

Vers la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie au Canada

Laurie Anctil

Thèse déposée à la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa  
en vue de l'obtention de la maîtrise en droit (LL.M)

2014

© Laurie Anctil, Ottawa, Canada, 2014

## Résumé

L'objectif de la thèse était d'élaborer un projet de réforme du droit, visant la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie au Canada, projet qui s'inscrit dans le cadre théorique du libéralisme politique, qui respecte les principes dégagés par la jurisprudence en matière de protection des droits fondamentaux et qui, finalement, s'inspire des meilleures pratiques à l'étranger. La méthodologie consistait principalement en une analyse de la législation, de la jurisprudence et de la doctrine, canadienne et étrangère, en matière de suicide assisté et d'euthanasie. Des emprunts à des sources doctrinales en philosophie ont également été faits et un projet de loi a été rédigé, à partir des analyses effectuées. La thèse se divise en quatre chapitres. Le premier chapitre présente le cadre théorique, plus précisément une comparaison entre deux théories appliquées au suicide assisté : le libéralisme et le moralisme. Le deuxième chapitre consiste en une analyse du droit canadien en matière de suicide assisté, où l'encadrement législatif du suicide assisté et la jurisprudence portant sur les articles 7 et 15 de la Charte canadienne sont examinés. Le troisième chapitre présente une analyse du droit étranger, dans les états où le suicide assisté et l'euthanasie sont permis : la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, et quatre états américains (Oregon, Washington, Vermont et Montana). Finalement, dans le quatrième chapitre, sont proposés un projet de loi fédéral qui légalise le suicide assisté et l'euthanasie, ainsi qu'une justification de ce projet de loi et une comparaison avec d'autres projets de légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie. Le projet de loi rédigé s'inscrit dans la théorie du libéralisme politique, respecte les droits fondamentaux eu égard à la jurisprudence et s'inspire des régimes en vigueur aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg.

## Remerciements

Nous aimerions remercier Mme Rachel Grondin, notre directrice de thèse, pour son aide et ses judicieux conseils tout au long de l'écriture de notre thèse, et Mme Marie-Ève Sylvestre, pour ses conseils au sujet de notre cadre théorique. Nous aimerions également remercier Mme Diane Pruneau, pour avoir corrigé notre thèse et pour ses encouragements. Enfin, nous aimerions remercier M. Jean-Claude Anctil, pour le soutien et la confiance qu'il nous a toujours accordés.

# Vers la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie au Canada

## Table des matières

Introduction .....	1
Chapitre 1 – Cadre théorique : le libéralisme et le moralisme dans le cadre du suicide assisté .....	9
A) Le libéralisme.....	10
1. Le libéralisme : théorie philosophique générale .....	10
a) Le libéralisme utilitariste.....	10
b) Le droit naturel et le libéralisme .....	13
c) L’ultra-libéralisme.....	14
d) Le libéralisme politique.....	16
2. Le libéralisme : théorie appliquée en faveur du suicide assisté .....	18
a) L’autonomie personnelle.....	18
b) L’auto-détermination.....	19
c) L’humanisme.....	19
d) La non-intervention de l’État .....	20
3. Le libéralisme : théorie interprétée à l’encontre du suicide assisté.....	21
B) Le moralisme.....	23
1. Le moralisme : théorie philosophique à proprement parler ?.....	23
a) La morale judéo-chrétienne.....	23
b) Le conservatisme.....	25
2. Le moralisme : les valeurs traditionnelles militant contre le suicide assisté.....	25
a) Le caractère sacré de la vie.....	26
b) La souffrance et l’Église catholique.....	28
c) L’historicisme des tribunaux .....	28
Conclusion.....	29
Chapitre 2 – Le suicide assisté : où en sommes-nous au Canada ? .....	31
A) L’encadrement normatif du suicide assisté.....	31
1. Les dispositions du <i>Code criminel</i> .....	31
2. L’historique législatif en matière de suicide .....	34
B) L’interprétation jurisprudentielle du droit à la liberté et du droit à l’égalité en matière de suicide assisté .....	35
1. L’interruption de traitement .....	36
2. Le droit à la vie, le droit à la liberté et le droit à la sécurité de la personne.....	37
3. Le droit à l’égalité .....	43
4. La justification sous l’article premier.....	50
5. Les parallèles avec les théories philosophiques .....	50
Chapitre 3 – La mort « légale » à l’étranger : l’expérience européenne et états-unienne .....	53
A) Législation et jurisprudence .....	53
1. Le système fondé sur le Code pénal : la Suisse.....	54
2. Les systèmes comportant une législation spécifique.....	56
a) Définitions du suicide assisté et de l’euthanasie .....	58
b) Conditions de fond .....	61

c) Conditions de forme .....	65
d) Régimes en cas d'inconscience .....	68
e) Commissions de contrôle et de surveillance .....	69
f) Tentative d'invalidation de la légalisation du suicide assisté .....	72
3. Le système jurisprudentiel : le Montana .....	73
4. Comparaisons entre les trois grands systèmes .....	74
B) Efficacité des garanties juridiques et procédurales .....	76
1. Pays-Bas .....	77
2. Oregon .....	81
Conclusion.....	84
Chapitre 4 – Projets de loi .....	88
A) Projets de loi.....	88
1. Loi modifiant le <i>Code criminel</i> .....	88
2. <i>Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie</i> .....	90
B) Justification et explication des projets de loi.....	93
1. Loi modifiant le <i>Code criminel</i> .....	99
a) Cadre général.....	99
b) Dispositions particulières .....	99
2. <i>Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie</i> .....	100
a) Cadre général.....	100
b) Dispositions particulières .....	103
C) Comparaisons avec d'autres projets de légalisation du suicide assisté .....	113
1. Les recommandations de la Société royale .....	114
2. Le projet de loi québécois n° 52 : <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> .....	118
Conclusion.....	123
Bibliographie .....	127

## Introduction

La recherche en droit peut comporter une multitude d'objectifs différents. Un projet de recherche en droit peut servir, par exemple, à intervenir dans un débat juridique ou de politique sociale, à critiquer une institution, à analyser l'impact de règles juridiques sur des groupes sociaux, ou encore à trouver des solutions juridiques à des problèmes de la vie courante. Notre projet se classe dans cette dernière catégorie. Notre projet de recherche vise à régler un problème de la vie quotidienne : celui de l'interdiction de l'aide au suicide, et ce grâce à un projet de réforme du droit.

