



BIBLIOTHÈQUE du PARLEMENT

LIBRARY of PARLIAMENT

ÉTUDE GÉNÉRALE



L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada

Publication n° 2010-68-F
Révisée le 3 décembre 2010

Julia Nicol
Marlisa Tiedemann
Dominique Valiquet

Division des affaires juridiques et législatives
Service d'information et de recherche parlementaires

L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada **(Étude générale)**

La présente publication est aussi affichée en versions HTML et PDF sur IntraParl (l'intranet parlementaire) et sur le site Web du Parlement du Canada.

Dans la version électronique, les notes de fin de document contiennent des hyperliens intégrés vers certaines des sources mentionnées.

This publication is also available in English.

Les **études générales** de la Bibliothèque du Parlement présentent et analysent de façon objective et impartiale diverses questions d'actualité sous différents rapports. Elles sont préparées par le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque, qui effectue des recherches et fournit des informations et des analyses aux parlementaires ainsi qu'aux comités du Sénat et de la Chambre des communes et aux associations parlementaires.

TABLE DES MATIÈRES

1	DÉFINITION DU SUJET	1
2	CONTEXTE ET ANALYSE.....	1
2.1	Historique	1
2.2	Considérations juridiques.....	3
2.2.1	Le <i>Code criminel</i> et l'euthanasie	4
2.2.2	Le <i>Code criminel</i> et l'aide au suicide.....	6
2.2.3	Autres affaires soumises aux tribunaux canadiens.....	8
2.2.4	Le droit de refuser un traitement médical.....	12
2.2.5	Les directives préalables.....	12
2.2.6	Rapports, politiques et consultations.....	14
3	MESURES PARLEMENTAIRES.....	17
4	CHRONOLOGIE	20
5	BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE.....	24

L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE AU CANADA *

1 DÉFINITION DU SUJET

En raison des progrès accomplis dans le domaine médical, il est désormais possible de prolonger la vie et de retarder la mort. Toutefois, la capacité de vivre plus longtemps s'accompagne souvent, chez ceux qui souffrent de maladies dégénératives ou incurables, d'une qualité de vie diminuée. Divers facteurs ont amené les gens à vouloir avoir leur mot à dire sur les décisions relatives à la vie et à la mort; mentionnons le désir de se voir épargner une longue agonie, l'incidence accrue de maladies incurables comme le sida et la maladie d'Alzheimer, et une meilleure compréhension des moyens par lesquels la technologie médicale parvient à prolonger la vie et à influencer sur sa fin. Ces facteurs ont également ravivé l'intérêt pour l'euthanasie et le suicide assisté. Ces deux sujets de préoccupation sont liés à la question plus générale des soins prodigués en fin de vie, laquelle touche notamment l'abstention ou l'interruption de traitement médical, des questions qui débordent toutefois le cadre du présent document.

2 CONTEXTE ET ANALYSE

2.1 HISTORIQUE

L'euthanasie a beaucoup attiré l'attention des médias ces derniers temps; toutefois, ni cette pratique ni la controverse qui l'entoure ne sont nouvelles. Aujourd'hui, on insiste sur les distinctions conceptuelles qui existent entre l'euthanasie, le suicide et l'interruption de traitement; autrefois, de telles distinctions n'existaient pas et l'euthanasie était généralement synonyme de suicide. La tolérance à l'égard du suicide qui s'est développée dans l'Antiquité à l'époque classique traduisait jusqu'à un certain point un mépris pour la faiblesse, la maladie et l'incapacité de jouer un rôle dans la société après un certain âge. Mais, en même temps, elle témoignait du désir de mener une « vie bonne et utile », ce qui était presque impossible en cas de déclin physique marqué. Dans l'Antiquité, les Grecs et les Romains ont réussi à dissiper l'ombre et le mystère qui entouraient le suicide et à faire en sorte qu'il fasse l'objet du discours et du débat publics.

L'intolérance à l'égard du suicide a commencé à prendre racine aux II^e et III^e siècles de notre ère et elle est devenue de plus en plus marquée sous l'influence du christianisme. Alors que, chez les Anciens, le suicide n'était critiqué que s'il était illogique ou sans fondement, les chrétiens ont considéré cet acte comme une forme de provocation directe ou d'ingérence à l'égard de la volonté de Dieu; par conséquent, les suicidés n'avaient pas droit à un enterrement en terre sacrée et leur geste déshonorait leur famille. Saint Augustin lui-même a déclaré que « la vie et ses souffrances sont des ordres divins et doivent être acceptées en conséquence ». Au XIII^e siècle, les enseignements de saint Thomas d'Aquin ont illustré parfaitement l'intolérance à l'égard du suicide. Selon saint Thomas, le suicide enfreint le commandement biblique interdisant de tuer et constitue, au bout du compte, le péché le plus dangereux, parce qu'il exclut toute possibilité de repentir.

L'incidence des découvertes scientifiques et médicales ces derniers temps a changé la nature du débat sur le suicide. La capacité de plus en plus grande des médecins de traiter les maladies physiques et de prolonger la vie a poussé l'État à s'intéresser plus directement aux questions de la vie et de la mort dans le contexte médical. Les progrès de la science et de la médecine sont venus compliquer l'adhésion rigoureuse aux principes et aux enseignements religieux. Des questions comme la mort assistée médicalement et l'interruption de traitement, qui sont au cœur du débat actuel, remontent à cette période. Au début du XIX^e siècle, la profession médicale a longuement discuté de l'euthanasie. Les philosophes et les théologiens ont également participé à ce débat, qui a surtout porté sur la question de la « qualité de la vie » et sur le droit pour un être humain de déterminer quand cette qualité s'est dégradée au point où il devient acceptable de cesser de vivre.

En Amérique du Nord, la cause qui a fait date en matière de qualité de la vie et d'interruption de traitement est celle de Karen Ann Quinlan, une jeune femme de 21 ans qui a plongé dans le coma après avoir subi des lésions irréversibles au cerveau à la suite d'un épisode de sa vie où elle consommait de l'alcool et des drogues. Dans ces circonstances, les parents de Karen Ann ont signé une autorisation permettant aux médecins de débrancher le respirateur qui maintenait leur fille en vie. Devant le refus d'obtempérer opposé par l'hôpital, les Quinlan ont demandé aux tribunaux d'infirmer cette décision. En 1976, pour donner suite à un jugement en ce sens de la Cour suprême du New Jersey, l'hôpital a débranché le respirateur, mais c'est en 1985 que Karen Ann Quinlan est décédée, dans un foyer de soins de santé où elle avait vécu une dizaine d'années dans le coma et sous perfusion.

Au Canada, la fréquence croissante d'états chroniques, comme la maladie d'Alzheimer, ou de maladies incurables, comme le sida et certaines formes de cancer, fait que les malades qui en souffrent arrivent à savoir, avant de devenir incapables, ce que leur réserve vraisemblablement l'avenir. C'est la raison pour laquelle un certain nombre font des démarches dans l'espoir d'avoir une influence directe plus grande sur les soins médicaux qu'ils recevront. Or, certains de ces malades demandent qu'on les aide à mourir. Le cas de Sue Rodriguez a joué un rôle charnière dans la législation canadienne; il en est d'ailleurs question plus en détail ci-dessous.

En général, les Canadiens savent très bien pour la plupart dans quelle mesure la technologie médicale peut prolonger la vie, abstraction faite des considérations relatives à la qualité de vie des malades. Aussi beaucoup réfléchissent-ils sérieusement aux limites au-delà desquelles ils ne tiennent pas à prolonger les traitements médicaux qu'ils pourraient subir ou qui pourraient être administrés aux membres de leur famille.

Le coût de plus en plus élevé des soins de santé est un autre facteur pertinent. Les estimations selon lesquelles les coûts de soins de santé les plus élevés sont engagés dans les derniers jours de la vie illustrent l'équilibre délicat qui s'établit entre le maintien de la vie et la volonté de contenir les dépenses en matière de soins de santé. Selon certains analystes des politiques en matière de santé, ce fait deviendra de plus en plus évident à mesure que la majorité des gens atteindront l'âge à partir duquel les coûts relatifs aux soins de santé et les coûts connexes s'accroissent.

Les tenants actuels de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté justifient leur position en s'appuyant sur un certain nombre de motifs, notamment :

- leurs craintes relativement à l'autonomie individuelle et à la liberté de choix des personnes;
- les limites de l'efficacité des soins palliatifs en ce qui concerne la réduction de la douleur et de la souffrance de toutes les personnes;
- l'argument selon lequel la loi¹ viole l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, car contrairement aux personnes physiquement aptes, les personnes ayant une déficience physique ne sont pas en mesure de se suicider²;
- la reconnaissance du fait que le suicide assisté a cours, malgré son caractère illégal, et se produit en l'absence de contrôles suffisants;
- l'argument selon lequel la distinction entre l'abstention ou l'interruption de traitement (qui sont des pratiques acceptées) et le suicide assisté ne résiste pas à l'examen, car il n'y a pas de véritable portée morale à la distinction entre l'acte et l'omission³.

