait, la législation criminelle est basée sur l'intention de l'individu et non sur le motif d'action. En temps normal, lorsque le *Code criminel* est muet quant à une peine, les tribunaux ne considèrent le motif qu'au moment du prononcé de la sentence. Le fait qu'un acte d'euthanasie ait eu pour motif de soulager la souffrance ne peut constituer une défense valable étant donné que les dispositions du *Code criminel* prohibent toute aide au suicide³⁵.

L'intention première lors de l'administration des soins palliatifs, est de calmer la douleur, et la mort résultant de ce traitement n'est pas considérée comme étant illégale. Cependant, l'administration d'une médication entraînant la mort, et ce, à la demande du patient, n'est pas encore encadrée dans la législation actuelle.

Nous croyons donc qu'il est important de spécifier que la jurisprudence en matière de refus de traitement et en matière de soins distingue les deux situations. Ainsi, la sédation continue visant le soulagement de la douleur est une façon légitime de procéder lorsque le patient en phase terminale souffre énormément et qu'il ne peut recevoir aucun autre soin lui permettant de vivre ses derniers instants de façon totalement consciente.

D'ailleurs, en 2005, un projet de loi avait été soumis à la Chambre des communes afin de modifier les articles 222 et 241 du *Code criminel*³⁶. Ces modifications visaient à encadrer l'aide au suicide afin que le médecin traitant ne puisse se faire reprocher d'avoir commis un homicide. Le projet de loi est mort au feuillet.

Finalement, un meilleur accès aux soins palliatifs pourrait réduire considérablement les demandes d'aide au suicide comme le démontre le Comité spécial du Sénat dans son rapport de la vie à la mort³⁷. Cependant, comme le souligne Barry



Rosenfeld, la légalisation du suicide assisté pourrait entraîner une baisse de qualité dans l'administration des soins palliatifs et les personnes recevant ce type de soins pourraient être laissées pour compte³⁸.

QUATRIÈME PARTIE: LE DROIT AUX SOINS PALLIATIFS DANS LE MONDE ET SON APPLICATION AU CANADA

Comme nous l'avons déjà mentionné au tout début, il n'existe ni au Canada ni au Québec un encadrement législatif explicite quant au droit de recevoir des soins palliatifs. Néanmoins, les législatures se sont penchées à quelques reprises sur la question.

Malgré l'existence d'un droit aux soins palliatifs, la difficulté d'accès à ce type de soins nous amène à croire qu'il serait souhaitable, dans un avenir rapproché, que les législateurs provinciaux, avec l'aide du gouvernement canadien adoptent des lois-cadres relativement aux soins palliatifs. D'ailleurs, autant le *Rapport Romanow*³⁹ que le rapport final du comité spécial du Sénat⁴⁰ ont conclu qu'il était souhaitable d'encadrer ce type de soins.

À titre d'exemple, en 2002, la Belgique a adopté une loi relative aux soins palliatifs⁴¹. Le but premier de cette loi était de consacrer le droit de tout patient à l'égalité d'accès aux soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie et ainsi que son droit à obtenir différentes informations concernant son état de santé et les possibilités de requérir à des soins palliatifs⁴².

À l'instar du Canada, la Belgique a précisé à l'article 2 de cette loi que tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie⁴³. De plus, l'affirmation expresse d'un droit diminue les risques de dérapage tant législatifs que judiciaires.

Par la suite, cet article définit clairement ce que représentent les soins palliatifs.

[...] [P]ar soins palliatifs, il y a lieu d'entendre l'ensemble des soins apportés aux patients atteints d'une maladie susceptible d'entraîner la mort, une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce, sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et optimiser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille durant le temps qui lui reste à vivre⁴⁴ [nos modifications].

La loi prévoit même, à son article 6, un soutien afin que « tous les professionnels de la santé confrontés dans l'exercice de leurs activités, à la problématique de fin de vie, puissent bénéficier de l'appui d'une équipe de soins palliatifs, de supervision, de temps et de lieux de parole organisés au sein des structures de soins ».

Nous croyons qu'il est aussi important d'encadrer les professionnels de la santé lorsque l'approche palliative est suggérée au patient afin que le professionnel ne se retrouve pas démuné lors de l'arrêt de l'approche curative.

Devant ces dispositions de la loi belge, force est d'admettre que le Canada ainsi que le Québec, dans le respect de leurs compétences respectives, adoptent une loi cadre pour l'application des soins palliatifs aux patients. Il ne faut pas oublier que les personnes confrontées à la mort ont souvent plus de difficultés à revendiquer certains droits qui leur sont pourtant acquis, mais qui sont méconnus du grand public.