Notre projet de recherche touche essentiellement au droit pénal. Il porte sur le suicide assisté et l'euthanasie. Le suicide assisté et l'euthanasie constituent deux crimes au Canada. En effet, l'aide, le conseil et l'encouragement au suicide sont interdits à l'article 241 C.cr. et l'euthanasie est interdite en vertu des articles 222 et ss. du *Code criminel*<sup>1</sup> sous la section générale concernant l'homicide. Cependant, il n'en est pas de même partout à l'étranger. Plusieurs juridictions ont légalisé la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie, c'est-à-dire la Suisse<sup>2</sup>, les Pays-Bas<sup>3</sup>, la Belgique<sup>4</sup> et le Luxembourg<sup>5</sup>, ainsi que les États américains de l'Oregon<sup>6</sup>, de Washington<sup>7</sup>, du Vermont<sup>8</sup> et du Montana<sup>9</sup>. Cette légalisation constitue dans ces états une première tentative

---

<sup>1</sup> *Code criminel*, LRC 1985, c C-46.

<sup>2</sup> *Code pénal*, S.R. 311.0.

<sup>3</sup> *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, 2002, Stb. 2001, 194 [Loi néerlandaise].

<sup>4</sup> *Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, M.B. 22 juin 2002 [Loi belge].

<sup>5</sup> *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*, Mémorial A-No. 46, 16 mars 2009 [Loi luxembourgeoise].

<sup>6</sup> *Death With Dignity Act*, Oregon Rev Stat §127.800-995 (1994) [ODDA].

<sup>7</sup> *Death With Dignity Act*, Wash Rev Code §70.245 (2009) [WDDA].

<sup>8</sup> *An Act Relating to Patient Choice and Control at End of Life*, Vt Ann Stat tit 113 §39-5281 (2013) [Loi du Vermont].

d'offrir une alternative aux soins palliatifs, qui se révèlent parfois insuffisants pour alléger les souffrances des patients en fin de vie.

Avant de poursuivre, il est pertinent de définir quelques concepts, c'est-à-dire le suicide assisté et l'euthanasie. Il existe plusieurs définitions possibles de ces concepts clés. Tout d'abord, le terme « euthanasie » est dérivé du grec *eu* (bonne) et *thanatos* (mort). La définition littérale est donc *une bonne mort*<sup>10</sup>. Cette définition a toutefois évolué pour devenir, selon le petit Larousse, « acte d'un médecin qui provoque la mort d'un malade incurable pour abréger ses souffrances ou son agonie, illégal dans la plupart des pays »<sup>11</sup>. De même, il existe aussi les concepts d'euthanasie active (directe) et d'euthanasie passive (indirecte). Plusieurs auteurs se servent de ces concepts pour différencier entre certains actes d'euthanasie qui entraînent la mort. Par exemple, l'administration au patient de doses élevées d'analgésiques et la cessation de traitement constituent des actes d'euthanasie passive (indirecte). Plus précisément, la cessation de traitement consiste à retirer un appareil, dont une personne a besoin pour vivre, tel un respirateur, laissant ainsi la maladie suivre son cours normal et entraînant de ce fait la mort du patient. Par contre, l'injection d'une substance qui provoque la mort volontairement constitue plutôt une euthanasie active (directe)<sup>12</sup>.

De plus, il existe également les concepts d'euthanasie volontaire, d'euthanasie non volontaire et d'euthanasie involontaire. Tels que leur nom l'indique, l'euthanasie volontaire est celle pratiquée à la demande du patient, l'euthanasie non volontaire est celle pratiquée sans que le patient en ait

---

<sup>9</sup> *Baxter v. Montana*, 2009 WL 5155363 (Mont. 2009) [*Baxter*].

<sup>10</sup> Emily Jackson et John Keown, *Debating Euthanasia*, Debating Law Vol 3, Oxford, Hart Publishing, 2012 à la p 1.

<sup>11</sup> *Le petit Larousse illustré*, 2008, *sub verbo* « euthanasie ».

<sup>12</sup> Nicolas Aumonier, Bernard Beignier et Philippe Letellier, *L'euthanasie*, 6<sup>e</sup> éd, Que sais-je ? no 3595, Paris, Presses universitaires de France, 2012 à la p 5.

fait la demande et enfin, l'euthanasie involontaire est celle pratiquée à l'encontre de la volonté du patient<sup>13</sup>.

Par ailleurs, le terme « suicide assisté » désigne généralement deux actes possibles. Un suicide assisté consiste en l'acte que pose un tiers, souvent un médecin, qui met fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci. D'un autre côté, selon certaines définitions, le suicide assisté est la prescription par un médecin d'une substance mortelle que le patient ingère lui-même. Dans le cas des deux définitions, le consentement du patient est requis. Par conséquent, la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie réside surtout dans le consentement de la personne décédée. En effet, dans sa définition même, à moins de spécifier si l'euthanasie est volontaire, non volontaire ou involontaire, l'euthanasie ne prend pas nécessairement en compte la volonté de la personne concernée. Tel que déterminé par la jurisprudence canadienne, l'euthanasie passive, contrairement à l'euthanasie active et au suicide assisté, n'est pas une infraction au Canada<sup>14</sup>.

Enfin, d'autres auteurs englobent les concepts de suicide assisté et d'euthanasie dans un autre concept plus large, c'est-à-dire l'aide médicale à mourir. Ils considèrent en effet que le suicide assisté et l'euthanasie présentent sensiblement les mêmes conséquences et les mêmes intentions<sup>15</sup>. Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes servies des définitions fournies par les différentes législations examinées, pour ensuite rédiger nos propres définitions. Ces définitions seront présentées et justifiées au Chapitre 4 de cette thèse.

---

<sup>13</sup> Jean-Pierre Ménard, Michelle Giroux et Jean-Claude Hébert, « Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale sur la question de mourir dans la dignité » (janvier 2013), en ligne : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec <<http://www.msss.gouv.qc.ca>> à la p 6 [Ménard].

<sup>14</sup> Christiane Lussier, *Le consentement de la victime en matière d'infractions contre les personnes*, Collection Minerve, Cowansville, Québec, Yvon Blais, 1999 à la p 58.

<sup>15</sup> Ménard, *supra* note 13 à la p 7.