En revanche, les opposants à la légalisation soulèvent souvent les arguments suivants :

- l'importance de préserver la valeur sociale fondamentale du respect de la vie, et le fait que tuer soit un acte intrinsèquement mauvais;
- le sentiment que la légalisation peut entraîner des abus, en particulier à l'endroit des personnes vulnérables;
- la possibilité que, dans certains cas, des personnes veuillent recourir au suicide assisté par manque de ressources financières ou institutionnelles;
- l'argument de la « pente dangereuse », selon lequel le fait de permettre à des personnes capables d'accéder au suicide assisté pourrait entraîner des changements dans la loi quant aux personnes incapables, c'est-à-dire les personnes âgées de moins de 18 ans ou incapables de décider d'elles-mêmes pour diverses raisons, dont la maladie mentale;
- la possibilité que des mesures législatives permettant l'euthanasie puissent limiter l'amélioration des soins aux mourants, car il serait alors « plus rapide et plus facile » de promouvoir le suicide assisté ou l'euthanasie que la recherche sur les soins palliatifs⁴.

2.2 CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Les définitions de l'euthanasie et de l'aide au suicide (ou suicide assisté) peuvent varier dans le cadre des discussions, mais celles qui suivent sont tirées du rapport du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté, *De la vie et de la mort*⁵, examiné plus en détail ci-dessous. L'*euthanasie* est un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances. L'*aide au suicide* désigne le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux.

L'*euthanasie est volontaire* lorsqu'elle est pratiquée conformément aux vœux d'une personne capable ou à une directive préalable valide. L'*euthanasie est non volontaire* lorsqu'elle est pratiquée sans que l'on connaisse les vœux d'une personne, qu'elle soit capable ou non. L'*euthanasie involontaire*, qui est assimilée au meurtre ou à l'homicide involontaire coupable, est pratiquée à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalable valide⁶.

La personne *capable* est apte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ainsi qu'à communiquer cette décision. Par contre, la personne *incapable* est inapte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ou à communiquer cette décision.

2.2.1 LE CODE CRIMINEL ET L'EUTHANASIE

Un certain nombre de dispositions du *Code criminel* ont trait à l'euthanasie et à l'interruption de traitement⁷.

L'article 14 du *Code* prévoit que :

Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement.

Dans le contexte médical, un médecin qui, à la demande d'un patient, injecterait à celui-ci une substance délétère serait criminellement responsable du décès du patient.

D'autres dispositions du *Code criminel* peuvent également entrer en jeu, selon les circonstances, notamment :

- l'article 45 (Opérations chirurgicales);
- l'article 215 (Devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence);
- l'article 216 (Obligation des personnes qui pratiquent des opérations dangereuses);
- l'article 217 (Obligation des personnes qui s'engagent à accomplir un acte);
- l'article 219 (Négligence criminelle);
- l'article 220 (Le fait de causer la mort par négligence criminelle);
- l'article 221 (Causer des lésions corporelles par négligence criminelle);
- l'article 222 (Homicide)⁸;
- l'article 229 (Meurtre);
- l'article 231 (Classification [des meurtres]);
- l'article 234 (Homicide involontaire coupable);
- l'article 245 (Fait d'administrer une substance délétère);
- l'article 265 et les articles subséquents (les diverses dispositions touchant les voies de fait et les lésions corporelles).

En théorie, on s'attendrait à ce qu'un cas d'euthanasie soit traité comme une affaire de meurtre au premier degré, puisque l'intention est de causer la mort, ce qui correspond à la définition du meurtre, et que l'acte est la plupart du temps commis avec préméditation et de propos délibéré, ce qui correspond à la définition de meurtre au premier degré. Cependant, les accusations portées en matière d'euthanasie ont surtout varié en fonction d'autres critères : le fait que l'intention première était de soulager la souffrance, l'attitude imprévisible des jurés et la difficulté, sur le plan technique, de prouver la cause exacte de la mort chez une personne qui, de toute façon, approchait de la fin de sa vie et prenait de grandes quantités d'analgésiques. Les accusations au Canada vont du fait d'administrer une substance délétère jusqu'au meurtre, en passant par l'homicide involontaire coupable.

Le cas d'euthanasie le plus publicisé au Canada est celui de Robert Latimer : en 1993, l'homme a tué sa fille handicapée de 12 ans, Tracy, en la plaçant dans la cabine de son camion et en y faisant passer les gaz d'échappement du moteur. Tracy, gravement atteinte de paralysie cérébrale, ne pouvait ni marcher, ni parler, ni s'alimenter seule. Elle souffrait considérablement; M. Latimer a affirmé à la police que sa priorité était de soulager les souffrances de sa fille.

M. Latimer a été accusé de meurtre au premier degré, reconnu coupable de meurtre au deuxième degré par un jury et condamné à l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans. Il a, par la suite, été débouté de son appel devant la Cour d'appel de la Saskatchewan. Cependant, en février 1996, la Cour suprême a accepté d'entendre un deuxième appel, et en juin 1996, le procureur de la Couronne du premier procès a été accusé de tentative d'entrave à la justice pour être intervenu auprès des candidats jurés. En février 1997, par suite des allégations d'intervention auprès des candidats jurés, la Cour suprême du Canada a ordonné que M. Latimer subisse un nouveau procès.

À la fin de 1997, M. Latimer a de nouveau été déclaré coupable de meurtre au deuxième degré. À l'audience de détermination de la peine, l'avocat de M. Latimer a affirmé que ce dernier devrait faire l'objet d'une exemption constitutionnelle ou que le juge devrait, dans les circonstances, considérer que la sentence minimale obligatoire de dix ans constituait une peine cruelle et inusitée, qui aurait violé les droits de son client aux termes de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Le 1^{er} décembre 1997, dans une décision qui a surpris la plupart des commentateurs juridiques, le juge a statué qu'une peine de dix ans serait exagérément disproportionnée par rapport à l'infraction commise. Il a donc condamné M. Latimer à une peine de deux ans moins un jour, dont la moitié devait être purgée dans une prison provinciale et la moitié sur la ferme de l'inculpé. La peine a fait l'objet d'un appel.

La Cour d'appel de la Saskatchewan a confirmé son verdict précédent, mais a réduit la peine minimale obligatoire de dix ans de détention en signalant en substance que le Parlement aurait toujours le loisir de modifier la loi en y énonçant les critères régissant la détermination de la peine dans les cas de « meurtre "par compassion" ».

La Cour suprême du Canada a accueilli la requête en appel de M. Latimer aux motifs que le jury aurait peut-être dû avoir la possibilité d'appliquer la défense de nécessité, que le juge de première instance aurait dû aviser le jury que M. Latimer, en tant que

fondé de pouvoir de sa fille, avait légalement le droit de décider pour elle qu'elle voulait se suicider, et que la peine minimale dont le meurtre s'assortit était peut-être cruelle et inusitée dans les circonstances, contrairement à ce que prévoit la *Charte*. En janvier 2001, la Cour a confirmé la condamnation et la sentence⁹, mais a signalé que l'article 749 du *Code criminel* reconnaît à la Couronne la prérogative de la clémence, prérogative dont l'exécutif peut se prévaloir, mais non les tribunaux.

En février 2008, la section d'appel de la Commission nationale des libérations conditionnelles a accordé à M. Latimer une libération conditionnelle de jour (semi-liberté); aussi a-t-il été libéré sous conditions en mars de la même année. En première instance, la Commission lui avait refusé une telle libération en décembre 2007, mais en novembre 2010, elle lui a octroyé une libération conditionnelle totale.

2.2.2 LE CODE CRIMINEL ET L'AIDE AU SUICIDE

En vertu de l'article 241 du *Code criminel*, est coupable d'un acte criminel quiconque conseille à une personne de se donner la mort, bien que le suicide en lui-même ne soit plus un acte criminel. En effet :

241. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas

a) conseille à une personne de se donner la mort;

b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort,

que le suicide s'ensuive ou non.

La validité de l'article 241 a été contestée, en 1992, au titre de la *Charte canadienne des droits et libertés*, dans l'affaire de Sue Rodriguez, une femme souffrant de sclérose latérale amyotrophique, ou maladie de Lou Gehrig. M^{me} Rodriguez a tenté de faire abroger cet article, pour le motif qu'il empêche un malade en phase terminale de réaliser son suicide avec l'aide d'un médecin. Elle a prétendu que son droit « à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne » qui, à son avis, comprenait le droit relatif au contrôle de la méthode, du moment et des circonstances de la mort, lui était refusé par l'article 241. M^{me} Rodriguez a été déboutée en première instance. La décision a été portée en appel; M^{me} Rodriguez a été déboutée une fois de plus, dans une décision à deux contre un.

M^{me} Rodriguez a appelé de cette décision devant la Cour suprême du Canada, qui a rejeté l'appel dans une décision à cinq contre quatre¹⁰. M^{me} Rodriguez avait soutenu devant la Cour que l'alinéa 241 b) du *Code criminel*, qui interdit à quiconque d'aider ou d'encourager quelqu'un à se donner la mort, violait les articles 7, 12 et 15 de la *Charte*.

