

Les choix de finitude de la vie  
dans une société libre et démocratique :  
le rôle de l'État

---

Exposé

présenté

à la

Commission de la santé et des services sociaux

relativement au

Droit de mourir dans la dignité

par

Diane L. Demers

Professeure titulaire

Université du Québec à Montréal

9 mars 2010

# Introduction

---

L'objet de la présentation d'aujourd'hui est d'ouvrir une voie de réflexion autour de la question de la compréhension du rôle de l'État au sein d'une société libre et démocratique face aux droits à la vie, la liberté et à la sécurité de la personne. Plus précisément, nous proposons d'examiner le rôle de l'État confronté à une problématique qui met en cause deux droits fondamentaux. Nous posons l'hypothèse que toute personne est en droit de jouir de la liberté reconnue dans notre société, notamment, celle d'exprimer sa volonté quant à la finitude de sa vie et aux moyens pour ce faire dans un contexte où l'intervention d'un tiers est nécessaire à la concrétisation de ces moyens. Toutefois, il est certain que le respect de la liberté d'une personne dans ces circonstances interpelle l'État dans son rôle de maître d'œuvre des instruments pour garantir la sécurité de cette personne, à titre de droit également reconnu comme fondamental.

En d'autres mots, l'État est confronté par ces deux dimensions de son rôle législatif, à savoir: d'une part, assurer le respect de la liberté reconnue à chacun, incluant le respect de son autonomie et le droit de faire librement et volontairement les choix qui correspondent à ses valeurs, et, d'autre part, assurer la sécurité de cette personne à l'encontre de l'intervention non souhaitée d'un tiers. Le droit de mourir dans la dignité, selon le sens qu'a pris aujourd'hui cette expression, pose la question du bien-fondé et de la justesse des instruments légaux canadiens et québécois pour protéger, à la fois, la liberté et la sécurité des personnes en fin de vie.

Déjà, la décennie '70, avec la décriminalisation du suicide (1972), a marqué la prise de conscience de la société canadienne tout autant que de l'État à l'effet qu'il était mal venu d'opposer la puissance de l'État à la liberté d'une personne de mettre volontairement fin à ses jours, qu'elle qu'en ait été la raison. On a alors clairement reconnu que l'intervention de l'État en matière de répression des crimes contre la personne devait viser à la protéger contre l'action des tiers. Cette reconnaissance emportait la démonstration que, dans une société libre et démocratique, ce ne sont pas les valeurs des autres, individus ou groupes sociaux, qui doivent

s'imposer à une personne et ainsi, l'empêcher d'exercer son droit à la liberté d'exprimer et de réaliser ses choix. L'État affirmait alors la primauté du droit de chacun à la liberté quant à la finitude de sa vie et, son corolaire, la non-intervention de l'État. D'ailleurs, cette reconnaissance s'est traduite quelques années plus tard dans le fait que l'on reconnaisse au Canada le droit d'une personne de faire cesser un traitement qui la maintient en vie<sup>1</sup>.

Toutefois, cette décriminalisation n'emportait pas de questionnements quant à la portée et aux limites de l'intervention de l'État en matière de sécurité de la personne, c'est-à-dire dans son rôle de législateur visant à la protéger contre les tiers. Le débat d'aujourd'hui cherche donc à poser les jalons de cette question du rôle de l'État dans le cas où le respect de la liberté d'une personne quant à son choix de mettre fin à sa vie passe par une demande libre et éclairée d'intervention d'un tiers pour parvenir à concrétiser ses volontés.

Pour ce faire, nous proposons d'examiner quelques choix législatifs faits dans des sociétés libres et démocratiques en vue de baliser l'intervention des tiers directement conséquente et consécutive à la volonté librement exprimée par une personne. Ces législations, nous semble-t-il, s'inscrivent tout-à-fait dans la reconnaissance du rôle de l'État garant de la sécurité des personnes sur son territoire. De manière générale, ces législations portent sur deux approches que nous utiliserons à titre typologique pour mieux cerner les caractéristiques et modalités d'application de ces modèles d'intervention de l'État; elles concernent, soit le suicide assisté, soit l'euthanasie.

## Les législations sur le suicide assisté

---

L'expression «suicide assisté» est une traduction littérale de «assisted suicide» inspirée de la législation américaine pourvoyant au désir d'une personne affligée d'une maladie mortelle d'obtenir un médicament pour mettre en oeuvre la finitude de sa vie, ce qui correspond au «suicide médicalement assisté». Cette expression s'éloigne de celle de suicide en tant qu'acte découlant d'une pathologie individuelle ou sociale en raison essentiellement du cadre d'intervention médicale et des caractéristiques des personnes visées. Le suicide assisté est un acte par lequel la personne mortellement malade et souffrante pose un geste décisif induisant la fin de sa vie en ingurgitant un médicament à dose létale prescrit à cette fin. L'acte, ainsi posé, repose sur la volonté manifeste de la personne d'engager la finitude de sa vie du fait de sa maladie et des souffrances qui l'accompagnent.

Il s'agit de la voie choisie principalement par les États américains de l'Oregon et de Washington, ces derniers étant législativement compétents en matière criminelle, civile, professionnelle et administrative dans le domaine de la santé<sup>2</sup>. Nous aborderons les législations sur le suicide assisté en examinant la situation de l'Oregon parce qu'elle est en place depuis plus d'une décennie et que ceci permet de mettre en perspective les débats relatifs aux perceptions de risques associées à une telle ouverture par l'État à des législations spéciales visant à garantir la sécurité des personnes dans une démarche de fin de vie volontaire.

Contextuellement, il importe de rappeler que le processus électoral américain comporte la possibilité pour l'État de soumettre à la population ces éventuels projets législatifs par la tenue d'un référendum sur divers sujets; c'est ce que chacun de ces deux États a fait dans le cas présent<sup>3</sup>. Cette mesure conforte le rôle de l'État qui semble ainsi légiférer démocratiquement, sans égard à la représentation des différents lobbys ou à l'analyse de sondages commandités, en s'appuyant plutôt directement sur la volonté exprimée par la population votante. Notons enfin que, dans le cas de l'Oregon, le référendum initial, approuvant la législation, a suivi un débat public de plusieurs années et que le deuxième, visant l'abrogation de la loi, a été rejeté par la

majorité de la population et ce, malgré la présence des différents lobbys dans la discussion publique.

Plusieurs points caractérisent les législations de ces États qui sont, à toutes fins utiles, similaires. Nous nous arrêterons aux caractéristiques et modulations des points suivants : l'acte autorisé par la loi; la personne concernée; les professionnels de la santé impliqués; les mesures de contrôle; les effets en matière civile, professionnelle ou criminelle.

L'acte autorisé par la loi est l'assistance au suicide concrétisée essentiellement par l'obtention d'une prescription, dans des circonstances singulières et déterminées, d'un médicament pouvant entraîner la mort. Il s'agit d'un acte médical, une prescription, fondé sur un diagnostic, médicalement confirmé, de maladie terminale. Cette approche incontournable fixe le premier paramètre à partir duquel une personne sera admissible au suicide assisté.