La revendication de la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie s'inscrit dans un mouvement libéraliste, qui s'oppose à un mouvement plus conservateur, qui milite pour le statu quo, c'est-à-dire l'interdiction pure et simple de toute forme de suicide assisté ou d'euthanasie. Il existe néanmoins plusieurs situations factuelles différentes qui militent en faveur d'une légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie au Canada. Parmi celles-ci, trois situations principales sont fréquemment invoquées. Premièrement, plusieurs patients atteints de maladies incurables en phase terminale voudraient pouvoir mettre fin à leurs jours avec l'aide d'un médecin, au moment où ils le souhaitent, et ce afin de mourir dans la dignité. La légalisation du suicide médicalement assisté répondrait aux besoins de ces patients. Deuxièmement, plusieurs personnes sont malheureuses ou vivent une situation qu'elles jugent insupportables, et voudraient donc se suicider, mais sont incapables de le faire elles-mêmes. Par exemple, une personne atteinte de quadriplégie, c'est-à-dire d'une paralysie des quatre membres, aurait sans doute de la difficulté à mettre elle-même fin à ses jours. La légalisation de l'assistance au suicide permettrait de donner accès au suicide à ces personnes, qui n'ont pas cette possibilité comme le reste de la population. Troisièmement, plusieurs personnes souffrent énormément en raison de diverses maladies et se retrouvent dans une situation où elles sont incapables d'exprimer leur volonté. La légalisation de l'euthanasie permettrait à un tiers, avec l'accord d'un proche, d'abrégé les souffrances inutiles de ces personnes.

Dans un autre ordre d'idées, notre projet de recherche est pertinent car le problème ciblé est un sujet actuel qui, avec le vieillissement de la population canadienne, ne risque pas de disparaître bientôt. Un important rapport d'expert, au sujet des soins en fin de vie, a été publié en novembre

2011 par la Société royale du Canada, intitulé « Prises de décisions en fin de vie »<sup>16</sup>. Dans ce rapport, le groupe d'experts de la Société royale propose une réforme du droit au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie.

De même, depuis 2011, un groupe de personnes de la Colombie-Britannique conteste devant les tribunaux les dispositions du *Code criminel* interdisant le suicide assisté. Ainsi l'une des membres de ce groupe, Mme Gloria Taylor, était atteinte de la maladie de Lou Gehrig, une maladie dégénérative incurable. Constatant la perte progressive de plusieurs fonctions de son corps, elle voulait ainsi obtenir l'aide d'un médecin pour mettre fin à ses jours, lorsqu'elle ne pourrait plus supporter sa souffrance.<sup>17</sup> En juin 2012, la Cour suprême de Colombie-Britannique a rendu la décision *Carter v. Canada (Attorney General)*<sup>18</sup>, dans laquelle la juge Smith a invalidé l'article 241b) C.cr. Mme Taylor est décédée de causes naturelles, quelques mois plus tard.<sup>19</sup> Toutefois, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a renversé la décision de la juge Smith en octobre 2013<sup>20</sup>.

Par ailleurs, en juin 2013, le gouvernement du Québec a déposé le projet de loi n° 52 intitulé « Loi concernant les soins de fin de vie »<sup>21</sup>, qui vise à légaliser le suicide assisté au Québec, dans certaines conditions bien précises. Ce projet de loi fait suite à un rapport du Comité de juristes experts, intitulé « Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de

---

<sup>16</sup> Jocelyn Downie et al, « Prises de décisions en fin de vie » (Novembre 2011), en ligne : La Société royale du Canada <<http://rsc-src.ca>> [Downie].

<sup>17</sup> CTVNews.ca, « B.C. woman to challenge assisted-suicide laws » (14 novembre 2011), en ligne : CTV News <[www.ctvnews.ca](http://www.ctvnews.ca)>.

<sup>18</sup> *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 [Carter].

<sup>19</sup> Radio-Canada, « Gloria Taylor, qui a lutté pour le suicide assisté, est décédée d'une infection » (5 octobre 2012), en ligne : Radio-Canada.ca <<http://www.radio-canada.ca>>.

<sup>20</sup> *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCCA 435 [Carter BCCA].

<sup>21</sup> PL 52, *Loi concernant les soins de fin de vie*, 1<sup>re</sup> sess, 40<sup>e</sup> lég, Québec, 2013.

l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité »<sup>22</sup>, dirigé par M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard et publié en janvier 2013. Il est donc clair que le débat en matière de suicide assisté et d'euthanasie ne fait que commencer.

Notre question de recherche est la suivante : **Comment peut-on élaborer un projet de réforme du droit s'inscrivant dans le respect des valeurs du libéralisme et visant à décriminaliser et légaliser le suicide assisté et l'euthanasie au Canada, conformément à la jurisprudence applicable et inspiré des meilleures pratiques à l'étranger?**

L'objectif de notre recherche est donc d'élaborer un projet de réforme du droit qui s'inscrit dans le cadre théorique du libéralisme politique, qui respecte les principes dégagés par la jurisprudence en matière de protection des droits fondamentaux et qui, finalement, s'inspire des meilleures pratiques à l'étranger en matière de suicide assisté et d'euthanasie.

Pour atteindre notre objectif de recherche, la méthodologie a d'abord consisté en une analyse principalement doctrinale des théories du libéralisme et du moralisme, analyse qui a nécessité des emprunts à une autre discipline, celle de la philosophie du droit. Cette analyse de théories philosophiques a servi à ancrer notre projet de réforme du droit dans une théorie, celle du libéralisme politique. Les sources ont donc été forcément différentes de la doctrine positiviste juridique traditionnelle.

Une analyse positiviste classique du droit canadien sur le suicide assisté et l'euthanasie a suivi. L'état du droit canadien sur la question du suicide assisté et de l'euthanasie a été résumé. Nous

---

<sup>22</sup> Ménard, *supra* note 13.

nous sommes basée essentiellement sur la législation et la jurisprudence, avec quelques emprunts à des sources doctrinales pertinentes.

Par la suite, une analyse des principaux régimes étrangers, où des formes de suicide assisté ou d'euthanasie sont permis, a été réalisée, analyse fondée sur la législation, la jurisprudence (principalement dans les pays de *common law* tels que les Etats-Unis) et la doctrine.

Inspirée des législations étrangères étudiées et de projets de loi canadiens existants, une proposition de réforme du droit, visant la rédaction d'un projet de loi sur le suicide assisté et l'euthanasie, a été finalement rédigée, justifiée et comparée à d'autres projets de réforme.

La présente thèse se divise en quatre chapitres. En voici le plan.