La Cour a statué, à la majorité, que, bien que l'alinéa 241 b) prive M^{me} Rodriguez du droit à la sécurité de sa personne que lui garantit l'article 7 de la *Charte*, cette privation est justifiée parce qu'elle est conforme aux principes de justice fondamentale. S'exprimant au nom de la majorité, le juge Sopinka a déclaré que le respect de la vie est un principe fondamental au sujet duquel il y a un consensus important au

Canada. L'interdiction de l'aide au suicide reflète ce consensus et vise à protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à se donner la mort. À son avis, permettre l'aide au suicide porterait atteinte au principe du caractère sacré de la vie et donnerait à penser que l'État sanctionne le suicide. De plus, les craintes d'abus possibles et la difficulté que pose la formulation de garanties destinées à prévenir les abus font qu'il est nécessaire d'interdire l'aide au suicide.

La majorité a également rejeté l'argument selon lequel l'alinéa 241 b) infligeait à M^{me} Rodriguez un traitement cruel et inusité au sens de l'article 12 de la *Charte*.

Le juge Sopinka a admis que les droits à l'égalité de M^{me} Rodriguez, garantis par le paragraphe 15(1) de la *Charte*, avaient été violés, mais il a ajouté que cette violation était justifiée au sens de l'article premier de la *Charte*. Il a fait remarquer que l'alinéa 241 b) a pour objet de protéger les personnes vulnérables contre le contrôle d'autrui sur leur vie. L'introduction d'une exception à l'interdiction de l'aide au suicide pour certains groupes ou certaines personnes créerait une inégalité et confirmerait l'argument selon lequel un tel geste ouvrirait la voie à la pratique généralisée de l'euthanasie (l'argument « du doigt dans l'engrenage »). À son avis, l'élaboration de garanties destinées à prévenir les abus n'est pas une solution satisfaisante et ne contribue pas de façon suffisante à dissiper les craintes d'abus possibles. Même si une exception était introduite pour aider les malades en phase terminale, rien ne garantit que l'aide au suicide se limiterait aux personnes qui souhaitent sincèrement mourir.

Dans son opinion dissidente, la juge McLachlin a soutenu que l'alinéa 241 b) viole l'article 7 de la *Charte*. Elle a conclu qu'il serait contraire aux principes de justice fondamentale de priver M^{me} Rodriguez d'un choix qui est accordé aux personnes non handicapées pour la seule raison que d'autres pourraient être victimes d'abus. À son avis, on se sert de M^{me} Rodriguez comme « bouc émissaire » pour protéger les personnes qui pourraient être persuadées, à tort, de se donner la mort.

Le juge en chef Lamer a fondé son opinion dissidente sur le paragraphe 15(1) de la *Charte*. Il a soutenu que l'alinéa 241 b) crée une inégalité du fait qu'il empêche les personnes physiquement incapables de mettre fin à leur vie sans aide, de choisir le suicide sans contrevenir à la loi; celles qui sont capables de mettre un terme à leurs jours sans aide, toutefois, peuvent le faire en toute impunité. Même s'il a dit craindre que la décriminalisation de l'aide au suicide accentue le risque que les handicapés physiques soient manipulés par d'autres personnes, il a affirmé que de telles conjectures ainsi que l'argument du « doigt dans l'engrenage » ne justifiaient pas l'imposition d'une restriction à ceux qui ne sont pas vulnérables et qui consentent librement à se donner la mort.

Le juge Cory, a appuyé, dans son opinion dissidente, le redressement proposé par le juge en chef Lamer, tant pour les motifs avancés par le juge en chef lui-même que pour ceux qu'a invoqués la juge McLachlin. Il a affirmé que le droit de mourir avec dignité devrait être protégé par l'article 7 de la *Charte* et que les malades en phase terminale devraient pouvoir obtenir de l'aide pour mettre fin à leur vie.

2.2.3 AUTRES AFFAIRES SOUMISES AUX TRIBUNAUX CANADIENS

En Colombie-Britannique, il y a eu une enquête sur le décès d'une fillette de 10 ans atteinte du syndrome de Rett, une affection neurologique rare qui cause notamment de graves troubles d'alimentation. Au moment de sa mort, en mai 1996, Katie Lynn Baker ne pesait que 22 livres, était gravement handicapée et ne pouvait pas parler, de sorte qu'elle ne pouvait communiquer avec personne, sauf les proches qui lui dispensaient des soins. D'après le rapport du coroner, quand l'hospitalisation est devenue la seule façon de tenir la petite en vie, sa mère a cherché à savoir quelle était sa volonté quant à la possibilité d'être branchée ou alimentée artificiellement. Selon l'interprétation de la mère, l'enfant a refusé d'être soumise à un traitement de ce genre. Pour empêcher que Katie ne soit soumise à un traitement auquel elle ne consentait pas, sa mère l'a retirée de chez elle et l'a emmenée ailleurs; la petite est décédée quelques jours plus tard.

Le jury a déterminé que la mort était attribuable à une malnutrition aiguë, par suite d'un apport nutritionnel insuffisant pendant une certaine période, causé directement ou indirectement par un tiers. Il a donc conclu qu'il y avait eu homicide; cependant, le coroner qui présidait l'enquête a souligné que le jugement d'homicide ne supposait pas de culpabilité de la part d'une personne ou d'un agent et que dans l'enquête du coroner, le terme était neutre et n'impliquait ni faute ni blâme.

Le 6 mai 1997 était arrêtée, à Halifax, la D^{re} Nancy Morrison, accusée du meurtre au premier degré d'un patient cancéreux en phase terminale. Le patient, du nom de Mills, souffrait d'un cancer de l'œsophage, et son état obligeait à faire l'ablation de l'œsophage et à déplacer l'estomac pour effectuer le raccord. Tous les traitements possibles avaient été tentés, mais sans succès. Au 9 novembre 1996, il n'y avait plus aucun espoir de guérison. La famille du patient a alors été consultée, et tous ont convenu, conformément à ce que prévoit l'usage habituel en pareilles circonstances, de mettre fin aux mesures de maintien de la vie.

Lorsqu'on a arrêté le respirateur, on a administré à M. Mills des médicaments antidouleur, dont on a plusieurs fois augmenté la dose, mais le patient est demeuré très souffrant, ne respirant que de façon haletante. Selon un témoin expert appelé à témoigner, M. Mills a reçu des doses de médicaments au-delà du seuil léthal, chose qu'il n'avait jamais vue. Le patient demeurant très souffrant, la D^{re} Morrison lui a d'abord donné de la nitroglycérine, puis lui a injecté du chlorure de potassium. Administré de cette façon et en pareille dose, le chlorure de potassium arrête le cœur.

En février 1998, le juge Hughes Randall a refusé de citer la D^{re} Morrison à procès, soulignant que M. Mills avait reçu d'énormes quantités de Dilaudid, de morphine et d'autres médicaments antidouleur avant même qu'elle n'intervienne pour la première fois. Ces doses, même si elles pouvaient causer la mort, avaient été administrées légalement, bien que sans succès, dans le but de soulager l'intense souffrance qu'éprouvait manifestement M. Mills après l'arrêt du respirateur. Le juge Randall a statué que, indépendamment de l'intention avec laquelle la D^{re} Morrison lui avait prétendument administré du chlorure de potassium, M. Mills aurait pu mourir des doses massives de médicaments antidouleur qu'il avait déjà reçues avant, ou même de causes naturelles, puisque la ligne intraveineuse par laquelle ces médicaments lui étaient administrés était obstruée.

À la lumière de ces conclusions, le juge Randall a déclaré en substance que s'il recevait des instructions claires, un jury ne pourrait pas reconnaître la prévenue coupable de l'infraction dont elle était accusée, ni d'une infraction incluse ni d'une autre infraction et qu'en conséquence, la prévenue était libre.

Cette décision a fait l'objet d'un appel que la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse a rejeté en novembre 1998. Le juge Hamilton ne souscrivait pas, pour sa part, à la décision prise à l'issue de l'enquête préliminaire, estimant que des preuves avaient été présentées au juge chargé de l'enquête qui auraient pu justifier un jury raisonnable à rendre un verdict de culpabilité d'homicide involontaire. Or, cela ne suffisait pas à casser la décision, dans la mesure où le juge Randall avait agi dans les limites de sa compétence, et la Cour suprême a jugé que tel était le cas. En décembre 1998, le ministère public a annoncé qu'il n'appellerait pas du verdict.

Toujours en 1998, le D^r Maurice Généreux a été le premier médecin à être trouvé coupable de suicide assisté au Canada. Il a plaidé coupable à deux chefs d'accusation d'avoir aidé et encouragé des patients à se suicider, après leur avoir prescrit une dose létale de médicament. Ces malades étaient atteints du VIH sans toutefois être en phase terminale. Ils étaient déprimés à ce moment-là, et le D^r Généreux savait qu'ils utiliseraient le médicament pour se suicider. Il a été condamné à une peine de deux ans moins un jour et à trois ans de probation, une peine plus sévère que celle infligée dans la plupart des autres cas de suicide assisté. La Cour d'appel de l'Ontario a maintenu la sentence. Le D^r Généreux a également perdu son droit d'exercer.