La loi établit les caractéristiques de la personne concernée. Il s'agit d'une personne adulte et apte, ayant reçu confirmation d'un diagnostic de maladie terminale, qui a exprimé, par écrit en présence de témoins, sa volonté à l'effet d'obtenir la prescription du médicament à dose létale dans le but éventuel de mettre un terme à sa vie<sup>4</sup>. Elle devra réitérer sa demande oralement au médecin afin de confirmer sa décision éclairée et marquer sa volonté manifeste<sup>5</sup>. Ainsi, l'État, en adoptant ces dispositions, arrête les formalités requises pour garantir et protéger la liberté fondamentale de la personne concernée en s'assurant que l'expression de sa volonté soit claire, certaine et indépendante.

Par la suite, la loi énonce le double rôle du médecin, soit celui de l'acteur "médical", c'est-à-dire celui qui accomplit l'ensemble des interventions liées à la pratique de la médecine dans le cadre des soins occasionnés par une maladie terminale, puis vient celui de l'intervenant professionnel en suicide médicalement assisté, rôle qui demeure entièrement libre et volontaire. Ainsi, la loi prescrit et encadre la démarche du médecin de manière extrêmement précise<sup>6</sup>; ce faisant, la loi crée les conditions de l'immunité civile, professionnelle et criminelle du médecin qui choisit d'agir dans l'assistance au suicide<sup>7</sup>.

Le médecin doit d'abord référer le malade vers un autre médecin pour confirmer les diagnostic et pronostic de même que l'aptitude de la personne concernée à prendre les décisions visées. Le médecin doit informer la personne de l'ensemble des soins thérapeutiques disponibles relativement à sa maladie et à ses souffrances ainsi qu'aux effets et conséquences de la prise du médicament réclamé; ceci fait partie des choix que la personne doit prendre en considération dans sa décision avant d'exprimer sa volonté. Plus formellement, le médecin doit s'assurer que la démarche est conforme aux prescriptions de la loi, notamment en ce qui concerne les formalités prescrites incluant les déclarations et formulaires à compléter.

Rappelons que la loi ne crée pas d'obligations pour un médecin ou autre professionnel de la santé de participer à la mise en œuvre de la procédure de suicide assisté. Au contraire, la loi reconnaît, à la section 127.885 §4.01, paragraphe 4), la liberté qu'a tout professionnel de la santé de refuser d'y participer quelles qu'en soient les raisons. Il est donc possible d'affirmer qu'à ce titre, le législateur reconnaît que la procédure de suicide assisté en est une qui relève de la liberté fondamentale des personnes concernées, à savoir, tant le malade que le professionnel de la santé.

Toutefois, comme il est vraisemblable que la mort d'une personne survienne suite à l'intervention d'un tiers, l'État demeure redevable d'assurer la sécurité de cette personne, d'où les mécanismes de contrôle et le formalisme qui entourent la mise en œuvre de l'ensemble des dispositions. Brièvement, ces mécanismes comprennent plusieurs déclarations et rapports à la Division de santé publique<sup>8</sup> qui doit en vérifier la conformité avec les dispositions de la loi, en assurer le suivi et produire un rapport annuel qui rend compte de l'état de la situation. De tels rapports sont produits depuis 1997 en Oregon.

Ces données, recueillies et traitées par le même organisme qui doit rendre compte de l'ensemble des décès sur le territoire de l'Oregon, montrent que les cas de suicides assistés représentent, en 2008, 19,4 décès potentiels par 10,000 décès. Plus précisément, 88 personnes se sont prévaluées des dispositions de la loi, dont 54 ont ingurgité le médicament de même que 6 autres personnes ayant obtenu une prescription en 2007 pour un total de 60 décès par suicide assisté en 2008. Le portrait sommaire de ces personnes est le suivant :

As in prior years, participants were between 55 and 84 years of age (78%), white (98%), well-educated (60% had at least a baccalaureate degree in 2008, compared to 41% in previous years), and were more likely to have cancer (80%). Patients who died in 2008 were slightly older (median age 72 years) than in previous years» (median age 69 years).<sup>9</sup>

Fait à noter, 97% d'entre elles sont décédées à la maison et bénéficiaient d'un soutien à domicile. Il ne s'agit donc pas d'une situation où la personne doit choisir entre deux options exclusives l'une de l'autre, à savoir les soins médicaux, palliatifs ou autres, et le suicide assisté, mais plutôt d'une situation où la personne bénéficie de soins médicaux appropriés à son état jusqu'à ce qu'elle détermine le moment de la finitude de sa vie.

En ce qui concerne les mécanismes de contrôle ou de surveillance, notons que le rapport souligne le fait que deux cas ont été référés au tribunal administratif (*Oregon Medical Board*) en raison de déclarations ou formulaires incorrects sans que l'on constate de violation à la loi.

Les rapports produits, depuis plus de dix ans maintenant, portent à croire à une supervision responsable de la part de la Division de santé publique et permet de conclure à l'effet qu'à travers cette législation, l'État a rempli adéquatement son rôle de protecteur de la liberté fondamentale des personnes sur son territoire de même qu'à l'égard de la protection de leur sécurité face à des tiers.

Avant de laisser la situation américaine, il nous apparaît intéressant de rapporter une récente décision judiciaire de la cour d'appel du Montana<sup>10</sup>. En l'absence d'une loi particulière sur le suicide médicalement assisté, la Cour a reconnu le droit à la liberté d'une personne, monsieur R. Baxter, de procéder à mettre fin à ses jours par suicide assisté de même que l'immunité du médecin agissant dans de telles circonstances. Dans sa décision, la Cour s'appuie sur l'existence dans la loi criminelle de l'État du Montana<sup>11</sup> d'un moyen de défense fondé sur le consentement de la victime, admissible si non contraire à l'intérêt public. À cette fin, la Cour analyse la *Loi sur les droits des malades en phase terminale (Montana Rights of the Terminally Ill Act<sup>12</sup>)* qui crée une immunité criminelle, civile et professionnelle pour les médecins qui respectent les volontés de fin de vie d'un malade<sup>13</sup> pour conclure qu'un tel consentement ne contrevient pas à l'intérêt public.

La démarche suivie par la victime et le médecin dans cette affaire s'inspirait des principes énoncés dans le droit de l'Oregon, à savoir documenter l'expression de la volonté éclairée et manifeste de monsieur Baxter, diagnostiqué pour une leucémie intraitable et irréversible. Outre les motifs directement reliés à la défense de consentement, interprétée à la lumière des dispositions du «*Terminally Ill Act*», la décision de La Cour aborde longuement les tenants et aboutissants de la question de la finitude de la vie et des conditions entourant la prise de décision de la personne concernée. La Cour examine à cet effet ses droits fondamentaux à la dignité et à la liberté, particulièrement son autonomie face à sa vie et à ses valeurs. Nous retenons à ce sujet ces extraits où la Cour rappelle le lien entre liberté et dignité de la personne dans une société de tradition occidentale respectueuse de la liberté individuelle :

Similarly, Clifford and Huff explain that in our Western ethical tradition, especially after the Religious Reformation of the 16th and 17th centuries, dignity has typically been associated with the normative ideal of individual persons as intrinsically valuable, as having inherent worth as individuals, at least in part because of their capacity for independent, autonomous, rational, and responsible action. Clifford and Huff, 61Mont. L. Rev. at 307.<sup>14</sup>(nos soulignés)

(...)