- 1) Le premier chapitre traite du cadre théorique. Il s'agit d'une comparaison entre deux théories, celle du libéralisme et celle du moralisme, par rapport à la question du suicide assisté et de l'euthanasie. L'analyse se termine par le choix du libéralisme politique, parmi les théories étudiées, théorie qui nous semble la meilleure pour guider notre projet de recherche.
- 2) Le second chapitre porte sur l'état du droit au Canada en matière de suicide assisté et d'euthanasie. Nous examinons les dispositions du *Code criminel* pertinentes ainsi que l'interprétation des différents tribunaux, notamment par rapport aux articles 7 et 15 de la Charte canadienne (ci-après la Charte)<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c 11.

- 3) Le troisième chapitre traite de l'état du droit à l'étranger, dans les états qui permettent une forme d'euthanasie ou de suicide assisté, c'est-à-dire la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, et les États américains de l'Oregon, de Washington, du Vermont et du Montana. Ce chapitre vise essentiellement à comparer les différentes législations, leur interprétation par les tribunaux ainsi que les opinions formulées dans la doctrine, dans le but d'évaluer ces régimes législatifs.
- 4) Enfin, le quatrième chapitre constitue un projet de réforme du droit. Nous y présentons deux projets de loi : un projet de loi modifiant quelques dispositions du *Code criminel* afin de permettre l'application d'un second projet de loi, qui à son tour encadre la pratique du suicide assisté, grâce à plusieurs conditions de fond et de forme. L'analyse fournie par les trois premières parties du projet sert à construire ce second projet de loi qui, idéalement, s'inscrit dans notre cadre théorique et respecte le droit canadien, tout en incorporant les meilleurs éléments du droit étranger en matière de suicide assisté. Les projets de loi sont accompagnés d'une explication et d'une justification. Enfin, ces projets de loi sont comparés à ceux proposés dans le rapport de la Société royale et par le projet de loi québécois.

## **Chapitre 1 – Cadre théorique : le libéralisme et le moralisme dans le cadre du suicide assisté**

Le suicide assisté est un sujet très controversé, qui touche autant le droit que la philosophie, la sociologie, la politique et la médecine. Dans le but d'analyser d'un point de vue juridique la validité du suicide assisté, il importe d'examiner les différentes théories derrière le droit, c'est-à-dire la philosophie du droit. Il existe deux théories principales à partir desquelles il est possible d'analyser le suicide assisté : le libéralisme et le moralisme. Diamétralement opposées, ces deux théories offrent une conception complètement différente du monde et de la notion de bien.

Dans un premier temps, nous analysons la théorie du libéralisme et ce, en trois parties. En premier lieu, le libéralisme est présenté en tant que théorie philosophique générale, à travers quatre écoles de pensée : le libéralisme utilitariste, le droit naturel et le libéralisme, l'ultra-libéralisme et le libéralisme politique. En second lieu, le libéralisme est analysé dans l'optique du suicide assisté, à travers quatre thèmes liés aux quatre écoles de pensée : l'autonomie personnelle, l'auto-détermination, l'humanisme et la non-intervention de l'État. En troisième lieu, une faiblesse du libéralisme est identifiée, d'un point de vue théorique et quant à ses impacts sur le suicide assisté.

Dans un second temps, la théorie du moralisme est étudiée en deux parties. Premièrement, le moralisme est défini par rapport aux valeurs morales judéo-chrétiennes et à la lumière de la théorie conservatrice. Deuxièmement, le moralisme est défini en ce qui a trait à sa position sur le

suicide assisté, et ce en trois thèmes : le caractère sacré de la vie, la souffrance et l'Église catholique et l'historicisme des tribunaux.

En conclusion, nous choisissons une théorie philosophique, soit le libéralisme politique, qui viendra encadrer le reste de notre analyse dans le cadre de notre projet de réforme.

## **A) Le libéralisme**

### **1. Le libéralisme : théorie philosophique générale**

Le libéralisme est une théorie philosophique et politique dont les origines remontent au XVIII<sup>e</sup> siècle. Cette théorie, centrée autour du concept de « liberté », varie énormément d'une école de pensée à une autre. Pour les fins de ce cadre théorique, les écoles de pensée retenues sont les deux écoles de pensée principale constituant ce que l'on appelle le libéralisme classique (c'est-à-dire le libéralisme utilitariste, et le droit naturel et le libéralisme), ainsi que deux autres écoles : l'ultra-libéralisme et le libéralisme politique.

#### **a) Le libéralisme utilitariste**

Comme toutes les autres théories philosophiques, la théorie utilitariste tente d'établir une notion du « bien ». La réponse de l'utilitarisme à ce questionnement fondamental est le concept de « bonheur ». Le bonheur représente le bien suprême. Selon Adam Smith, « le bonheur consiste

dans la tranquillité et dans la jouissance »<sup>24</sup>. Cette notion de « bonheur » est parfois remplacée chez certains auteurs par le terme « plaisir ». Par exemple, selon Jeremy Bentham, l'homme est soumis à deux « maîtres souverains » : la douleur et le plaisir<sup>25</sup>. Le bonheur ou le plaisir est de nature essentiellement matérialiste. Il est associé à la santé physique et à la prospérité économique. La doctrine utilitariste encourage les actions qui ont pour effet d'augmenter le bonheur, actions prises autant par les individus que par le gouvernement<sup>26</sup>.

La notion de bonheur comporte toutefois un aspect collectif. Ici, l'objectif est d'augmenter le bonheur de toute la communauté. C'est pourquoi on qualifie cette doctrine d'utilitariste : les actions qualifiées d'utilitaires sont celles qui visent à assurer le bonheur collectif. En effet, comme l'explique G.E. Moore : « La principale raison pour adopter l'appellation "utilitariste" fut de mettre l'emphase sur le fait que la conduite doit être jugée bonne ou mauvaise en fonction de ses résultats [...] en opposition avec le point de vue strictement intuitif qui considère certaines formes de conduite comme bonnes et d'autres comme mauvaises, quels que soient leurs résultats »<sup>27</sup>.

Pour ce qui est de la théorie du libéralisme utilitariste à proprement parler, la liberté, lorsqu'on applique la doctrine utilitariste, est tout simplement plus utile que la contrainte, car elle mène plus facilement au bonheur collectif. Selon John Stuart Mill, la liberté individuelle mène au bonheur collectif de deux façons: en augmentant le bonheur personnel de l'individu, qui peut choisir son

---

<sup>24</sup> Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, traduit par Michaël Bizou, Claude Gautier et Jean-François Pradeau, Paris, Presses universitaires de France, 1999 à la p 212.

<sup>25</sup> Jeremy Bentham, *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, The Collected Works of Jeremy Bentham, Londres, Athlone Press, 1970 à la p 11.