Plusieurs affaires, même si elles ne touchent pas directement l'euthanasie ou le suicide assisté, nécessitent néanmoins qu'on prenne des décisions tout aussi difficiles sur le plan des soins de fin de vie. On peut penser, par exemple, à un cas survenu en 1998, au Manitoba, qui a fait reculer la limite d'application des ordonnances de non-réanimation. Le 25 mai, Andrew Sawatzky a été admis au Riverview Health Centre de Winnipeg souffrant de la maladie de Parkinson et d'autres maux. Le médecin chargé de l'admission, le D^r Engel, estimait qu'il ne conviendrait pas de réanimer M. Sawatzky en cas d'arrêt cardiaque, mais il a consenti à la demande de M^{me} Sawatzky et ordonné qu'on réanime le patient au besoin, malgré sa propre opinion sur la question.

Au cours de l'été, le D^r Engel a décidé que M. Sawatzky avait besoin de subir un traitement médical spécifique, soit une trachéostomie avec installation d'une sonde à ballonnet. M^{me} Sawatzky a refusé de consentir à l'opération et a demandé un ordre de surveillance, qui lui a été accordé en vertu de la *Loi sur la santé mentale* du Manitoba. Cela a eu pour effet de faire du curateur public le tuteur de la personne de M. Sawatzky et de lui conférer le pouvoir de consentir à des traitements médicaux en son nom.

L'état de M. Sawatzky continuant de se détériorer, le D^r Engel a ordonné la non-réanimation à la fin d'octobre 1998. M^{me} Sawatzky a engagé un avocat et demandé une injonction interlocutoire suspendant l'exécution de l'ordonnance de non-réanimation jusqu'à ce que sa cause soit entendue. L'hôpital défendeur s'est opposé à la requête aux motifs que 1) cela obligerait un médecin à administrer un traitement

médical qu'il pourrait juger ne pas être dans le meilleur intérêt du patient et, ainsi, à enfreindre le Code de déontologie du Collège des médecins et que 2) rien dans la loi ne permet d'obliger un médecin à agir de la sorte.

En novembre 1998, la juge Holly Beard a accordé l'injonction interlocutoire, mais à certaines conditions. L'ordonnance de non-réanimation a été retirée, et le curateur public et l'hôpital défendeur ont tous deux reçu l'ordre d'obtenir chacun un avis médical indépendant sur l'état de santé dans lequel M. Sawatzky se trouvait alors et sur l'opportunité de l'ordonnance de non-réanimation. La Cour a énoncé en substance les questions d'intérêt public dans les termes suivants : 1) Dans quelles circonstances factuelles un médecin ou un établissement de santé peuvent-ils émettre une ordonnance de non-réanimation? 2) Ces circonstances factuelles existent-elles en l'espèce? 3) Un médecin d'un établissement de santé peut-il émettre une ordonnance de non-réanimation à laquelle le patient ou la personne habilitée à approuver les traitements médicaux en son nom refuse de consentir?

Selon les médias, les deux avis médicaux indépendants avaient été rendus en janvier 1999, et leurs auteurs convenaient tous deux que M. Sawatzky n'était pas en mesure de prendre ou de communiquer des décisions éclairées et que l'ordonnance de non-réanimation était indiquée. Le 26 octobre 1999, M. Sawatzky est décédé au Victoria General Hospital de Winnipeg à l'âge de 79 ans. M^{me} Sawatzky devait retourner devant les tribunaux deux jours plus tard afin de continuer sa lutte pour obtenir le droit de prendre les décisions relatives aux traitements médicaux au nom de son époux. L'affaire Sawatzky n'est pas unique. Il existe bien d'autres cas opposant le personnel médical aux membres d'une famille.

Plus récemment, on a porté des accusations d'aide au suicide en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario. Le 5 novembre 2004, un tribunal de la Colombie-Britannique a acquitté Evelyn Martens, 73 ans, d'accusations d'avoir aidé et encouragé deux femmes à se suicider en 2002. M^{me} Martens, qui était membre active de la Right to Die Society of Canada, avait fait parvenir de la documentation aux deux femmes et aurait apparemment admis avoir été présente au moment de leur décès.

Le 28 septembre 2004, Marielle Houle a été accusée d'avoir aidé et encouragé son fils de 36 ans, un auteur dramatique bien connu, à se suicider. Le 23 janvier 2006, M^{me} Houle a reconnu sa culpabilité, et quatre jours plus tard, elle a été condamnée à trois ans de probation sous conditions. Son avocat avait allégué qu'une peine d'un an avec sursis serait suffisante; son adversaire de la Couronne avait insisté sur la gravité de l'infraction, sans toutefois se prononcer sur la peine à imposer dans les circonstances.

Le juge de la Cour supérieure du Québec a souligné dès le départ qu'il fallait prendre en compte les circonstances particulières de l'affaire et que la peine imposée à M^{me} Houle ne devait pas servir de modèle dans d'autres cas. Il a précisé qu'il n'appartenait pas à la Cour de légiférer sur la question de l'aide au suicide ni de formuler une opinion sur les dispositions législatives en la matière; c'est aux législateurs d'établir la loi et aux citoyens d'élire les législateurs. Pour ce qui a trait au crime commis par M^{me} Houle, il a fait observer que, compte tenu des circonstances

particulières de cette affaire, les risques de récidive étaient inexistants et que, M^{me} Houle ne représentant pas une menace pour la société, il n'y avait aucune raison de l'incarcérer. Le juge a ajouté que l'incarcération n'aurait pas nécessairement un effet dissuasif sur les personnes qui envisageraient de commettre le même crime puisqu'il est bien connu que cette mesure ne constitue pas un moyen de dissuasion efficace.

En juillet 2005, André Bergeron a été accusé de tentative de meurtre sur la personne de sa conjointe, Marielle Gagnon, chez qui on avait diagnostiqué, 25 ans auparavant, les symptômes de l'ataxie de Friedreich (une maladie dégénérative qui s'attaque principalement au système nerveux). M. Bergeron avait communiqué avec les autorités après avoir tenté d'asphyxier M^{me} Gagnon au moyen d'un sac de plastique. Celle-ci était inconsciente lorsqu'on l'a transportée à l'hôpital, où elle est décédée trois jours plus tard. Des voisins ont raconté aux médias que M^{me} Gagnon avait demandé à M. Bergeron de ne pas la ranimer ou de ne laisser personne la ranimer en cas d'arrêt cardiaque. Au mois de février 2006, l'avocat de M. Bergeron a déclaré que l'accusation de tentative de meurtre déposée contre son client devrait être remplacée par une accusation d'aide au suicide. Le 19 octobre 2006, M. Bergeron a été condamné à trois ans de probation pour voies de fait graves.

En septembre 2006, un homme de 62 ans, Raymond Kirk, a plaidé coupable à une accusation d'avoir aidé sa femme à se suicider. En raison d'un spasme au dos, Patricia Kirk souffrait de douleurs aiguës, et aucun spécialiste n'arrivait ni à établir un diagnostic ni à la soulager. La Cour de justice de l'Ontario a suspendu la sentence de M. Kirk et lui a imposé une période de probation de trois ans.

En mai 2007, un jeune homme d'Alma (Québec), Stéphan Dufour, a été accusé d'avoir aidé son oncle, Chantal Maltais, à se pendre. M. Maltais, âgé de 49 ans, souffrait de dystrophie musculaire et était dans un fauteuil roulant. La Couronne a déposé une accusation contre M. Dufour en vertu de l'article 241 du *Code criminel* (aide au suicide). L'accusé a été acquitté par un jury en décembre 2008 en raison de ses capacités mentales limitées. L'appel a été entendu par la Cour d'appel du Québec en avril 2010, mais cette dernière ne s'était pas encore prononcée au moment de la publication du présent document.

En juin 2007, un tribunal de Colombie-Britannique a condamné le D^r Ramesh Kumar Sharma, un médecin de famille, pour avoir aidé Ruth Wolfe, une femme de 93 ans qui souffrait de problèmes cardiaques, à se suicider en lui prescrivant une dose létale de médicaments. Le tribunal lui a imposé une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour à purger dans la communauté (emprisonnement avec sursis). Son droit d'exercer lui a aussi été retiré par le Collège des médecins de la province.

En juillet 2007, la GRC a décidé de ne pas porter d'accusations dans le cas du suicide assisté d'Elizabeth MacDonald, une Canadienne atteinte de sclérose en plaques décédée en Suisse avec l'aide de l'organisation Dignitas. Son mari, Eric MacDonald, était à ses côtés au moment du suicide. La GRC a affirmé qu'aucune infraction au *Code criminel* n'avait été commise au Canada.

En mai 2010, un tribunal ontarien a déclaré Peter Fonteece coupable de négligence criminelle causant la mort et l'a condamné à la peine qu'il avait déjà purgée (70 jours avant procès) et à 12 mois de probation pour avoir conclu un pacte de suicide avec sa femme. Cette dernière est décédée, mais M. Fonteece a échoué dans sa propre tentative. Même si M. Fonteece était présent au moment de la mort de sa femme, le tribunal a rejeté l'accusation d'assistance au suicide. Toutefois, le tribunal a conclu que l'accusé n'avait pas cherché activement à lui sauver la vie. M. Fonteece a plaidé coupable à l'accusation de négligence criminelle causant la mort parce qu'il n'a pas respecté son obligation juridique, à titre d'époux, de chercher à obtenir des soins médicaux pour sauver la vie de sa femme lorsqu'elle a attenté à ses jours.