Society does not have the right to strip a mentally competent, incurably ill individual of her inviolable human dignity when she seeks aid in dying from her physician. Dignity is a fundamental component of humanness; it is intrinsic to our species; it must be respected throughout life; and it must be honored when one's inevitable destiny is death from an incurable illness.<sup>15</sup>

Cette conclusion du juge Nelson cerne bien le rôle de l'État et les limites inhérentes à l'ingérence de la société ou de l'État face à la liberté fondamentale reconnue à toute personne dans une société libre et démocratique, particulièrement en ce qui concerne les décisions la concernant dont celles relatives à la finitude de sa vie.

Ces lois sur le suicide assisté laissent cependant ouverte la question de l'accessibilité à cette voie de finitude de leur vie pour les personnes n'étant pas en phase terminale mais dont la vie a perdu son sens en raison des conséquences ou séquelles d'un accident ou maladie dégénérative ayant produit une incapacité de participer à des activités normales et de prendre soin d'eux-mêmes. Cette situation découle directement du choix de légiférer sur le suicide médicalement assisté; le rôle volontaire des médecins dans le processus ne pouvant s'inscrire



que pour des malades en phase terminale. À ce jour, aucune loi ne reconnaît spécifiquement la liberté des personnes non en phase terminale d'exprimer leurs choix de fin de vie en ce qui concerne le moment d'y mettre un terme et les moyens pour y parvenir, sous réserve de leur droit au refus de traitement.

À cet égard, la Suisse présente une situation singulière. Ce pays prévoit dans son Code pénal une disposition<sup>16</sup> qui interdit l'aide au suicide sauf si cette aide est procurée sans motif égoïste. Cette situation qui a connu une tolérance marginale pendant plus de soixante ans est selon madame Menétrey-Savary<sup>1</sup> «le signe du respect que notre société porte à l'autonomie de l'individu face à la maladie et à la mort»<sup>17</sup>. Par ailleurs, elle note qu'en vertu des dispositions actuelles, «chaque cas de suicide accompagné doit être soumis au contrôle d'un médecin légiste et d'un juge d'instruction. C'est donc par l'examen minutieux des comportements individuels que la justice pénale peut garantir le respect du droit, mieux qu'avec une loi généraliste qui ne pourra jamais régler uniformément des parcours tous différents, des histoires intimes si personnelles.<sup>18</sup>» (nos soulignés)

Cependant cette situation a connu une évolution particulière au cours des dernières années avec l'entrée en scène d'organisations d'aide au suicide qui agissent en dehors du cadre sanitaire régulé par l'État. L'absence d'encadrement législatif particulier explique que ces associations publicisent largement leurs services et, pour au moins l'une d'entre elles, accueillent des étrangers. De manière générale, le rôle de ces associations est favorablement vu par la population et leur action est légitimée par la signature d'une entente avec le ministère public d'au moins un canton<sup>19</sup>. Toutefois les agissements d'une association en particulier ont suscité la controverse. Parmi les agissements reprochés à cette association, on retrouve le fait que les moyens utilisés pour mettre fin à la vie des personnes souhaitant mourir en raison de maladies graves ou dégénératives mais sans pronostic de phase terminale appartiennent aux techniques de l'asphyxie dont, notamment, l'usage d'un ballon d'Hélium; ces personnes ne pouvant accéder à une prescription médicamenteuse.

---

<sup>1</sup> Membre de la Commission des affaires juridiques du Conseil national.

Les débats autour de ces questions ont abouti à la production d'un rapport du Département de la justice et police qui est à l'origine d'un référendum<sup>20</sup> sur d'éventuelles modifications au *Code pénal*<sup>21</sup>. À la fin de la consultation, (1er mars 2010), la population aura choisi, soit l'encadrement strict des pratiques de suicide assisté dont celles des organisations d'aide au suicide, soit l'interdiction de ces pratiques. Pour l'essentiel, le Conseil fédéral s'est prononcé en faveur de la première option qui *«cherche par conséquent à maintenir un équilibre entre les exigences de la liberté personnelle et le risque de commercialisation de l'assistance au suicide. Elle vise à donner aux responsables et aux collaborateurs des organisations d'assistance au suicide des consignes claires pour leur activité.»*<sup>22</sup>

Ainsi, tout porte à croire que la Suisse balisera, par son *Code pénal*, la pratique du suicide assisté sans recourir à une autre loi ou à un organisme de surveillance ou de contrôle national. Un sondage de l'institut M.I.S. Trend révélait que trois suisses sur quatre sont favorables au maintien des modalités actuelles de régulation de l'aide au suicide.<sup>23</sup>

Dans sa prise de position sur le projet soumis à la consultation<sup>24</sup>, l'Académie Suisse des Sciences Médicales souligne, d'une part, les difficultés liées à l'interprétation de la "fin de vie imminente" utilisée dans l'option 1 du projet de loi et rappelle, d'autre part, qu'*«une telle limitation est contraire à l'opinion et aux attentes d'une grande partie de la population»*, la population suisse étant très majoritairement favorable à une plus large reconnaissance de l'autonomie de la personne face à ses choix en matière de vie et de mort. Rappelons que jusqu'à maintenant ce sont les directives et avis de l'Académie qui ont servi de référence pour l'ensemble des acteurs interpellés ou impliqués dans l'assistance au suicide en Suisse<sup>25</sup>.

Bien que dans ses directives<sup>26</sup> l'Académie énonce que *«l'assistance médicale au suicide est tolérée en tant que décision morale personnelle du médecin, dans certains cas particuliers et dans les limites d'un cadre déterminé»*<sup>27</sup>, elle exprime un certain désaccord avec les dispositions de l'option 1 du projet d'amendement qui tendent à confier plus de responsabilités au médecin dans l'assistance au suicide. L'Académie considère que ces dispositions sont susceptibles d'accroître la pression sur les médecins pour qu'ils deviennent les principaux intervenants de l'assistance au suicide et elle rappelle que *«l'expérience montre que l'assistance au suicide est mieux acceptée dans la population qu'au sein du corps médical.»*<sup>28</sup>

Bref, sa position va dans le sens de l'option 1 pour ce qui concerne l'encadrement des organisations<sup>29</sup> d'aide au suicide car elle considère qu'il s'agit d'une responsabilité sociale avant tout, responsabilité que l'on ne saurait simplement transférer au corps médical selon l'Académie.

L'Académie se prononce enfin pour l'adoption d'une législation de surveillance:

(...) une législation de surveillance pour l'assistance organisée au suicide représenterait une solution adéquate, car d'une part, les organisations de suicide assisté seraient soumises à autorisation et, d'autre part, il serait possible de contrôler si les critères de diligence définis sont respectés.