<sup>26</sup> *Ibid* à la p 12.

<sup>27</sup> George Edward Moore, *Principia Ethica*, traduit par Francisco Vergara, Cambridge University Press, 1954 à la p 106.

propre projet de vie, et en permettant « d'expérimenter des styles de vie nouveaux »<sup>28</sup>. Selon Mill, cette deuxième « liberté » est nécessaire car « il est important de donner la plus grande liberté de champ aux choses inhabituelles, afin de pouvoir constater, après un laps de temps, quels sont les comportements qu'il convient d'adopter [...] On a toujours besoin de personnes [...] qui commencent de nouvelles pratiques »<sup>29</sup>.

Selon la théorie utilitariste d'Adam Smith, qui tend vers le libéralisme économique, la liberté peut être définie de deux façons : la liberté comme capacité d'agir et la liberté comme capacité de juger. Premièrement, la liberté comme capacité d'agir signifie l'absence de contrainte, c'est-à-dire l'indépendance par rapport aux autres<sup>30</sup>. Par exemple, c'est la liberté des individus d'agir sans que l'État ne se mêle de leurs affaires : « Tout homme, tant qu'il ne viole pas les lois de la justice, est laissé parfaitement libre de poursuivre son propre intérêt à sa guise. »<sup>31</sup>

Deuxièmement, la liberté comme capacité de juger signifie que tous les individus sont dotés de jugement, fondé sur la raison et la morale. La liberté signifie que l'individu doit se considérer lui-même, ainsi que les autres, comme responsables<sup>32</sup>.

En somme, le libéralisme utilitariste prône la liberté individuelle, qui contribue à assurer le bonheur de tous.

---

<sup>28</sup> Francisco Vergara, *Introduction aux fondements philosophiques du libéralisme*, Paris, Éditions de la Découverte, 1992 à la p 38 [Vergara].

<sup>29</sup> John Stuart Mill, *De la liberté*, traduit par Laurence Lenglet à partir de la traduction de Dupond White, Paris, Gallimard, 1990 à la p 68.

<sup>30</sup> Michaël Biziou, *Adam Smith et l'origine du libéralisme*, Fondements de la politique, Série Essais, Paris, Presses universitaires de France, 2003 à la p 186 [Biziou].

<sup>31</sup> Adam Smith, *Enquête sur la nature et les causes de la richesse des nations*, traduit par Paulette Taïeb, Paris, Presses Universitaires de France, 1995 à la p 784.

<sup>32</sup> Biziou, *supra* note 30 à la p 189.

## b) Le droit naturel et le libéralisme

Pour ce qui est de l'école de pensée que l'on appelle « le droit naturel et le libéralisme », la notion centrale est plutôt celle de la Justice<sup>33</sup>. Selon cette école de pensée, il existe un sentiment spontané de justice, que l'on peut définir par un ensemble de règles : le droit naturel, dont la source principale est la raison humaine. Premièrement, en droit naturel, la notion de bien est associée à ce qui est conforme à la nature. L'observation de la nature permet donc d'établir les règles du droit naturel, notamment celle selon laquelle l'être humain est un animal social. Deuxièmement, puisque l'être humain vit en société, la raison permet de déterminer les conditions indispensables à l'existence des êtres humains en société. Par conséquent, le droit naturel se résume en « l'ensemble de droits et devoirs que les hommes doivent respecter pour que la société existe dans un état ordonné et paisible »<sup>34</sup>.

Ces règles du droit naturel sont devenues ce qu'on appelle plus couramment les « droits de l'homme », que l'on retrouve notamment dans la *Déclaration des droits de l'homme de 1789*<sup>35</sup> en France et la *Déclaration d'indépendance* des États-Unis<sup>36</sup>. À partir de ces droits et devoirs issus de la raison humaine, on peut ressortir trois droits principaux : le droit à la vie, le droit à la liberté et le droit à la propriété<sup>37</sup>. Ces règles du droit naturel teintent également la *Charte canadienne* puisque le droit à la vie et le droit à la liberté sont protégés à l'article 7 de la Charte.

---

<sup>33</sup> Vergara, *supra* note 28 à la p 66.

<sup>34</sup> Samuel Pufendorf, *Le droit de la nature et des gens...*, vol 1, traduit par Jean Barbeyrac, Londres, Chez J. Nours, 1740 à la p 136 [Pufendorf].

<sup>35</sup> *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789*, JO, 26 août 1789.

<sup>36</sup> *The Declaration of Independence* para. 2 (US 1776).

<sup>37</sup> Jean-Antoine-Nicolas de Caritat, marquis de Condorcet, *Projet de déclaration des droits*, Œuvres, t. XVIII.

En ce qui a trait au droit à la liberté, la définition reconnue par les philosophes de cette école de pensée est généralement celle élaborée par Condorcet et Paine : « La liberté consiste dans le droit de faire tout ce qui n'est pas contraire aux droits des autres »<sup>38</sup>.

Quant aux devoirs, selon Samuel Pufendorf, il existe deux types de devoirs en droit naturel : les devoirs de justice et les devoirs de bienfaisance. Le devoir de justice « consiste à s'assurer que les droits naturels de chacun sont respectés »<sup>39</sup> dans l'objectif d'assurer une société paisible et ordonnée. L'État peut employer la force pour faire respecter ce devoir. Par contre, le devoir de bienfaisance vise à apporter à cette société paisible un confort supplémentaire, notamment par la charité et par l'élimination des vices (ex : débauche)<sup>40</sup>. L'État ne peut imposer le respect de ce devoir, mais il peut l'encourager grâce à l'éducation.

Par ailleurs, la théorie « du droit naturel et du libéralisme » constitue le fondement de plusieurs institutions juridiques actuelles, notamment en ce qui concerne les droits de la personne (ex : la Charte canadienne<sup>41</sup>).

### c) L'ultra-libéralisme

L'ultra-libéralisme, aussi appelé libertarisme, s'oppose fermement à toute intervention de l'État pour résoudre des problèmes dans la société, contrairement au libéralisme classique. Les ultra-libéralistes, dont Hayek et Bastiat, considèrent que la société ne peut être améliorée ou

---

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> Pufendorf, *supra* note 34 à la p 145.