2.2.4 LE DROIT DE REFUSER UN TRAITEMENT MÉDICAL

La common law reconnaît à un adulte capable le droit de refuser un traitement médical ou d'exiger son interruption.

Dans une décision rendue en 1990, la Cour d'appel de l'Ontario a statué que les instructions relatives aux transfusions de sang, données lorsqu'un malade est capable de prendre des décisions, doivent être suivies même lorsque cette personne en devient incapable. La Cour a décidé que le médecin doit observer les instructions écrites d'un témoin de Jéhovah refusant toute transfusion, même en cas d'urgence, lorsque le malade est incapable de donner son consentement. Elle a toutefois souligné que cette décision ne s'appliquait qu'à l'affaire dont elle avait été saisie et non aux maladies en phase terminale ou incurables, lorsque le malade cherche à rejeter un traitement médical au moyen d'un testament euthanasique ou de directives médicales préalables, ni aux situations où la famille d'une personne qui se trouve dans un état végétatif persistant souhaite faire cesser le traitement médical.

Dans la décision rendue en janvier 1992¹¹ dans l'affaire Nancy B., la Cour supérieure du Québec a tranché qu'une patiente adulte capable, atteinte d'une maladie incurable et clouée au lit pour la vie avait le droit de demander à son médecin de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie. Dans sa décision, le juge Dufour a cité les articles du *Code civil du Québec* prévoyant que l'être humain est inviolable et que personne ne peut l'obliger à recevoir un traitement sans son consentement.

Cette affaire portait également sur la responsabilité criminelle du médecin qui, à la demande de Nancy B., devrait débrancher le respirateur. Après avoir évoqué les articles 216, 217, 45 et 219 du *Code criminel*, ainsi que les dispositions relatives à l'homicide, le juge a conclu que le médecin ne montrerait pas une insouciance déréglée ou téméraire s'il débranchait le respirateur à la demande de la patiente et laissait la maladie suivre son cours naturel. Il a également statué que le médecin n'aiderait pas la patiente à se suicider et ne commettrait pas non plus un homicide, puisque la mort de Nancy B. résulterait de sa maladie.

2.2.5 LES DIRECTIVES PRÉALABLES

Certaines provinces ont tenté de régler la question du traitement médical dans les cas où le patient devient incapable. Les directives préalables sont maintenant

considérées comme une solution possible. Communément appelée « testament biologique », la directive préalable est un document signé par une personne capable concernant les décisions en matière de soins de santé qui devraient être prises à son égard si elle devenait incapable de prendre de telles décisions. Dans le *Code civil du Québec*, la directive préalable est désignée sous le nom de « mandat ».

On peut classer les directives préalables dans deux catégories, soit :

- l'instruction, dans laquelle la personne établit les *types de traitement* qui ne peuvent lui être administrés si elle devient incapable;
- le mandat, dans lequel la personne établit *qui doit prendre ces décisions* à sa place.

Le « jugement substitué » fait appel à des critères subjectifs pour tenter de déterminer quelle aurait été la décision de la personne incapable si cette personne avait pu prendre cette décision. Le tribunal prend en considération toute opinion au sujet de l'interruption d'un traitement essentiel au maintien de la vie que la personne aurait pu exprimer avant de devenir incapable. Certains tribunaux ont adopté des exigences plus souples en matière de preuve et accepté les opinions occasionnelles et distantes exprimées par la personne incapable; d'autres encore ont tenu compte des convictions religieuses antérieures de la personne incapable, de ses choix de vie et des opinions de la famille et des amis au sujet du type de traitement qu'elle aurait choisi.

Le critère des « meilleurs intérêts » comprend l'examen des bienfaits et du prix de la poursuite du traitement. Les facteurs pris en considération comprennent l'état actuel de la personne, la gravité de la douleur et le pronostic ainsi que les risques, les effets secondaires et les bienfaits de diverses formes de traitement. Dans certaines situations, la qualité de vie et les intérêts de la famille du malade sont également pris en considération.

Il ne faut pas voir dans les directives préalables un document à caractère purement juridique. Une insuffisance ou une surabondance de détails peuvent susciter des problèmes d'interprétation et des désaccords entre les médecins et les membres de la famille sur le sens à donner aux directives. Comme la plupart des gens ne tiennent pas leurs directives préalables à jour, les membres de leur famille peuvent estimer que des directives écrites il y a longtemps ne traduisent plus l'opinion actuelle du patient. Il peut aussi arriver que le personnel médical ignore que des directives préalables existent.

Beaucoup de ces problèmes découlent de la conception traditionnelle des directives préalables, que l'on croit fondées sur le principe de l'autonomie du patient. Depuis quelque temps, toutefois, on considère de plus en plus qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'un processus de planification et de communication qui aide les gens à se préparer à la mort des êtres qui leur sont chers. Rédiger des directives préalables en matière de soins médicaux peut faciliter les discussions entre les personnes et leur famille; cela peut aussi orienter et soutenir les fondés de pouvoir dans la prise des décisions difficiles qui leur incombent à l'égard des traitements de maintien de la vie. Si les proches et les médecins communiquent bien, l'interprétation et l'application

des directives préalables risquent beaucoup moins de susciter des problèmes. Les directives préalables facilitent le cheminement vers la mort, sont plus réconfortantes et réduisent au minimum le sentiment de culpabilité que pourrait éprouver la personne chargée de décider.

De nos jours, on peut se procurer des formulaires de directives préalables, aussi appelées testaments biologiques, à peu près partout dans les librairies et les bibliothèques ainsi qu'en ligne.

2.2.6 RAPPORTS, POLITIQUES ET CONSULTATIONS

En 1983, la Commission de réforme du droit du Canada a publié son rapport intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*¹², pour donner suite à un document de travail sur ces questions qui avait été publié l'année précédente.

La Commission a indiqué qu'un vaste consensus se dégagait au Canada à propos des trois principes fondamentaux que reflète la loi :

- la protection de la vie humaine est une valeur fondamentale;
- le malade a droit à l'autonomie et à l'autodétermination à propos de ses soins médicaux;
- la vie humaine doit être envisagée dans une perspective à la fois quantitative et qualitative.

Après la publication de son rapport sur l'euthanasie, la Commission a recommandé que l'on ajoute dans la Partie générale du *Code criminel* une disposition portant qu'aucun médecin n'est obligé de poursuivre un traitement médicalement inutile ou pour lequel le consentement est expressément refusé ou retiré. Toutefois, elle n'a pas défini ce qu'elle entendait par un « traitement médicalement inutile » ou encore par consentement.

En novembre 1993, à la suite de l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Rodriguez*, le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique a préparé des lignes directrices à l'intention des procureurs de la Couronne relativement aux accusations portées contre des personnes qui, par compassion envers le malade, participent à l'interruption de sa vie. Aux termes des lignes directrices, les procureurs de la Couronne approuveront la poursuite dans les seuls cas où la déclaration de culpabilité est probable et où la poursuite est dictée par l'intérêt public¹³.

Pour établir s'il y a de bonnes probabilités d'une déclaration de culpabilité, les procureurs de la Couronne sont tenus de classer la conduite de la personne qui a joué un rôle dans la mort de quelqu'un et les conséquences qui en découlent dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : « euthanasie active », « suicide assisté », « soins palliatifs » ou « non-administration ou interruption de traitement ». Les facteurs dont ils devront tenir compte alors comprennent l'intention prouvable de la personne et, dans les cas touchant un médecin et son patient, le point de vue de l'Association médicale canadienne et les opinions médicales d'experts relativement à ce qui est considéré généralement comme une conduite médicale conforme à l'éthique.

Le critère de l'intérêt public suppose que l'on tiendra compte des facteurs suivants :

- la volonté qu'a la société d'assurer le respect par les professionnels de la santé de critères professionnels et déontologiques acceptables;
- le souci qu'a la société de protéger les personnes vulnérables;
- l'intérêt qu'a la société à assurer le respect du caractère sacré de la vie humaine, ce qui ne suppose pas le maintien de la vie à tout prix.

Conformément aux lignes directrices, les soins palliatifs et la non-administration ou l'interruption d'un traitement médical ne feront pas l'objet de poursuites au criminel s'ils sont conformes à des normes médicales reconnues, elles-mêmes conformes à l'éthique.

En février 1994, le Sénat du Canada a constitué un comité spécial chargé d'étudier les questions de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Le rapport du Comité, publié en juin 1995 et intitulé *De la vie et de la mort*, porte également sur nombre de questions connexes, dont les soins palliatifs, les pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation, l'abstention et l'interruption de traitement de survie et les directives préalables.

Le Comité a exhorté tous les niveaux de gouvernement au Canada à accorder une priorité absolue aux programmes de soins palliatifs et à élaborer des lignes directrices et des normes nationales à ce sujet. Le Comité a estimé qu'il n'y a aucune différence sur le plan moral entre l'abstention et l'interruption lorsqu'il s'agit d'un traitement de survie. Dans un cas comme dans l'autre, il convient de respecter les vœux des patients capables. Le comité a reconnu qu'il règne de l'incertitude dans la profession médicale et dans le grand public au sujet de ce qui est légalement admissible en la matière et recommandé que soit clarifiée en droit la pratique dans ce domaine.