Les points suivants doivent être réglés dans la loi de surveillance:

- Les devoirs de diligence pour les assistants au suicide (en particulier le choix minutieux des personnes, une formation adéquate et la supervision);
- Les devoirs de diligence pour les médecins qui travaillent avec les organisations d'assistance au suicide, en particulier pour les médecins qui établissent les prescriptions.
- La transparence de la gestion et des statistiques.<sup>30</sup>

Notons en terminant cette section qu'en Suisse, ni le *Code pénal* actuel ni les modifications envisagées ne considèrent l'assistance au suicide comme relevant de la responsabilité première du médecin contrairement aux états américains. Les dispositions du *Code pénal* suisse ne traitent pas de suicide médicalement assisté mais de toute assistance au suicide et les organisations qui offrent cette assistance font appel à des non médecins pour assurer l'accompagnement des demandeurs. Ceci explique que le projet de modifications porte essentiellement, soit sur l'adoption d'un cadre régulateur de l'intervention des organisations d'assistance, soit sur l'interdiction des associations ou organisations d'assistance au suicide. On ne remet pas en question le droit des personnes de bénéficier d'une aide au suicide mais plutôt les façons de faire de certaines organisations.

Ainsi, pour la société suisse, le rôle de l'État consiste avant tout à assurer le respect de la liberté et de l'autonomie des personnes lorsqu'il s'agit des décisions relatives à leur vie ou fin de vie. En ce sens, le projet d'amendement du *Code pénal* participe du rôle de l'État en matière de sécurité des personnes et porte, en conséquence, sur la surveillance des tiers à l'égard des moyens mis en œuvre pour les assister vers la mort.

## Les législations sur l'euthanasie

---

D'entrée de jeu de cette deuxième section, mentionnons que les lois des pays<sup>31</sup> dont nous allons maintenant discuter couvrent simultanément, de manière directe ou implicite, l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, l'intervention du médecin étant au cœur de l'accompagnement thérapeutique de fin de vie incluant les gestes requis pour mettre un terme à la vie d'un malade lorsque celui-ci en exprime le choix.

En outre, mentionnons qu'à l'instar de l'expression «suicide assisté», le terme «euthanasie» a donné et donne encore lieu à une analyse sémantique ancrée, notamment, dans la réalité de l'intervention médicale que nous ne reprendrons pas ici. Nous proposons simplement de retenir la définition légale adoptée, notamment par la Belgique, à savoir:

(...) il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.<sup>32</sup>

Comme c'est le cas dans la majorité des sociétés libres et démocratiques, les crimes contre les personnes, incluant toute action d'un tiers causant ou entraînant la mort d'une personne, sont condamnés et sanctionnés d'une peine criminelle par les codes pénaux des pays dont il est question ici. Les *Code pénal* de la Belgique ou du Luxembourg interdisent et sanctionnent de la même manière l'acte de donner la mort par le recours à une substance létale :

**Art. 397.** Est qualifié empoisonnement le meurtre commis par le moyen de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées. Il sera puni de la réclusion à vie.<sup>33</sup>

De même, le *Code pénal* des Pays-Bas condamne les actes d'euthanasie et d'assistance au suicide<sup>34</sup> mais prévoit la dépénalisation de ces actes lorsqu'ils sont accomplis par un médecin agissant selon la loi du 12 avril 2001. En adoptant la *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide* le Luxembourg a introduit à son *Code pénal* une disposition de dépénalisation de ces actes à l'égard des médecins:

**Art. 397-1.** (L. 16 mars 2009) Ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Ainsi, on comprend que la démarche suivie par ces États connaît certaines variantes quant à l'aspect de protection de la sécurité des personnes en présence d'euthanasie ou de suicide assisté. Cependant ces États ont choisi d'abord de reconnaître la légalité de ces actes lorsqu'ils sont accomplis par des médecins suivant des règles bien circonscrites. Ce faisant, ils en ont fait des actes médicaux non visés par les législations pénales, avec comme conséquence qu'il n'est pas essentiel de modifier le *Code pénal*, comme c'est le cas en Belgique. Autre conséquence, il n'y a pas lieu d'engager des poursuites criminelles puisque l'acte en est un d'intervention médicale répondant à des mécanismes de contrôle et de surveillance de la pratique médicale. De même, la situation rencontrée aux Pays-Bas ou au Luxembourg n'est, en soi, pas très différente de celle de la Belgique puisque l'ajout au *Code pénal* vient affirmer que le geste médical accompli dans le respect des lois portant sur l'euthanasie et le suicide assisté ne constitue pas un homicide ni un crime contre la personne.

Historiquement, les Pays-Bas sont à l'origine de ces choix législatifs. Ils résultent d'un long cheminement, de quelque 25 ans, de la problématique des poursuites criminelles à l'égard de l'intervention d'un médecin confronté au choix entre son devoir de soigner et celui d'abréger une vie rendue intolérable par la souffrance, la tendance jurisprudentielle allant dans le sens de cas de force majeure entraînant l'acquiescement. Déjà au début des années 1990, les discussions entre le ministère de la justice et celui de la santé avaient conduit à des aménagements législatifs et réglementaires visant à pérenniser la situation de non poursuite des médecins dans de telles circonstances. Toutefois, ces textes ne comportaient pas de reconnaissance légale des droits des malades concernés quant au respect de l'expression de leurs volontés de fin de vie. On en était encore à examiner ces questions à partir de la décision du médecin et de son geste de mettre fin à la vie de son malade incurable et trop souffrant.

Ainsi, on peut penser que l'État était alors davantage préoccupé, dans son rôle de protecteur de la sécurité des personnes, par les fondements de la décision médicale que par son effet conséquent sur le malade. C'est ainsi que le législateur néerlandais a choisi, en 1998, de mettre en place un contrôle des actions conduisant à l'interruption de la vie par les médecins en leur imposant de respecter des critères déterminés. Notons également que cette réglementation de 1998 instituait les Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie et mettait en place des modalités de surveillance. Avant d'agir, le médecin devait s'assurer d'être en présence d'une

situation médicale irréversible, incurable et souffrante, confirmée par un autre médecin mais sans nécessairement que le malade soit en phase terminale; que le malade lui ait exprimé sa décision de mourir, librement et consciemment et demande qu'il devait réitérer, avec information à la famille et au personnel paramédical. Ce sont ces mêmes éléments, qualifiés de critères de minutie, qui se retrouveront dans la loi de 2001<sup>35</sup> et qui inspireront les législations de la Belgique et du Luxembourg.

Soulignons qu'avant l'adoption des lois des années 2000, les dispositions législatives et réglementaires visaient à réguler une pratique médicale d'exception sans pour autant reconnaître que les actes visés relevaient d'abord et avant tout de l'expression de la liberté des malades, de leur autonomie concernant les décisions relatives à leur vie. Force est de constater qu'avec les législations de 2001 aux Pays-Bas, de 2002 en Belgique et de 2009 au Luxembourg, les États ne font pas que réguler les pratiques médicales, ils concrétisent une dimension fondamentale du droit à la liberté, soit la reconnaissance du droit de chacun de prendre librement, en pleine autonomie, les décisions concernant sa vie et sa mort et ce, en fonction de ses valeurs et de sa conception d'une vie digne de sens.

Chacune de ces lois pose le principe que le malade peut demander que soit mis en œuvre les moyens d'interruption de sa vie; dans le cas de la Belgique, cette demande doit être faite par écrit. Cette demande fondée sur l'autonomie de la personne doit être faite de manière libre et éclairée et doit être réitérée au moins une fois dans un intervalle d'un mois. Puisque ces lois en font une situation médicalement visée, les personnes admissibles doivent être diagnostiquées d'une maladie mortelle incurable occasionnant des souffrances physiques ou psychologiques confirmées. Elles doivent avoir exprimé leur volonté après considération des avenues thérapeutiques disponibles. Quant à l'action du médecin, ces lois imposent un cadre régulateur formel aux fins d'établir qu'il ne s'agit pas d'un acte criminel. Ces lois reconnaissent, par ailleurs, que le médecin peut lui aussi exercer son droit à la liberté, à savoir qu'il lui appartient de décider d'intervenir ou non conformément à ses valeurs et convictions.