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> Charte, *supra* note 23.

réglementée par des actions gouvernementales, car il règne déjà une certaine harmonie dans cette société.<sup>42</sup> Friedrich Hayek, dans son ouvrage intitulé *The Constitution of Liberty*<sup>43</sup>, définit la liberté par opposition à la coercition. Hayek dit qu'il y a coercition : « quand les actions d'un individu servent la volonté d'un autre, quand l'individu est dépossédé de ses choix, qu'il intègre sa conduite dans un plan d'action qui n'est pas le sien, quand les données élémentaires de la conduite d'un individu sont contrôlées. »<sup>44</sup>

Le libéralisme de Hayek vise à protéger l'individu contre la coercition, coercition souvent exercée par l'État, qui exerce un « monopole de l'exercice légitime de la coercition »<sup>45</sup>. Selon Hayek, le pouvoir de l'État doit être « neutralisé » afin de respecter la sphère privée de l'individu. Cette neutralisation du pouvoir de l'État est caractérisée par « la régularité, la transparence, la publicité des procédures étatiques et leur équité. »<sup>46</sup>

Frédéric Bastiat considère, quant à lui, que la liberté individuelle est si importante qu'il est impossible de faire des concessions. Bastiat avance que « le but même de la société c'est le développement de l'individu. »<sup>47</sup> On doit donc laisser à l'individu le plus d'autonomie possible.

De même, contrairement aux libéraux classiques, les ultra-libéralistes utilisent divers critères éthiques de niveau supérieur pour résoudre des problèmes, critères choisis en fonction des problèmes rencontrés, au lieu d'un seul critère ultime (utilité pour les uns et conforme au Droit

---

<sup>42</sup> Herbert Spencer, *The Man Versus the State*, Liberty Classics, Indianapolis, 1981.

<sup>43</sup> Friedrich Hayek, *The Constitution of Liberty*, Chicago, University of Chicago Press, 1960 [Hayek].

<sup>44</sup> Jérôme Ferry, *Friedrich A. Hayek : les éléments d'un libéralisme radical*, Travaux et mémoires, Théories et pratiques sociales, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1990 à la p 95.

<sup>45</sup> *Ibid* à la p 96.

<sup>46</sup> *Ibid*.

<sup>47</sup> Robert Leroux, *Lire Bastiat : science sociale et libéralisme*, Collection Société et pensées, Paris, Hermann, 2008 à la p 165.

naturel pour les autres). Les ultra-libéralistes se servent parfois de l'utilité<sup>48</sup>, parfois du droit Naturel<sup>49</sup>, mais ce qui les différencie surtout des autres écoles de pensées est leur utilisation de la liberté en soi comme critère éthique principal<sup>50</sup>. Ainsi, le bien et le mal sont évalués par rapport à la « quantité totale de liberté »<sup>51</sup>. Si l'on applique cette doctrine, cela signifie qu'il est possible de limiter la liberté de quelqu'un, mais seulement dans le but d'augmenter une autre liberté.

#### d) Le libéralisme politique

Contrairement aux autres écoles de pensées exposées précédemment, le libéralisme politique n'est pas fondé sur une conception particulière du bien. Les libéraux adhérant au libéralisme politique, notamment Rawls<sup>52</sup>, Nagel<sup>53</sup>, Barry<sup>54</sup> et Larmore<sup>55</sup>, visent une justification neutre de la liberté. Selon Pierre-Yves Bonin dans *La justification politique de la liberté*<sup>56</sup>, cette théorie repose sur trois prémisses menant à une conclusion principale :

- 1- Les règles politiques ou sociales sont légitimes seulement si elles sont acceptables par tous les citoyens.
- 2- La valeur des diverses conceptions du bien fait l'objet d'un désaccord raisonnable parmi les citoyens des sociétés démocratiques et libérales modernes.

---

<sup>48</sup> Hayek, *supra* note 43 à la p 125.

<sup>49</sup> *Ibid* à la p 310.

<sup>50</sup> Milton Friedman, *Capitalism and Freedom*, Chicago, The University of Chicago Press, 1982 ; Fritz Machlup, « Liberalism and the Choice of Freedoms » dans William F. Buckley, Jr., dir, *Essays on Hayek*, New York, New York University Press, 1976, 13.

<sup>51</sup> Vergara, *supra* note 28 à la p 114.

<sup>52</sup> John Rawls, *Political Liberalism*, New York, Columbia University Press, 1993 [Rawls].

<sup>53</sup> Thomas Nagel, « Moral Conflict and Political Legitimacy » (1987)16 *Philosophy and Public Affairs* 215, et *Equality and Partiality*, Oxford, Oxford University Press, 1991.

<sup>54</sup> Brian Barry, *Justice as Impartiality*, Oxford, Oxford University Press, 1995, et « In Defense of Political Liberalism » (1994) 7 : 3 *Ratio Juris* 314.

<sup>55</sup> Charles Larmore, *Patterns of Moral Complexity*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987, « Political Liberalism » (1990) 18 : 3 *Political Theory* 339, et *The Morals of Modernity*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

<sup>56</sup> Pierre-Yves Bonin, « La justification politique de la liberté » (1999) 3 *Revue de Métaphysique et de Morale* 313.

3- Lorsqu'une question fait l'objet d'un désaccord raisonnable, la seule règle politique acceptable par tous les citoyens consiste à laisser chacun d'eux décider pour lui-même.

Conclusion : Il faut laisser les citoyens libres de choisir et de réaliser leur conception du bien<sup>57</sup>.

La première prémisse constitue le « principe de légitimité libérale »<sup>58</sup>. En vertu de ce principe, il faut respecter trois conditions pour adopter des règles : il faut justifier publiquement ces règles, justification qui est acceptable, et ce pour tous. La seconde prémisse repose sur le fait qu'il existe de nombreuses conceptions différentes du bien, c'est-à-dire plusieurs façons « d'articuler les valeurs qui donnent un sens à notre vie »<sup>59</sup> et ce, parce qu'il existe des « entraves au jugement » selon Rawls<sup>60</sup>, c'est-à-dire des expériences de vie diverses et des complexités importantes sur les plans religieux, moral, éthique, métaphysique, etc.

Enfin, la troisième prémisse constitue le « principe d'exclusion », selon lequel on doit exclure les enjeux moraux controversés des débats politiques<sup>61</sup>. Il appartient à chaque citoyen individuel de choisir sa religion, ses croyances, son mode de vie, etc. car cela fait partie des décisions personnelles qui relèvent de chacun. La conclusion logique qui découle de ces trois prémisses est la liberté de choix des citoyens. Toutefois, les libéraux politiques sont divisés quant à l'étendue de cette liberté.

---

<sup>57</sup> *Ibid* à la p 314.

<sup>58</sup> Rawls, *supra* note 52 à la p137 et 217.