L'adoption de dispositions législatives semblables aux dispositions belges ainsi que l'application d'un plan d'action⁴⁵ permettraient d'atteindre différents buts, soit de protéger le droit des patients atteints d'une maladie incurable et, en phase terminale, de recevoir des soins palliatifs, et ce, peu importe leur situation géographique, de soutenir les professionnels de la santé lors du changement d'approches, et



d'assurer un soutien financier adéquat aux aidants naturels qui sont sollicités par la personne atteinte d'une maladie incurable.

CONCLUSION

En conclusion, le droit à la dignité interpelle un plaidoyer en faveur d'un droit aux soins palliatifs. On peut trouver dans les textes de loi des positions qui inviteraient à penser qu'un tel droit existe.

En conséquence, nous croyons qu'il est essentiel, dans un pays comme le nôtre, d'avoir une législation efficace afin de mieux encadrer nos professionnels de la santé, nos malades ainsi que les aidants naturels. Malgré la présence d'une politique générale du gouvernement du Québec⁴⁶, le droit des patients en phase terminale à recevoir des soins palliatifs de qualité découle d'une interprétation large et libérale de la législation en vigueur au pays et non d'une disposition législative. De plus, en ce qui concerne l'existence d'un droit aux soins palliatifs, il faut d'abord et avant tout s'assurer de son accessibilité partout sur le territoire canadien, cela incluant donc le territoire québécois.

Peu importe notre situation géographique dans la province, l'accès aux soins palliatifs devrait et doit être facilement à la portée de tous. Avec le vieillissement de la population actuelle et les pressions que cela engendrera sur le système de santé, il est donc essentiel de prévoir le coût et d'adopter des politiques efficaces à cet effet.

L'existence d'un droit comme le droit aux soins palliatifs est tributaire du droit d'accès aux soins et services de santé partout dans la province. (Nous vous rappelons que) Divers rapports gouvernementaux, dont le rapport *Romanow* ainsi que le rapport du Sénat concernant le droit aux soins palliatifs, sont unanimes à cet effet.

Il est essentiel d'adopter des mesures efficaces afin de protéger tous les gens atteints d'une maladie incurable et de permettre à ces gens de finir leur vie d'une manière digne et autonome.

LÉGISLATION

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

Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64.

Code criminel, L.R., 1985, ch. C-46.

Loi canadienne sur la santé, L.R., 1985, ch. C-6.

Loi constitutionnelle de 1867 (R.-U.), 30 & 31 Vict., c. 3.

Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement), Projet de loi C-407, 1^{re} session, 38^e législature, 53-54 Elizabeth II, 2004-2005.

Loi relative aux soins palliatifs, 26 octobre 2002, 2000-06-14/46.

Loi sur l'assurance-emploi, 1996, ch. 23.

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres, L.R.Q., c. L-02.

Loi sur les services de santé et services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2.

JURISPRUDENCES

Blencoe c. C.-B. (Human Rights Commission), [2000] 2 R.C.S. 307.

Hôtel-Dieu de Roberval c. C.S. (C.A.) J.E. 2002-428.

Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.), [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.).

Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).

Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital Saint-Ferdinand, (1996) 3 R.C.S. 211.

R. c. Bergeron, (C.Q.) J.E. 2006-2347.

R. c. Houle, [2006] R.J.Q. 787 (C.S.).

Goyette (in re) : Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain, (1983) C.S. 429.

Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519.

MONOGRAPHIES

BRUN H., *Chartes des droits de la personne: Législation, jurisprudence et doctrine*, Montréal, 17^e édition, Collection alter ego, Wilson & Lafleur, 2006.

COLLECTION LOIS ET RÈGLEMENT, *Services de santé et services sociaux*, Montréal, Collection Judico, Wilson & Lafleur, 2006.

DELEURY E. et D. GOUBEAU, *Le droit des personnes physiques*, Cowansville, 3^e édition, Édition Yvon Blais.

BEAUDOUIN G.-A. et E. MENDES, *Charte canadienne des droits et libertés*, Butterworths, 4^e édition, 2005.

KOURI R.P. et S. PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, Cowansville, 2^e édition, Édition Yvon Blais.

MCTEER M., *Vivre au XXI^e siècle: choix et enjeux*, Montréal, Édition Libre Expression, 2000.

REID H., *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, Montréal, 3^e édition, Wilson & Lafleur, 2005.

ROSENFELD, B., *Assisted Suicide and the right to die*, The interface of social science, public policy, and medical ethics, American psychological association, Washington DC, 2004.

ROY D.J., J. R. WILLIAM, B. M. DICKENS et J.-L. BEAUDOUIN, *La Bioéthique, ses fondements et ses controverses*, ERPI, Montréal, 1995.

SCAMPHELAERE M. DE, *Proposition de résolution à apporter un appui plus substantiel aux soins palliatifs*. Sénat de Belgique, Session 2005-2006, 3-1480/1.

RAPPORTS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2005.

ROMANOW R.J., Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, novembre 2002.

COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie à la mort*, Rapport final, Juin 1995.