La question de l'aide au suicide a suscité davantage de différends. Certains membres du Comité ont préconisé la modification de la législation existante, tandis que d'autres s'y sont opposés. La majorité des membres ont recommandé qu'aucune modification ne soit apportée à la disposition du *Code criminel* qui interdit de conseiller le suicide et d'aider une personne à se suicider.

La majorité des membres du Comité se sont opposés à l'euthanasie volontaire et ont recommandé qu'elle demeure une infraction criminelle, assortie toutefois de peines moins sévères dans les cas où intervient un élément de compassion ou de pitié. Les autres membres du Comité ont recommandé que le *Code criminel* soit modifié afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes qui jouissent de toutes leurs facultés, mais sont physiquement incapables de se prévaloir de l'aide au suicide.

L'euthanasie non volontaire demeurerait aussi une infraction criminelle. Le Comité a recommandé toutefois qu'une peine moins sévère soit imposée dans les cas où intervient un élément de compassion ou de pitié. Le Comité a recommandé à l'unanimité que l'euthanasie involontaire continue d'être considérée comme un meurtre aux termes du *Code criminel*.

En novembre 1999, un sous-comité sénatorial a été institué pour voir si les recommandations unanimes faites dans *De la vie et de la mort* faisaient encore l'unanimité, cinq ans après la publication du rapport. Dans son rapport, présenté en juin 2000 et intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, le sous-comité concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicale nécessaires pour soigner les gens en phase terminale ¹⁴ ».

En mai 2007, l'Association médicale canadienne a apporté des modifications mineures à sa politique sur l'euthanasie et l'aide au suicide. Le Comité d'éthique de l'Association a constaté qu'il n'était pas nécessaire de modifier radicalement la position de l'Association sur l'euthanasie et l'aide au suicide. La politique de l'Association interdit donc toujours aux médecins de participer aux deux actes. Les changements apportés à la politique portent principalement sur la définition des termes et la mise à jour des préoccupations que soulève chez les médecins la légalisation de l'euthanasie et de l'aide au suicide, à la lumière des événements survenus récemment sur la scène internationale.

En décembre 2009, l'Assemblée nationale du Québec a donné à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité le mandat de tenir des consultations publiques à l'échelle de la province sur la question du droit de mourir dans la dignité. Ces consultations sont en cours. Dans le mémoire qu'il a présenté à la Commission, le Barreau du Québec recommande que le procureur général établisse des lignes directrices concernant les poursuites judiciaires pour les cas d'euthanasie et de suicide assisté. Le Barreau du Québec affirme qu'en se servant du pouvoir qu'a la province d'administrer la législation pénale et en modifiant les diverses lois provinciales régissant les services de santé, il serait possible de circonscrire clairement le droit à l'euthanasie et au suicide assisté dans la province de Québec sans changer quoi que ce soit au *Code criminel* ¹⁵.

Dans le mémoire qu'il a présenté à la même Commission, le Collège des médecins du Québec reconnaît quant à lui qu'il est peut-être souhaitable de légaliser l'euthanasie dans des circonstances exceptionnelles. Toutefois, le Collège propose de réorienter le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté – limité, selon lui – vers un débat sur les soins appropriés en fin de vie ¹⁶.

Pour sa part, l'éthicienne Margaret Somerville a laissé entendre que le gouvernement du Québec pourrait contester la constitutionnalité des dispositions du *Code criminel*, en faisant valoir que l'euthanasie et le suicide assisté sont des questions de santé et non des questions de droit pénal et qu'en conséquence, elles relèvent de la compétence provinciale ¹⁷.

En juin 2010, la sénatrice Sharon Carstairs a rédigé un rapport sur les soins palliatifs intitulé *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada* ¹⁸. Le rapport s'inspire de son expérience au sein du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide. Le rapport porte principalement sur les soins palliatifs, mais s'intéresse également à l'euthanasie et au suicide assisté.

3 MESURES PARLEMENTAIRES

Jusqu'en 1991, année où des projets de loi d'initiative parlementaire sur la question ont été déposés à la Chambre des communes, l'euthanasie n'avait été évoquée qu'en passant et n'avait jamais fait l'objet de débats à la Chambre. En peu de temps, deux projets de loi ont été déposés à la Chambre des communes. D'abord le projet de loi C-203, déposé par le député Robert Wenman (Fraser Valley West) le 16 mai 1991, puis le projet de loi C-261, déposé par le député Chris Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing) le 19 juin 1991. (M. Wenman avait déposé en mars 1991 le projet de loi C-351 : Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale), qui était mort au *Feuilleton* à la fin de la session parlementaire.) Le projet de loi de M. Axworthy comprenait la plupart des dispositions prévues dans le projet de loi de M. Wenman au sujet de l'« euthanasie passive », mais il aurait élargi leur portée pour permettre l'« euthanasie active ».

Le projet de loi de M. Wenman – Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) – visait à protéger les médecins de la responsabilité criminelle dans trois situations : premièrement, lorsqu'à la demande du malade en phase terminale, le médecin s'abstient de fournir un traitement médical ou qu'il l'interrompt; deuxièmement, lorsque le médecin s'abstient de fournir un traitement médical à un malade en phase terminale ou qu'il l'interrompt parce que le traitement est médicalement inutile et n'est pas dans l'intérêt véritable du malade; et troisièmement, lorsque, pour soulager la douleur du malade, le médecin administre des soins palliatifs, tels que des médicaments pour soulager la douleur, qui sont susceptibles d'avoir comme effet secondaire de hâter la mort du malade. En résumé, le projet de loi visait à protéger les médecins qui administrent à leurs patients en phase terminale un traitement correct et conforme au code de déontologie, mais qui, ce faisant, risquent d'enfreindre certaines dispositions du *Code criminel*.

Le projet de loi de M. Wenman n'aurait permis l'euthanasie active en aucun cas. Il aurait toutefois permis l'euthanasie passive, puisqu'un médecin n'aurait pas été tenu criminellement responsable de l'interruption d'un traitement essentiel au maintien de la vie – en débranchant un respirateur, par exemple – à la demande d'un malade en phase terminale.

Par contre, le projet de loi de M. Axworthy – Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie aux personnes qui le demandent et qui sont atteintes d'une affection irrémédiable, concernant l'abstention et l'interruption de traitement et modifiant le Code criminel – n'établissait aucune distinction entre l'euthanasie passive (permettre à des personnes de mourir, soit en interrompant leur traitement ou en ne leur donnant pas de traitement) et l'euthanasie active (par exemple, en leur administrant une dose mortelle d'un médicament). Ce projet de loi comprenait les mêmes dispositions disculpatoires que celui de M. Wenman, mais en ajoutait d'autres qui auraient légalisé l'euthanasie active dans certaines conditions. Le projet de loi proposait qu'une personne souffrant d'une affection irrémédiable puisse demander à un arbitre de lui délivrer un « certificat euthanasique » afin d'autoriser l'euthanasie.

Les deux projets de loi ont fait l'objet de débats lors de la deuxième lecture à la Chambre des communes. Celui de M. Wenman – moins controversé – a été renvoyé

à un comité législatif pour examen. Même les députés qui avaient exprimé des réserves à l'égard de ce projet de loi au cours des débats étaient d'accord pour qu'il soit renvoyé à un comité, parce qu'ils reconnaissaient la nécessité d'examiner les questions qu'il soulevait. Le projet de loi de M. Axworthy, par contre, a inspiré de vives critiques pendant le débat en deuxième lecture et a été retiré du *Feuilleton*.

Après quelques semaines d'audiences en comité, le projet de loi de M. Wenman, comme celui de M. Axworthy, a connu une fin hâtive. Après avoir terminé ses audiences et sans envisager quelque amendement que ce soit, le comité législatif chargé d'examiner ce projet de loi a décidé d'ajourner indéfiniment. Autrement dit, faute de fixer la date d'une réunion future, le comité a renvoyé le projet de loi aux calendes grecques.

En décembre 1992, le député Svend Robinson (Burnaby—Kingsway) a déposé à la Chambre des communes un projet de loi d'initiative parlementaire ayant pour objet de permettre le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin, le projet de loi C-385 : Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide). Ce projet de loi est mort au *Feuilleton* par suite de la prorogation du Parlement.

Trois mois plus tard, soit en mars 1993, la Chambre des communes a rejeté une motion déposée par le député Ian Waddell (Port Moody—Coquitlam), qui demandait au gouvernement d'envisager de présenter un projet loi sur l'euthanasie.

En février 1994, M. Robinson a présenté un autre projet de loi d'initiative parlementaire afin de légaliser le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin pour les malades en phase terminale. Le projet de loi C-215 : Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide) a fait l'objet d'un débat et a été rayé du *Feuilleton* en septembre 1994.

En novembre 1996, la sénatrice Sharon Carstairs a déposé au Sénat le projet de loi S-13 : Loi modifiant le Code criminel (protection des soignants). Ce projet de loi est mort au *Feuilleton* à la suite de la prorogation du Parlement.

Le 4 novembre 1997, M. Robinson a déposé la motion M-123 pour demander la création d'un comité spécial chargé d'examiner les dispositions du *Code criminel* touchant l'euthanasie et l'aide médicale au suicide et de préparer un projet de loi. Le 25 mars 1998, la motion a été rejetée par un vote fortement majoritaire.