<sup>59</sup> Jeremy Waldron, « Legislation and Moral Neutrality » dans Robert E. Goodin et Andrew Reeve, dir, *Liberal Neutrality*, New York, Routledge, 1989 à la p 76.

<sup>60</sup> Rawls, *supra* note 52 à la p 58.

<sup>61</sup> Amy Gutmann et Dennis Thompson, « Moral Conflict and Political Consensus » dans R. Bruce Douglass, Gerald M. Mara et Henry S. Richardson, dir, *Liberalism and the Good*, New York, Routledge, 1990.

## 2. Le libéralisme : théorie appliquée en faveur du suicide assisté

En matière de suicide assisté, les différentes théories libérales appuient non pas la mort elle-même, mais le droit de choisir. Ce droit au choix est guidé par quatre différentes justifications : l'autonomie personnelle, l'auto-détermination, l'humanisme et la non-intervention de l'État. Ces justifications ont chacune un lien, plus ou moins étroit, avec les écoles de pensées examinées précédemment.

### a) L'autonomie personnelle

Le droit à l'autonomie personnelle est la justification principale à la liberté de choix en matière de suicide assisté. Ronald Dworkin est un fervent défenseur de ce droit à l'autonomie<sup>62</sup>. Sa théorie est fortement imprégnée de libéralisme politique. Comme le soutiennent les libéraux politiques, l'État ne doit pas imposer une seule conception du bien, car chaque citoyen possède ses propres croyances personnelles<sup>63</sup>. Dworkin rejette l'existence de notions universelles de "right-living" et affirme que l'État, en interdisant le suicide assisté, favorise une seule conception « d'une bonne vie », qui n'est pas nécessairement partagée par tous<sup>64</sup>. Il qualifie de paternaliste l'imposition par la majorité d'une conception donnée du bien, dans l'intérêt de tous les individus<sup>65</sup>. L'autonomie personnelle permet à chaque individu de choisir lui-même sa conception du bien et son mode de vie, ce qui inclut forcément les modalités entourant sa mort.

---

<sup>62</sup> Ronald Dworkin, « Liberalism » dans Stuart Hampshire, dir, *Public and Private Morality*, Cambridge, Cambridge University Press, 1978, 113. [Dworkin, « Liberalism »].

<sup>63</sup> Charles R. Boning, « Rational Euthanasia : Mortality, Morality and Assisted Suicide » (1996-1997) 8 U Fla JL & Pub Pol'y 79 à la p 84 [Boning].

<sup>64</sup> Dworkin, « Liberalism », *supra* note 62 à la p 127.

<sup>65</sup> Ronald Dworkin, *Life's Dominion : An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, London, Harper Collins, 1993, à la p 192-193.

## b) L'auto-détermination

L'approche libérale de Lon L. Fuller<sup>66</sup>, qui est basée sur l'école de pensée en sociologie appelée « interactionnisme symbolique »<sup>67</sup>, repose principalement sur l'auto-détermination. En effet, selon Fuller, l'être humain a besoin d'un objectif pour vivre. Il se donne des buts qu'il cherche à atteindre et il valorise le succès et l'amélioration<sup>68</sup>. Par conséquent, si la liberté de choisir venait à disparaître, alors la raison de vivre chez l'être humain viendrait également à se dissoudre. L'être humain a donc besoin d'auto-détermination, c'est-à-dire de faire ses propres choix de vie, afin de vivre une vie qui a un sens. Ainsi, le droit à l'auto-détermination milite en faveur du suicide assisté puisque l'absence de choix quant à une décision aussi importante que la fin de ses jours aurait pour conséquence de retirer le sens de la vie de la personne concernée.

## c) L'humanisme

Le courant humaniste est en faveur du suicide assisté, grâce à une conception de la liberté qui est rattachée à la valeur de l'être humain. En effet, la théorie humaniste considère la vie comme sacrée, en raison des caractéristiques uniques de l'être humain. Ce caractère sacré de la vie humaine provient de la capacité de l'être humain d'être libre, rationnel et conscient<sup>69</sup>. Par conséquent, selon l'humaniste Paul Kurtz, on doit lui accorder le respect, la dignité et la valeur

---

<sup>66</sup> Lon L. Fuller, *The Morality of Law*, New Haven, Yale University Press, 1969 [Fuller].

<sup>67</sup> Boning, *supra* note 63 à la p 85.

<sup>68</sup> Fuller, *supra* note 66.

<sup>69</sup> Matthew P. Previn, « Assisted Suicide and Religion : Conflicting Conceptions of the Sanctity of Human Life » (1995-1996) 84 Geo LJ 589 à la p 598 [Previn].

auxquels il a droit en tant qu'être humain<sup>70</sup>. Cette valeur intrinsèque de l'être humain renvoie au même registre que la notion de droit à la vie issu du Droit naturel.

De plus, les humanistes croient en la capacité de l'être humain d'être maître de son propre destin. Par conséquent, puisque l'être humain est maître de son propre destin, il a le droit de choisir de mettre fin à ses jours, dans l'hypothèse où les qualités propres à l'être humain seraient irrémédiablement compromises. Par exemple, selon la théorie humaniste, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, voyant ses capacités d'autonomie et de rationalité lui échapper, serait justifiée de choisir la mort. Le suicide assisté reflète donc « an unwillingness to let the animal pain disintegrate the man »<sup>71</sup>. La mort représente alors l'expression ultime de la liberté de conscience inhérente à l'être humain.

Puisque la théorie humaniste repose principalement sur la rationalité de l'être humain, la personne qui a déjà perdu cette capacité de raisonnement propre à l'humain n'a pas droit au suicide assisté, car il s'agit bel et bien d'un choix de mourir, et non pas d'un droit de mourir<sup>72</sup>.

#### d) La non-intervention de l'État

La non-intervention de l'État, plutôt qu'une justification au suicide assisté, est une justification résultant d'une absence d'interdiction du suicide assisté. Plusieurs libéraux, notamment les ultra-libéralistes, appuient le suicide assisté dans le cadre d'un non-interventionnisme étatique. En

---

<sup>70</sup> Paul Kurtz, « Is Everyone a Humanist ? » dans *The Humanist Alternative*, London, Pemberton, 1973, 173.

<sup>71</sup> Antony Flew, « The Principle of Euthanasia » dans A. B. Downing, dir, *Euthanasia and the Right to Death*, London, Owen, 1969, 30 à la p 33.

<sup>72</sup> Previn, *supra* note 69 à la p 600.

effet, les ultra-libéralistes croient que le gouvernement ne devrait pas intervenir pour réglementer la société.