Au plan du rôle de l'État dans une société libre et démocratique, on peut dire que les légalisations sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté emportent, d'une part, une régulation efficiente des pratiques professionnelles visées, l'État garantissant ainsi la protection

du droit fondamental à la sécurité des personnes concernées, tout en s'inscrivant, d'autre part, de manière incontestable dans la mise en œuvre du droit à la liberté reconnue à toute personne autonome, dans une société libre et démocratique, de prendre les décisions qui la concernent lorsqu'il s'agit de sa vie et de la finitude de la vie.

## La situation canadienne

---

D'entrée de jeu, il nous faut rappeler qu'au point de vue législatif la situation canadienne est complexe en raison de sa constitution de type fédération qui partage les champs de juridiction entre les législatures, à savoir le droit criminel relevant de l'État fédéral, contrairement à la situation américaine, et la gestion du domaine de la santé relevant des provinces. Cette complexité emporte la nécessité d'une concertation entre les divers paliers exécutifs pour concrétiser l'intervention de l'État en matière pénale et pour rendre effective la sanction criminelle de l'action d'un tiers entraînant la mort. À cet égard, il s'agit d'une situation similaire à celle de la Suisse.

Au Canada, c'est l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* qui établit les droits et principes gouvernant le rôle de l'État à l'égard des questions soulevées aujourd'hui. Il stipule 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 fondamentale<sup>36</sup>.

Dans les années '80 et '90, les tribunaux ont eu à interpréter ces dispositions à quelques reprises<sup>37</sup> notamment en lien avec le domaine de la santé et le *Code criminel*<sup>38</sup>. Nous n'aborderons ces décisions que pour faire état de certains points saillants.

Ainsi, dans l'affaire *Morgentaler* (1988), la Cour suprême était invitée à examiner la constitutionnalité des dispositions relatives à l'avortement thérapeutique à la lumière de l'article 251 du *Code criminel*. Rappelons aux fins du débat d'aujourd'hui que, dans cet arrêt rendu à la majorité, la Cour reconnaissait que l'article 7 protège non seulement la sécurité physique et psychologique des personnes mais également leur droit à la liberté face au contrôle exercé par l'État sur les choix de la personne concernée qui constitue, selon la Cour «une entrave à son droit à la liberté au sens (...) de son droit à son autonomie décisionnelle personnelle (...)»<sup>39</sup> » et elle ajoute: « Les traitements médicaux ou chirurgicaux imposés par l'État viennent tout de suite à l'esprit comme exemples d'atteintes manifestes à l'intégrité corporelle».<sup>40</sup>



La Cour d'appel de l'Ontario a rappelé à l'occasion d'une décision portant sur la question de savoir si l'article 7 protégeait une personne à l'encontre de soins médicaux non désirés, que :

[Traduction] Le droit, reconnu en common law, à l'intégrité corporelle et à l'autonomie personnelle est suffisamment enraciné dans les traditions de notre système juridique pour être considéré comme un droit fondamental, qui mérite le plus haut degré de protection. Il constitue un élément essentiel de la sécurité de la personne et doit être inclus dans le droit à la liberté protégé en vertu de l'article 7. De fait, le droit, reconnu à chacun par la common law, de déterminer ce qui doit être fait de son propre corps et le droit constitutionnel à la sécurité de la personne, qui reposent tous les deux sur la croyance en la dignité et en l'autonomie individuelles, peuvent être, à mon avis, considérés comme des droits ayant la même portée<sup>41</sup>.

Enfin, en 1993, dans l'arrêt *Rodriguez*, le jugement majoritaire (5 contre 4) de la Cour suprême portant sur l'interdiction du suicide assisté de l'article 241 du *Code criminel* est à l'effet que ces dispositions respectent les principes de justice fondamentale quant à la qualification de nature criminelle de l'acte commis par un tiers aidant une personne à se suicider. En d'autres termes, la Cour considère que l'État ne contrevient pas aux principes de justice fondamentale lorsqu'il qualifie de crime contre la personne, l'acte de suicide. La Cour retient que la protection du droit à la vie fait consensus au Canada et que l'article 241 vise à protéger la personne vulnérable contre le contrôle de sa vie par un tiers.

Toutefois, il importe de noter que la majorité souligne que « la common law reconnaît depuis longtemps le droit de choisir comment son propre corps sera traité » et qu'elle concorde aux conclusions de la juge McLachlin (minoritaire) selon laquelle l'interdiction du suicide assisté viole le droit de chacun à la liberté stipulé à l'article 7, du fait qu'il entrave la capacité d'une personne de faire des choix autonomes au sujet de son propre traitement physique<sup>42</sup>.

Dans la foulée de ces jugements, on ne peut que noter le difficile parcours judiciaire des causes impliquant l'action d'un tiers lorsqu'il agit à la demande de la personne voulant volontairement mettre un terme à sa vie en raison d'une situation médicale devenue intolérable<sup>43</sup>. Outre le fait que certaines situations ne donnent pas lieu à poursuite, plusieurs causes amènent les procureurs et les juges à constater l'écart entre ce type de situations où la souffrance et l'expression de la volonté des personnes malades motivent l'infraction criminelle et celles des homicides sans égard à la volonté des personnes assassinées. Ce constat influence sans contredit tant les décisions relatives à la poursuite que la sentence qui en découle<sup>44</sup>.

Au plan sociétal, la situation canadienne n'est pas tellement différente de celle de l'ensemble des pays démocratiques sur cette question. Le parlement fédéral est saisi de manière récurrente de projets de loi d'initiative parlementaire sur la décriminalisation de l'euthanasie et ce, depuis 1991-92. Nous avons dénombré 4 projets de loi, en 1992, 1994, 2005 et 2008 visant à décriminaliser l'euthanasie ou à permettre le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin. Aucun de ces projets ne s'est jamais rendu à la fin du processus d'adoption. Le projet de 1992 a été rayé du Feuilleton de même que celui de 1994 et ce, malgré les déclarations du ministre de la justice, Allan Rock, prônant la nécessité pour le Parlement de débattre de cette question et l'ouverture du premier ministre de l'époque, Monsieur Jean Chrétien. Quant aux deux derniers projets de loi, ils sont tombés en raison de la prorogation de la session et de la dissolution de la Chambre.

Dans la foulée du projet de 1994, le Sénat adoptait une motion visant à créer un comité spécial chargé d'examiner les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté et d'en faire rapport. Le comité spécial publiait son rapport, intitulé De la vie et de la mort, en juin 1995. À nouveau en 2000, un sous-comité sénatorial s'est penché sur ces questions, a réalisé une consultation et conclut à la nécessité d'améliorer l'accès aux soins palliatifs comme réponse à la problématique de la souffrance en fin de vie<sup>45</sup>. Pour les membres de ce comité, il semble que la société concevrait les soins palliatifs et l'euthanasie comme étant deux voies en opposition avec comme conséquence que les premiers rendraient l'autre inutile, delà leurs recommandations d'améliorer l'accès aux soins palliatifs<sup>46</sup>.