En avril 1999, la sénatrice Thérèse Lavoie-Roux a présenté le projet de loi S-29 : Loi modifiant le Code criminel (protection des patients et des soignants). Ce projet de loi est mort au *Feuilleton* à la suite de la prorogation du Parlement.

En octobre 1999, la sénatrice Sharon Carstairs a déposé au Sénat le projet de loi S-2 : Loi facilitant la prise de décisions médicales légitimes relativement aux traitements de survie et au traitement de la douleur. Ce projet de loi a été porté devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles en février 2000.

Le 15 juin 2005, la députée Francine Lalonde (La Pointe-de-l'Île) présentait le projet de loi C-407 : Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement), lequel avait été inscrit à l'ordre de priorité le 17 juin 2005 et s'était vu accorder une heure de

débat, le 31 octobre 2005. Le projet de loi devait faire l'objet d'un vote en décembre 2005, mais celui-ci n'a jamais eu lieu en raison de la dissolution du Parlement et du déclenchement d'élections fédérales. Cette mesure législative aurait modifié les articles 14 (Consentement à la mort), 222 (Homicide) et 241 (Fait de conseiller le suicide ou d'y aider) du *Code criminel*. Ainsi, sous réserve de certaines conditions, il aurait été établi que quiconque aide une personne à mourir dignement ne commet pas un homicide, ne conseille pas la personne et ne l'aide pas non plus à se suicider. Le projet de loi posait cependant comme conditions que la personne en question :

- soit âgée d'au moins 18 ans;
- éprouve « des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement », ou soit atteinte d'une maladie en phase terminale;
- ait remis, alors qu'elle était apparemment lucide, deux demandes à plus de dix jours d'intervalle indiquant expressément son désir libre et éclairé de mourir;
- ait désigné par écrit une personne pour agir en son nom « auprès de la personne aidante ou de tout médecin » dans l'éventualité où elle ne serait apparemment pas lucide.

Le projet de loi posait aussi comme conditions que la personne aidante :

- soit médecin ou assistée d'un médecin;
- ait reçu confirmation du diagnostic de la part d'un médecin (dans le cas d'une personne aidante elle-même médecin) ou de deux médecins;
- soit autorisée par le droit ou soit assistée par une équipe autorisée par le droit à prodiguer des soins de santé;
- agisse selon les modalités indiquées par la personne désireuse de mourir;
- remette au coroner une copie du ou des diagnostics posés par le ou les médecins).

Le 12 juin 2008, M^{me} Lalonde a déposé à la Chambre des communes le projet de loi C-562 : Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement). Ce projet de loi reprenait essentiellement les dispositions de l'ancien projet de loi C-407, sauf qu'il prévoyait que seul un médecin pourrait légalement aider une personne à mourir dignement. Le médecin aurait toujours été tenu de respecter les conditions énoncées par le projet de loi. Ce projet de loi est mort au *Feuilleton* à la dissolution du Parlement, en septembre 2008. Le 13 mai 2009, M^{me} Lalonde a déposé un projet de loi identique au projet de loi C-562 – le projet de loi C-384 –, mais celui-ci a été rejeté le 21 avril 2010, à 228 voix contre 59.

Si une nouvelle loi sur le sujet était adoptée, il faudrait alors décider d'un certain nombre d'éléments, notamment :

- s'il convient de légaliser l'euthanasie, le suicide assisté ou les deux;
- dans quel l'état physique ou mental, sinon les deux, la personne doit se trouver pour avoir accès aux services d'euthanasie ou de suicide assisté;

- s'il convient de permettre aux personnes mineures ou incapables, ou les deux à la fois, d'avoir accès aux services d'euthanasie ou de suicide assisté;
- quelle est la marche à suivre pour établir les souhaits du malade;
- quelles sont les personnes à consulter (équipe médicale, experts, membres de la famille, etc.).

4 CHRONOLOGIE

1983	La Commission de réforme du droit du Canada recommande que l'euthanasie volontaire active ne soit ni légalisée ni décriminalisée. Elle recommande également que l'aide au suicide rendue à un malade en phase terminale ne soit pas décriminalisée.
juin 1987	La Commission de réforme du droit du Canada publie ses propositions de modification du <i>Code criminel</i> . Ces propositions comprennent la recommandation que l'euthanasie soit considérée comme un meurtre au deuxième degré (« meurtre ordinaire ») plutôt que comme un meurtre au premier degré (« meurtre prémédité »). Le meurtre au deuxième degré n'entraînerait aucune peine d'emprisonnement fixe ou minimale.
mars 1991	Le projet de loi d'initiative parlementaire C-351 : Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
mai 1991	Le projet de loi d'initiative parlementaire C-203 : Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes.
juin 1991	Le projet de loi d'initiative parlementaire C-261 : Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes.
septembre 1991	Le projet de loi C-203 : Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) est lu pour la deuxième fois et renvoyé au Comité H. Le comité entreprend ses audiences sur le projet de loi le 29 octobre 1991.
octobre 1991	Le projet de loi C-261 : Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie aux personnes qui le demandent et qui sont atteintes d'une affection irrémédiable, concernant l'abstention et l'interruption de traitement et modifiant le Code criminel (aide au suicide) est débattu en deuxième lecture puis retiré du <i>Feuilleton</i> .
janvier 1992	La Cour supérieure du Québec statue, dans le cas de Nancy B., une femme atteinte d'une maladie incurable, que débrancher son respirateur à sa demande et laisser la nature suivre son cours ne constituerait pas un acte criminel.
janvier 1992	Un médecin ontarien est accusé de meurtre au deuxième degré relativement au décès d'un cancéreux gravement

	malade. Le patient serait décédé d'un arrêt cardiaque après qu'on lui eut administré de la morphine et du chlorure de potassium.
février 1992	Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203 ajourne indéfiniment ses travaux.
août 1992	Scott Mataya, un infirmier de Toronto qui avait été accusé de meurtre au premier degré pour le meurtre par compassion d'un patient en phase terminale, plaide coupable à une accusation moins grave, soit celle d'avoir administré une substance nocive. Il est condamné avec sursis et se voit retirer sa licence d'infirmier.
décembre 1992	Le projet de loi d'initiative parlementaire C-385 : Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide) franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
mars 1993	Les députés de la Chambre des communes rejettent une motion demandant au gouvernement d'envisager d'adopter une loi sur la question de l'euthanasie et de garantir l'immunité de poursuite aux personnes qui aident des malades en phase terminale à mourir.
avril 1993	Un médecin ontarien qui a injecté une substance mortelle à un cancéreux gravement malade reçoit une condamnation avec sursis de trois ans, après avoir plaidé coupable à une accusation d'administration d'une substance dangereuse dans le but de mettre la vie en danger. Le médecin avait d'abord été accusé de meurtre au deuxième degré, mais cette accusation a été retirée.
septembre 1993	Dans une décision à cinq contre quatre, la Cour suprême du Canada rejette l'appel de Sue Rodriguez, qui contestait, en vertu de la <i>Charte canadienne des droits et des libertés</i> , la validité de l'interdiction de l'aide au suicide prévue au <i>Code criminel</i> .
novembre 1993	Le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique diffuse des lignes directrices aux procureurs de la Couronne sur la mise en accusation de personnes ayant pris part à des cas d'euthanasie active et d'aide au suicide.
février 1994	Sue Rodriguez se suicide avec l'aide d'un médecin. La police fait enquête, mais ne porte pas d'accusation criminelle.
février 1994	Le ministre de la Justice, Allan Rock, déclare que l'interruption des traitements et l'aide au suicide constituent des questions qui devraient être étudiées par le Parlement.
février 1994	Le premier ministre Chrétien déclare que les députés participeront à un vote libre sur la légalisation du suicide réalisé avec l'aide d'un médecin.
février 1994	Un projet de loi d'initiative parlementaire, le projet C-215 : Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide) franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Il est rayé du <i>Feuilleton</i> le 21 septembre 1994, à la suite d'un débat.

février 1994	Un comité sénatorial spécial est constitué afin d'examiner les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et de l'aide au suicide et de faire rapport à ce sujet.
novembre 1994	Robert Latimer est reconnu coupable du meurtre au deuxième degré par asphyxie de sa fille de 12 ans, Tracy, gravement handicapée; il est condamné à l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans.
juin 1995	Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté publie son rapport, intitulé <i>De la vie et de la mort</i> .
novembre 1996	La sénatrice Sharon Carstairs dépose au Sénat le projet de loi S-13 : Loi modifiant le Code criminel (protection des soignants). Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
février 1997	La Cour suprême du Canada ordonne que Robert Latimer subisse un nouveau procès.
mai 1997	La D ^{re} Nancy Morrison est accusée du meurtre au premier degré d'un patient en phase terminale débranché de l'appareil de survie.
décembre 1997	Robert Latimer, reconnu coupable de meurtre au deuxième degré, est condamné à une peine de deux ans moins un jour, malgré le fait que la peine minimale prévue par la loi soit de dix ans.
février 1998	Un juge de la Nouvelle-Écosse statue que les preuves sont insuffisantes pour qu'un jury condamne la D ^{re} Nancy Morrison, et il refuse de la citer à procès.
mai 1998	Le D ^r Maurice Généreux est condamné à une peine de deux ans moins un jour et à trois ans de probation pour avoir prescrit une dose létale de médicaments à deux malades qui n'étaient pas en phase terminale, afin qu'ils puissent se suicider. L'année suivante, la Cour d'appel de l'Ontario maintient la sentence.
novembre 1998	La Cour d'appel de la Saskatchewan maintient le verdict rendu contre Robert Latimer et le condamne à la détention à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans.
avril 1999	La sénatrice Thérèse Lavoie-Roux dépose au Sénat le projet de loi S-29 : Loi modifiant le Code criminel (protection des patients et des soignants). Ce projet de loi meurt au <i>Feuilleton</i> à la suite de la prorogation du Parlement.
octobre 1999	La sénatrice Sharon Carstairs dépose au Sénat le projet de loi S-2 : Loi facilitant la prise de décisions médicales légitimes relativement aux traitements de survie et au traitement de la douleur. Le projet de loi est porté devant le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles en février 2000.
juin 2000	Le sous-comité sénatorial institué pour examiner les suites des recommandations unanimes faites dans <i>De la vie et de la mort</i> en 1995 présente son rapport, intitulé <i>Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit</i> .