ARTICLES EN LIGNE

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS, *L'histoire des soins palliatifs*, en ligne: http://www.acsp.net/a_propos/histoire.htm.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS, Les soins palliatifs, en ligne: < <http://www.sfap.org/content/view/3/27/>>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *The Impact of Cancer*, 2005, en ligne: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/cancer.aspx.

NOTES

1. Avec la collaboration de M^e Etienne Bergevin Byette.
2. Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après OMS), environ 30 % des décès enregistrés au Canada sont attribuables au cancer. Ce chiffre risque inévitablement d'augmenter dans le futur ce qui entraînera une plus grande demande pour les soins palliatifs. Voir à cet effet: ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *The Impact of Cancer*, 2005, en ligne: <http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/cancer.aspx>
3. COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie à la mort*, Rapport final, juin 1995, p.15.
4. Hubert REID, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, Montréal, Wilson Lafleur, 3^e édition, p. 204.
5. L.Q., 1991, c. 64.
6. Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 2^e édition, Cowansville, Édition Yvon Blais, p. 272.



7. Édith DELEURY et Dominique GOUBEAU, *Le droit des personnes physiques*, Cowansville, 3^e édition, Édition Yvon Blais, p. 106.
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2005, p. 17; SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS, Les soins palliatifs, en ligne: < <http://www.sfap.org/content/view/3/27/>>.
9. Article 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (R.-U.), 30 & 31 Vict., c. 3.
10. L.R.Q., chapitre S-4.2.
11. JUDICO, Collection Lois et règlement, *Services de santé et services sociaux*, 2006, Montréal, Wilson Lafleur, à la p.16.
12. *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (1982 R.-U., c. 11)].
13. Patrice GARANT, «Vie, liberté, sécurité et justice fondamentale» dans Gérald-A BEAUDOUIN et Errol MENDES, *Charte canadienne des droits et libertés*, 4^e édition, Butterworths, 2005, p. 469.
14. L.R.Q., c. L-02.
15. P. GARANT, «Vie, liberté, sécurité et justice fondamentale», *loc. cit.*, note 12, p. 470.
16. (1983) C.S. 429.
17. *Id.*
18. (1993) 3 R.C.S. 519.
19. *Blencoe c. C.-B. (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307.
20. (1996) 3 R.C.S. 211.
21. Henri BRUN, *Chartes des droits de la personne. Législation, jurisprudence et doctrine*, 17^e édition, Collection alter ego, Montréal, Wilson & Lafleur, 2004, à la p. 791.
22. David J. ROY, John R. WILLIAM, B. M. DICKENS et J.-L. BEAUDOUIN, *La Bioéthique, ses fondements et ses controverses*, Montréal, ERPI, 1995, p. 431.
23. *Id.*, p. 431.
24. R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, *op. cit.*, note 5, p. 297.
25. COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie à la mort*, *loc. cit.*, note 2.
26. *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.); *Hôtel-Dieu de Roberval c. C.S. (C.A.)* J.E. 2002-428.
27. [1992] R.J.Q. 361(C.S.).
28. Article 11 C.c.Q.
29. 1996, ch. 23; voir les articles 23.1 et suivant de la *Loi sur l'assurance-emploi*.
30. *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519; **Pour une ouverture à la décriminalisation de l'aide au suicide voir la décision R. c. Houle**, [2006] R.J.Q. 787 (C.S.), où une mère qui a aidé son fils à se suicider est condamnée à une probation de trois ans, voir aussi: *R. c. Bergeron*, (C.Q.) J.E. 2006-2347.
31. *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, *précitée*, à la note 27, p. 113-114.
32. L.R., 1985, ch. C-46.
33. Dans certaines circonstances, l'acte d'euthanasie peut constituer un meurtre au second degré.
34. COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie à la mort*, *loc. cit.*, note 2.
35. *Id.*
36. *Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement)*, Projet de loi C-407, 1^{re} session, 38^e législature, 53-54 Elizabeth II, 2004-2005.
37. COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie à la mort*, *loc. cit.*, note 2.
38. Barry ROSENFELD, *Assisted Suicide and the right to die*, The interface of social science, public policy, and medical ethics, American psychological association, Washington DC, 2004, aux p. 174-176.





39. Roy J. ROMANOW, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, novembre 2002.
40. COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE, *De la vie à la mort*, *loc. cit.*, note 2.
41. *Loi relative aux soins palliatifs*, 26 octobre 2002, 2000-06-14/46.
42. Mia DE SCAMPHELAERE, *Proposition de résolution à apporter un appui plus substantiel aux soins palliatifs*, Sénat de Belgique, Session 2005-2006, 3-1480/1.
43. Il est à noter que l'Espagne a aussi adopté une loi pour encadrer les soins palliatifs.
44. Article 2 de la *Loi relative aux soins palliatifs*.
45. R. J. ROMANOW, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *loc. cit.*, note 34.
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2005.