Cette conception est plutôt contredite par les sondages qui montrent que les canadiens de manière constante au cours de la même période<sup>47</sup> s'expriment et ce, au même niveau (76%) que les suisses, les américains de l'Oregon ou de Washington, les belges ou les luxembourgeois, en faveur de la reconnaissance de l'autonomie de décision de la personne concernée quant à l'interruption de sa vie en présence d'une maladie mortelle occasionnant des souffrances intolérables. De même, 7 canadiens sur 10 croient qu'un médecin intervenant dans de telles situations ne devrait pas faire face à des accusations criminelles.

Enfin, on ne peut passer sous silence la consultation réalisée par le Collège des médecins du Québec qui montre la volonté claire des médecins d'obtenir une clarification légale de cette situation à laquelle ils sont de plus en plus confrontés dans leur pratique.

Bref, la situation canadienne est quelque peu déconcertante quant au rôle assumé par l'État en cette matière considérant l'état de la jurisprudence et l'expression populaire telle que reflétée par les sondages au cours de ces quelque 20 ans.

En terminant cette section, il nous apparaît important de prendre acte de ce que la Cour suprême du Canada rappelait à la fin de son jugement dans l'affaire Latimer<sup>48</sup>, à savoir l'existence d'une disposition laissant à l'exécutif un rôle décisif quant à la mise en œuvre et à l'application des dispositions du *Code criminel* :

89 Il convient également d'évoquer la prérogative royale de clémence figurant à l'art. 749 du *Code criminel*, qui prévoit que « [l]a présente loi n'a pas pour effet de limiter, de quelque manière, la prérogative royale de clémence que possède Sa Majesté ». Comme le souligne le juge Sopinka dans *R. c. Sarson*, 1996 CanLII 200 (C.S.C.), [1996] 2 R.C.S. 223, par. 51, quoique dans un contexte différent :

Lorsque les tribunaux ne sont pas en mesure d'offrir une réparation appropriée dans les cas où l'exécutif considère qu'il y a emprisonnement injuste, l'exécutif peut accorder la «clémence» et ordonner la libération du contrevenant. La prérogative royale de clémence est la seule réparation possible pour les personnes qui ont épuisé leurs droits d'appel et qui ne sont pas en mesure de démontrer que la peine qui leur a été imposée n'est pas conforme à la *Charte*.

90 Mais la prérogative relève de l'exécutif et non pas des tribunaux. S'il décide d'examiner la question, l'exécutif prendra sans aucun doute en considération l'ensemble des circonstances qui ont entouré la tragédie de Tracy Latimer, survenue le 24 octobre 1993, il y a environ sept ans. Depuis cette date, M. Latimer a fait l'objet de deux procès, de deux appels devant la Cour d'appel de la Saskatchewan et de deux pourvois devant notre Cour, avec la publicité inévitable et la souffrance qui en a découlé pour lui et sa famille.

Il s'agit ici d'un rappel sans équivoque à l'effet que, en l'absence d'une volonté législative d'apporter des modifications au *Code criminel*, il demeure de la prérogative de l'exécutif de prendre les décisions appropriées quant à l'opérationnalisation de la loi selon les faits et les circonstances de chaque cause.

## Conclusion

---

Nous avons voulu, par cette présentation, alimenter la réflexion dans une direction qui est celle du rôle de l'État dans une société libre et démocratique suite au constat à l'effet que la loi limite le droit à la liberté des personnes relativement à leurs décisions de fin de vie et aux moyens pour y parvenir en y opposant une garantie de sécurité sans égard à leur autonomie décisionnelle. C'est du moins ce que fait le *Code criminel* en interdisant l'assistance au suicide en toutes circonstances et en qualifiant d'homicide toute forme d'acte intentionnel pratiqué par un tiers pour mettre fin à la vie de quelqu'un.

À cette fin, nous avons décrit les modèles adoptés par des États à la tête de sociétés libres et démocratiques. Il en ressort clairement que ces modèles se fondent sur la reconnaissance primordiale du droit à la liberté de toute personne d'exprimer ses choix en matière de finitude de vie selon ses valeurs et convictions. Les lois examinées assurent que ces choix s'exercent de manière autonome et éclairée quant à l'ensemble des voies thérapeutiques disponibles. Ce faisant, on inscrit cet exercice dans la démarche thérapeutique, par ailleurs, déjà soumise aux règles juridiques du consentement libre et éclairé, en d'autres mots, respectueuse de la liberté et de l'autonomie de la personne concernée.

Nous avons constaté qu'à l'exception de la Suisse où la société considère non criminelle l'assistance au suicide sans motif égoïste quelque soit la personne impliquée dans l'aide au suicide, les deux modèles généralement observés dans les autres sociétés inscrivent le suicide assisté ou l'euthanasie dans une démarche médicale sous surveillance d'organismes indépendants et imputables d'en contrôler le respect des critères de minutie et d'en faire rapport à la société. Les législateurs concernés ont utilisé la voie de l'adoption de lois spécifiques à cet effet. Cette façon de faire nous apparaît tout-à-fait conforme au rôle que l'État doit assumer dans une société libre et démocratique pour garantir et protéger la sécurité de toute personne, notamment des plus vulnérables, mais en conciliant la protection de ce droit à celui de la liberté.

Nous avons également constaté à l'occasion de l'examen du modèle belge que cette façon de faire permet d'agir sans nécessité de modifier les lois pénales puisqu'il s'agit d'établir les conditions d'un acte non criminel, à savoir que dans la mesure où toutes et chacune des conditions étant observées, il s'agit d'un acte participant de la pratique médicale autorisé par la loi. C'est d'ailleurs ce que viennent affirmer les dispositions inscrites aux lois pénales des Pays-Bas et du Luxembourg.

Il y a donc lieu de constater que si le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité, reconnu comme fondamental dans notre société, doit trouver un sens réel et concret quant à la finitude de la vie, il appartient à l'État de jouer son rôle en adoptant les mesures législatives garantissant le respect de ce droit, fondamentalement individuel, et ce, dans le plus grand respect des valeurs de chaque personne.

## Notes et références

---

1 Le cas de *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361, en est un exemple.

2 Oregon Death With Dignity Act, Ore. Rev. Stat. §127.800 et seq. (2003) (ci-après ODWDA); Washington Death with Dignity Act, RCW §70.245, (2009).

3 L'Oregon a procédé à 2 référendums (Ballot Measure 16 (1994)) (Ballot Measure 51 (1997)); l'État de Washington a procédé au référendum, le 4 novembre 2008 (Initiative Measure 1000 (2008)).

4 ODWDA, précitée note 2, 127.805 §2.01.

5 *ibid.*, 127.830 §3.04.

6 *ibid.*, 127.815 §3.01.

7 *idem*, 127.885 §4.01.

8 Il s'agit de «The Oregon State Public Health Division» qui reçoit et traite les déclarations et produit les rapports et statistiques.