janvier 2001	La Cour suprême du Canada maintient le jugement de la Cour d'appel de la Saskatchewan à l'égard de Robert Latimer.
septembre 2004	Marielle Houle est accusée d'avoir aidé son fils de 36 ans, Charles Fariala, à se suicider et de s'être faite complice de son acte.
novembre 2004	Evelyn Martens est acquittée des accusations qui pesaient contre elle d'avoir aidé deux femmes à se suicider en 2002 et de s'être faite complice de leurs actes.
juin 2005	La députée Francine Lalonde présente le projet de loi C-407 : Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement).
juillet 2005	André Bergeron est accusé de tentative de meurtre sur la personne de sa conjointe, Marielle Gagnon, atteinte de l'ataxie de Friedreich.
octobre 2005	On accorde au projet de loi C-407 une heure de débat à la Chambre des communes. Le projet de loi meurt cependant au <i>Feuilleton</i> en novembre 2005, à la dissolution du Parlement.
janvier 2006	Marielle Houle plaide coupable aux accusations d'avoir aidé son fils à se suicider et de s'être faite complice de son acte; elle est condamnée à trois ans de probation.
septembre 2006	Raymond Kirk plaide coupable à une accusation d'avoir aidé sa femme souffrante à se suicider. La Cour de justice de l'Ontario lui impose une période de probation de trois ans.
octobre 2006	André Bergeron est condamné à trois ans de probation pour voies de fait graves relativement au décès de sa femme.
mai 2007	Selon une étude publiée dans la revue <i>Health Psychology</i> , 6 % des patients en soins palliatifs interrogés (soit 22 patients sur un total de 379) ont affirmé qu'ils feraient une demande d'aide médicale au suicide si un tel recours était prévu par la loi.
mai 2007	Le Comité d'éthique de l'Association médicale canadienne estime qu'il n'est pas nécessaire de modifier radicalement la position de l'Association sur l'euthanasie et l'aide au suicide. La politique de l'Association interdit donc toujours aux médecins de participer à l'un ou l'autre de ces actes.
juin 2007	Le docteur Ramesh Kumar Sharma est condamné pour avoir aidé Ruth Wolfe, une femme de 93 ans qui souffrait de problèmes cardiaques, à se suicider. Le tribunal lui impose une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour à purger dans la collectivité.
juin 2007	Selon un sondage (Ipsos Reid) effectué auprès de 1 005 Canadiens, 76 % des répondants approuvent le droit de mourir pour les patients atteints d'une maladie incurable (pourcentage inchangé depuis alors 14 ans). C'est au Québec que l'on constate l'appui le plus fort (87 %), mais c'est en Alberta que l'on observe la proportion la plus faible (66 %).
juillet 2007	La GRC décide de ne pas porter d'accusation dans le cas du suicide assisté d'Elizabeth MacDonald, une Canadienne atteinte de sclérose en plaques décédée en Suisse avec l'aide de l'organisation Dignitas.

février 2008	La section d'appel de la Commission nationale des libérations conditionnelles accorde une libération conditionnelle de jour à Robert Latimer.
juin 2008	La députée Francine Lalonde présente le projet de loi C-562 : Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement).
septembre 2008	Le projet de loi C-562 meurt au <i>Feuilleton</i> par suite de la dissolution du Parlement.
décembre 2008	Stéphan Dufour est acquitté par un jury de l'accusation d'avoir aidé son oncle à se suicider, en raison de ses capacités mentales limitées. Ce verdict est porté en appel.
mai 2009	M ^{me} Lalonde dépose le projet de loi C-384, qui est identique au projet de loi C-562. Il est rejeté le 21 avril 2010, à 228 voix contre 59.
décembre 2009	L'Assemblée nationale du Québec donne à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité le mandat de tenir des consultations publiques à l'échelle de la province sur la question du droit de mourir dans la dignité.
mai 2010	Peter Fonteece plaide coupable à des accusations de négligence criminelle causant la mort, pour ne pas avoir cherché à obtenir de l'aide lorsque sa femme a tenté à ses jours dans le cadre d'un pacte de suicide. Le tribunal a rejeté l'accusation d'assistance au suicide.
juin 2010	La sénatrice Sharon Carstairs rédige un rapport sur les soins palliatifs, <i>Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada</i> .
novembre 2010	Robert Latimer obtient sa libération conditionnelle totale.

5 BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

Remarque : Les travaux énumérés dans la liste qui suit s'ajoutent aux travaux cités dans les notes figurant à la fin de la présente publication.

Commission de réforme du droit du Canada. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, Ottawa, 1982.

Dworkin, Ronald. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 1993.

Humphry, Derek, *et al.* *The Right to Die: Understanding Euthanasia*, New York, Harper and Row, 1986.

Mullens, Anne.

- *Euthanasia: Dying for Leadership*, Toronto, Atkinson Charitable Foundation, 1994.
- *Timely Death: Considering Our Last Rights*, Toronto, A.A. Knopf Canada, 1996.

Smith, Margaret. *L’Affaire Rodriguez : Examen de la décision rendue par la Cour suprême du Canada sur l’aide au suicide*, publication n° BP-349F, Ottawa, Service d’information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, octobre 1993.

NOTES

- * Le Bulletin d’actualité 91-9F, intitulé à l’origine *L’euthanasie et l’aide au suicide*, a été rédigé par Mollie Dunsmuir, anciennement de la Bibliothèque du Parlement. Publié pour la première fois en février 1992, il est mis à jour périodiquement. La présente version – la plus récente – s’intéresse plus particulièrement à la question dans un contexte canadien. On en trouvera le complément dans [L’Euthanasie et l’aide au suicide : Expériences internationales](#) (PRB 07-03F).
- 1. L’euthanasie et le suicide assisté sont interdits aux termes du *Code criminel*; les articles pertinents de la *Loi* sont examinés ci-dessous.
- 2. La Cour suprême du Canada a rejeté cet argument dans *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519.
- 3. Jocelyn Downie, *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia and Assisted Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2004, p. 86, 88, 97.
- 4. Margaret Somerville, *Death Talk: The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Montréal, McGill-Queen’s University Press, 2001, p. 82.
- 5. Sénat du Canada, *De la vie et de la mort*, Rapport du Comité sénatorial spécial sur l’euthanasie et le suicide assisté, juin 1995.
- 6. La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité de l’Assemblée nationale du Québec, qui mène des consultations publiques sur l’euthanasie et le suicide assisté en 2010, fait valoir que ces termes sont désuets et portent à confusion. Voir [Mourir dans la dignité : document de consultation](#), publié en mai 2010 par la Commission.
- 7. Cette section porte principalement sur les questions de droit pénal relatives à l’euthanasie et au suicide assisté. La légalisation de ces deux mesures, ou de l’une d’elles, aurait des conséquences sur d’autres domaines du droit et de la réglementation, principalement de compétence provinciale, comme l’administration de l’appareil judiciaire, le droit de la santé, les codes d’éthique des professionnels de la santé et la législation relative aux droits de la personne.
- 8. Les art. 224 à 226, qui décrivent certains scénarios dans lesquels une personne est réputée avoir été la cause d’un décès, peuvent également être pertinents.
- 9. *R. c. Latimer*, [2001] 1 R.C.S. 3.
- 10. *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*.
- 11. *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec* (1992), 86 D.L.R. (4^e) 385 (C.S. Qc).

12. Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport 20, Ottawa, 1983.
13. Ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique, *Crown Counsel Policy Manual*, politique EUT 1, « [Euthanasia and Assisted Suicide](#) », 15 mars 2004.
14. Sénat du Canada, *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, rapport du Sous-comité de mise à jour de *De la vie à la mort*, juin 2000, p. 3.
15. Barreau du Québec, [Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes](#), Montréal, septembre 2010.
16. Collège des médecins du Québec, [Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie : Document de réflexion](#), 16 octobre 2009.
17. Marianne White, « Right-to-die debate takes centre stage in Quebec », *The Montreal Gazette*, 5 septembre 2010.
18. Sharon Carstairs, [Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada](#), Sénat du Canada, 2010.