9 Voir entre autres: 2008 Summary of Oregon's Death with Dignity Act, page 2, 3<sup>e</sup> alinéa.

10 ***Baxter v. Montana***, No. DA 09-0051, 2009 Mt 249; *Baxter v. Montana*, Cause No. ADV-2007-787, Dec. 5, 2008 (2008 Mont. Dist. LEXIS 482)

11 Montana Code, Title 45, Chapter II - Section 45-2-211: CONSENT AS A DEFENSE

(1) The consent of the victim to conduct charged to constitute an offense or to the result thereof is a defense.

(2) Consent is ineffective if:

(a) it is given by a person who is legally incompetent to authorize the conduct charged to constitute the offense;

(b) it is given by a person who by reason of youth, mental disease or defect, or intoxication is unable to make a reasonable judgment as to the nature or harmfulness of the conduct charged to constitute the offense;

(c) it is induced by force, duress, or deception;

or

(d) it is against public policy to permit the conduct or the resulting harm, even though consented to.

History: En. by Sec. 1, Ch. 513, L. 1973; amd. Sec. 13, Ch. 359, L. 1977; R.C.M. 1947.

12 Montana Code Title 50, Chapitre 9- Section 50-9-101.

13 précitée note 10, para 50 (j. Leaphart): «*Furthermore, the Montana Rights of the Terminally Ill Act indicates legislative respect for a patient's autonomous right to decide if and how he will receive medical treatment at the end of his life. The Terminally Ill Act explicitly shields physicians from liability for acting in accordance with a patient's end-of-life wishes, even if the physician must actively pull the plug on a patient's ventilator or withhold treatment that will keep him alive. There is no statutory indication that lesser end-of-life physician involvement, in which the patient himself commits the final act, is against public policy. We therefore hold that under § 45-2-211, MCA, a terminally ill patient's consent to physician aid in dying constitutes a statutory defense to a charge of homicide against the aiding physician when no other consent exceptions apply.*»

14 *ibid.*, para 84 (j. Nelson).

15 *ibid.*, para 94 (j. Nelson).

16 RS 311.0 Code pénal Suisse, Art. 115

Incitation et assistance au suicide

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

17 MENÉTREY-SAVARY, Anne-Catherine, *Voulons-nous vraiment une loi sur la mort ?*, Le Courrier - quotidien suisse indépendant, 01 Septembre 2009.

18 *ibid.*

19 En juillet 2009, le ministère public (parquet) du Canton de Zurich a signé un accord avec l'association Exit Suisse alémanique pour encadrer les pratiques d'assistance au suicide et déterminer le médicament utilisé. [http://www.swissinfo.ch/fre/societe/Laide\\_au\\_suicide\\_reglementee\\_a\\_Zurich.html?cid=7502648](http://www.swissinfo.ch/fre/societe/Laide_au_suicide_reglementee_a_Zurich.html?cid=7502648).

20 Département fédéral de justice et police, Modification du Code pénal et du Code pénal militaire relative à l'assistance organisée au suicide; Consultation: Autorité: Conseil fédéral; Forme: procédure écrite;

Le code pénal (art. 115 CP) et le code pénal militaire (art. 119 CPM) sont complétés par des règles relatives à l'assistance organisée au suicide. Deux options sont soumises à la consultation : d'une part une liste de devoirs de diligence à remplir pour exercer une assistance organisée au suicide sans être punissable, d'autre part l'interdiction de l'assistance organisée au suicide.

Date limite: 01.03.2010

**Ouverture** Publication: [FF 2009 7242](#) (24.11.2009)

21 La consultation porte sur l'avant-projet de loi qui propose deux options, soit l'interdiction de l'assistance au suicide (option 2), soit la modification suivante (option 1) :

1. Code pénal

Incitation et assistance au suicide

*Art. 115*

Quiconque, poussé par un mobile égoïste, incite une personne au suicide ou lui prête assistance en vue du suicide est, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Quiconque, dans le cadre d'une organisation d'assistance au suicide, prête assistance à une personne en vue du suicide (accompagnant) est, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire, à moins que les conditions suivantes ne soient réunies:

- a. la décision de se suicider est prise et émise librement, mûrement réfléchie et persistante;
- b. un médecin indépendant de l'organisation atteste que le suicidant est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider ;
- c. un second médecin indépendant de l'organisation atteste que le suicidant souffre d'une maladie incurable avec une issue fatale imminente;
- d. des alternatives de traitement ont été discutées avec le suicidant; dans la mesure où celui-ci l'a souhaité, les démarches nécessaires ont été entreprises et l'alternative mise en oeuvre;
- e. le moyen employé est soumis à prescription médicale;
- f. l'accompagnant ne poursuit pas de but lucratif;
- g. l'organisation et l'accompagnant constituent conjointement une documentation complète sur le cas concerné.

Le responsable de l'organisation d'assistance au suicide encourt la peine visée à l'al. 1 lorsque :

- a. l'accompagnant, en accord avec lui, prête assistance à une personne en vue du suicide alors que toutes les conditions mentionnées à l'al. 2 ne sont pas remplies, ou que
- b. l'organisation reçoit une prestation appréciable en argent du suicidant ou des ses proches, à l'exception des cotisations de membre et des libéralités versées au moins un an avant le décès ou attribuées dans ce même délai.

Il est puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire lorsque :

- a. intentionnellement, il manque à ses devoirs de diligence dans le choix, l'instruction ou le contrôle de l'accompagnant, et que
- b. à son insu, ce dernier prête assistance à une personne en vue du suicide alors que toutes les conditions mentionnées à l'al. 2 ne sont pas remplies.

S'il a agi par négligence dans le cas visé à l'al. 4, il est puni d'une peine privative de liberté d'un an au plus ou d'une peine pécuniaire.

22 Département fédéral de justice et police (DFJP), Modification du code pénal et du code pénal militaire relative à l'assistance organisée au suicide - Rapport explicatif, Octobre 2009; <http://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/1783/Bericht.pdf>.

23 Sondage sur l'aide au suicide réalisé par l'Institut M.I.S Trend, avril 2009; [http://www.hebdo.ch/edition/2009-15/actuels/assistance\\_au\\_suicide/des\\_suissees\\_disent\\_oui.htm](http://www.hebdo.ch/edition/2009-15/actuels/assistance_au_suicide/des_suissees_disent_oui.htm)

24 Académie Suisse des Sciences Médicales, Prise de position de l'Académie Suisse des sciences Médicales concernant les propositions de modifications relatives à l'assistance organisée au suicide dans le Code pénal suisse et le Code pénal militaire, 12 janvier 2010. [http://www.samw.ch/fr/Actualites/News.html,f\\_Stellungnahme\\_Suizid](http://www.samw.ch/fr/Actualites/News.html,f_Stellungnahme_Suizid).

25 Sauf en ce qui concerne l'organisation controversée qu'est Dignitas, créée en 1998 par Ludwig MINELLI.

26 Académie Suisse des Sciences Médicales, Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, Approuvée par le Sénat de l'ASSM le 25 novembre 2004. <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html>; [f\\_RL\\_Lebensende.pdf](#).

27 précité, note 24.

28 *ibid.*

29 Il existe plus d'une douzaine d'associations en Suisse qui répondent aux demandes d'assistance au suicide dont la majorité ne reçoit que les demandes des citoyens suisses et inscrit cette offre dans une démarche d'accompagnement et où les médecins collaborent notamment en remettant une prescription de médicament létal lorsque les conditions médicales sont réunies. L'association Dignitas se distingue en acceptant toute demande, quelque soit la provenance du demandeur ou les fondements médicaux de sa demande d'où la controverse qu'elle suscite.

30 *ibid.*

31 Pays-bas : *La loi du 12 avril 2001 relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et au contrôle de l'assistance au suicide, et portant modification du code pénal ainsi que de la loi sur les pompes funèbres dépenalise, dans certaines conditions, l'euthanasie, y compris lorsque la requête émane d'un mineur, Code pénal néerlandais du 3 mars 1881, Stb. 35, modifié le 6 décembre 1995, Stb. 592, a. 293-294.*

Belgique : *Loi du 28 MAI 2002 relative à l'euthanasie* (M.B. du 22.06.2002); Luxembourg: *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.*

32 *Loi du 28 MAI 2002, précité note 31.*

33 *Code pénal (belge)* TITRE VIII. - DES CRIMES ET DES DÉLITS CONTRE LES PERSONNES; CHAPITRE I. - (DE L'HOMICIDE ET DE LÉSIONS CORPORELLES VOLONTAIRES DE LA TORTURE, DU TRAITEMENT INHUMAIN ET DU TRAITEMENT DÉGRADANT.) <L 2002-06-14/42, art. 4, 036; En vigueur : 24-08-2002> art. 397;

*Code pénal (luxembourgeois)* TITRE VIII. - DES CRIMES ET DES DÉLITS CONTRE LES PERSONNES; CHAPITRE 1ER. - DE L'HOMICIDE ET DES LÉSIONS CORPORELLES VOLONTAIRES; SECTION 1ÈRE. - DU MEURTRE ET DE SES DIVERSES ESPÈCES, art. 197.

34 *Code pénal, précité note 31,*

art. 293 « 1. Celui qui met fin aux jours d'un autre, à la demande expresse et sérieuse de ce dernier, est puni d'une peine de prison d'une durée maximale de douze ans ou d'une amende de cinquième catégorie (3\*)).

2. L'action visée à l'alinéa précédent n'est pas punissable, dans la mesure où elle est réalisée par un médecin qui satisfait aux critères de minutie mentionnés à l'article 2 de la loi relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et de l'aide au suicide et qui en donne communication au médecin légiste de la commune, conformément au deuxième alinéa de l'article 7 de la loi sur les pompes funèbres. »

art. 294 « 1. Celui qui pousse intentionnellement autrui au suicide est, en cas de décès, puni d'une peine de prison d'une durée maximale de trois ans ou d'une amende de quatrième catégorie.

2. Celui qui, intentionnellement, aide autrui à se suicider ou lui procure les moyens lui permettant de se suicider est, en cas de décès, puni d'une peine de prison d'une durée maximale de trois ans ou d'une amende de quatrième catégorie. Le second alinéa de l'article 293 est applicable. »

35 Les critères de minutie dégagés peu à peu de la jurisprudence ont été inscrits sous une formulation un peu différente dans le règlement de 1998 instituant les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Au nombre de six (loi du 12 avril 2001, art.1), ils sont considérés comme remplis lorsque le médecin :

« a) a acquis la conviction que le patient a formulé sa demande librement, de façon mûrement réfléchie et constante ;

» b) a acquis la conviction que les souffrances du patient étaient sans perspectives d'amélioration et insupportables ;

» c) a informé le patient de sa situation et de ses perspectives ;

» d) est parvenu, en concertation avec le patient et compte tenu de la situation de ce dernier, à la conviction qu'aucune autre solution n'était envisageable ;



- » e) a consulté au moins un autre médecin indépendant qui a examiné le patient et s'est fait une opinion quant aux critères de minutie visés aux alinéas a) à d) ;
- » f) a pratiqué l'interruption de la vie avec toute la rigueur médicalement requise. »

36 *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (192, R.-U., c. 11)], art. 7.

37 À titre de référence mentionnons les décisions : R. c. Morgentaler [1988] 1 R.C.S. 30 (Cour suprême du Canada); Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) [1990] 3 R.C.S. 519 (Cour suprême du Canada); B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto [1995] R.C.S. 315 (Cour suprême du Canada); Fleming c. Reid. [1991] O.R. (3) 74. (Cour d'appel de l'Ontario).

38 *Code Criminel*, L.R.C. (1985), c. C-46.

39 Morgentaler, précité note 37, p. 174 (juge Wilson).

40 *ibid.*, p. 174 (juge Wilson).

41 Fleming, précité note 37, p.88.

42 Rodriguez, précité note 37, p. 589, (juge Sopinka).

43 Liste non exhaustive de décisions rendues portant sur des gestes d'assistance au suicide ou d'euthanasie au Canada: R. c. Bergeron, 2006 QCCQ 10156 (CanLII) — 2006-10-19; R. c. Houle, 2006 QCCS 319 (CanLII) — 2006-01-27 ; R. v. Kirk, 2005 ONCJ 352 (CanLII) — 2005-07-15; R. c. Martens, 2004 BCSC 1450; R. c. Pelletier, 2004 CanLII 16637 (QC C.Q.) — 2004-05-17; R. c. Latimer, [2001] 1 R.C.S. 3; R. v. Morrison, 1998 CanLII 2075 (NS S.C.) — 1998-11-19; R. v. de la Rocha 1993 OCGD April 2, 1993, J. Loukidelis.

44 Le décès de Madame Rodriguez n'a pas conduit à une poursuite. février 1998 - Un juge de la Nouvelle-Écosse statue que les preuves sont insuffisantes pour qu'un jury condamne la Dre Nancy Morrison, et il refuse de la citer à procès. 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. 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, et 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 sur la personne de sa conjointe, Marielle Gagnon, atteinte de l'ataxie de Friedreich. 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 communauté. Le 12 décembre 2008, un jury acquitte Monsieur Stéphan Dufour des accusations d'homicide par assistance au suicide.

45 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2000. « Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit », Sous-comité de mise à jour de « De la vie et de la mort ». Voir également pour une mise à jour sur la question: Dunsmuir, Mollie, Marlisa Tiedemann. 2006. "L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada" Division du droit et du gouvernement; révisé le 23 février 2006.

46 *ibid*, Dans son rapport, le comité sénatorial concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicale nécessaires pour soigner les gens en phase terminale » (p. 3).

47 Ipsos Reid, "Most (76%) Canadians Support 'Right to Die'", Canadians Unchanged In Their Opinions Of Fourteen Years Ago, Sunday, June 10, 2007. Selon ce sondage effectué auprès de 1 005 Canadiens, 76 p. 100 des répondants approuvaient le droit de mourir pour les patients atteints d'une maladie incurable (ce chiffre est demeuré inchangé depuis 14 ans). L'appui le plus fort a été constaté au Québec (87 p. 100), tandis que c'est en Alberta que l'on a retrouvé la proportion la plus faible (66 p. 100). <http://www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?&id=3526>.

48 R. c. Latimer, 2001 CSC 1, [2001] 1 R.C.S. 3; para 89 et 90. <http://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/2001/2001csc1/2001csc1.html>