Cette théorie rejoint en partie celle de certains libéraux, dont Robert Nozick, qui croient que les décisions politiques prises par l'État sont la source de domination<sup>73</sup>. La théorie de Nozick repose sur la primauté de la liberté et des droits contractuels<sup>74</sup>. La majorité, représentée par l'État, sape l'autonomie individuelle. Puisque, selon cette théorie, l'intérêt rationnel des individus prime, le suicide assisté devrait être permis, car son interdiction constituerait une tentative de régulation de la société par l'État. Le choix revient donc ici à chaque individu.

### **3. Le libéralisme : théorie interprétée à l'encontre du suicide assisté**

La théorie du libéralisme comporte quelques failles, dont une très importante en ce qui concerne les droits de la personne. Il s'agit principalement du principe du préjudice, élaboré par John Stuart Mill<sup>75</sup>. En vertu de ce principe, il est possible pour la majorité de limiter la liberté personnelle des individus seulement dans la mesure où les actes que cette majorité interdit causent préjudice ou tort aux autres. Le principe du préjudice est une composante importante de la pensée légale libérale moderne<sup>76</sup> et ne saurait donc être écarté facilement. Le principe du préjudice permettrait à la majorité de limiter le suicide assisté en raison du tort qu'il cause aux autres, c'est-à-dire la mort ou le risque accru de meurtres déguisés qu'il pourrait engendrer.

---

<sup>73</sup> Robert C.L. Moffat, « “Minimal Government” An Introduction Appraisal » (1978) 58 *Personalist* 321 à la p 327-328.

<sup>74</sup> Robert Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, 1974.

<sup>75</sup> John Stuart Mill, *Utilitarianism, Liberty, and Representative Government*, London, J.M. Dent and Sons, 1910 à la p 73.

<sup>76</sup> John P. Safranek et Stephen J. Safranek, « Assisted Suicide: The State versus The People » (1997-1998) 21 *Seattle U L Rev* 261 à la p 265; Joseph Raz, *The Morality of Freedom*, Oxford, Clarendon, 1986 à la p 412-420.

L'application en pratique du principe du préjudice n'a toutefois rien de simple. En effet, selon le professeur H.L.A. Hart :

« La formulation du point de vue libéral par Mill pourrait bien être trop simple. Les raisons d'empiéter sur la liberté des gens sont beaucoup plus variées que ce que suggère le critère du « préjudice à autrui » : la notion de préjudice à autrui ne s'applique pas facilement, comme l'a constaté Mill lui-même, à la cruauté envers les animaux ou à l'organisation de la prostitution à des fins lucratives. À l'inverse, même lorsqu'un préjudice est causé à autrui au sens le plus littéral de ce terme, d'autres principes peuvent fort bien restreindre la mesure dans laquelle une activité préjudiciable doit être réprimée par la loi. En conséquence, de multiples critères, et non un seul, permettent de déterminer s'il est permis de restreindre la liberté des gens. »<sup>77</sup>

Le principe du préjudice seul ne saurait donc être suffisant afin de déterminer si une pratique, comme le suicide assisté, doit être interdite. En outre, selon Bernard E. Harcourt, l'analyse de la pensée libérale portant sur le principe du préjudice a évolué depuis la définition de John Stuart Mill. Elle ne porte plus sur l'existence ou non d'un préjudice pour autrui, mais plutôt des différents types de préjudice, la quantité de préjudice et la balance du préjudice<sup>78</sup>. Cette évolution a soustrait au principe du préjudice son rôle de *principe limitatif* de l'utilisation de valeurs morales dans le cadre d'infractions criminelles<sup>79</sup>. À la lumière de cette analyse, la portée du principe du préjudice se retrouve diminuée. De plus, le principe du préjudice a été rejeté comme principe de justice fondamentale par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *R. c. Malmo-Levine ; R. c. Caine*<sup>80</sup>. Nous concluons donc que le principe du préjudice n'est pas une entrave significative à la validité du suicide assisté en matière de libéralisme.

---

<sup>77</sup> H.L.A. Hart, « Immorality and Treason » dans Richard A. Wasserstrom, dir, *Morality and the Law*, Belmont, Calif., Wadsworth Publishing Co, 1971, 49 à la p 51. Cité dans *R. c. Malmo-Levine ; R. c. Caine*, 2003 CSC 74 au para 106, [2003] 3 RCS 571.

<sup>78</sup> Bernard E. Harcourt, « The Collapse of the Harm Principle » (1999) 90 : 1 *The Journal of Criminal Law and Criminology* 109 à la p 114.

<sup>79</sup> *Ibid* à la p 115.

<sup>80</sup> *R. c. Malmo-Levine ; R. c. Caine*, 2003 CSC 74, [2003] 3 RCS 571.

## **B) Le moralisme**

### **1. Le moralisme : théorie philosophique à proprement parler ?**

Le moralisme est une théorie philosophique, que l'on peut définir ainsi : « Se dit de toute doctrine qui donne à la morale une place déterminante par rapport aux autres parties de la doctrine »<sup>81</sup>.

L'identification de valeurs morales communes, dans une société pluraliste, s'avère difficile. Cependant, malgré que le Canada soit une société pluraliste, le droit est encore fortement imprégné de la morale judéo-chrétienne. Par conséquent, nous tenterons, dans un premier temps, de définir le moralisme en fonction des valeurs véhiculées par le système judéo-chrétien. Puis, dans un second temps, nous examinerons une autre caractéristique que l'on attribue fréquemment au moralisme : le conservatisme.

#### a) La morale judéo-chrétienne

La morale judéo-chrétienne est constituée d'un ensemble complexe de valeurs, qui varient dans le temps et d'un pays à l'autre. Il est toutefois possible de ressortir certaines valeurs communes. À cet égard, le Décalogue, plus communément appelé les Dix Commandements, représente assez bien ces valeurs communes. Les Dix Commandements, selon l'Ancien testament, se lisent comme suit :

Alors Dieu prononça toutes les paroles suivantes : Je suis le Seigneur, ton Dieu, qui t'ai fait sortir du pays d'Égypte, de la maison de servitude.

---

<sup>81</sup> Noëlla Baraquin et al, *Dictionnaire de philosophie*, 3<sup>e</sup> éd, Paris, Armand Colin, 2005, *sub verbo* « moralisme ».

1. Tu n'auras pas d'autres dieux devant ma face.
2. Tu ne te feras point de sculpture, ni de figure quelconque de ce qui est en haut dans les cieux, ou en bas sur la terre, ou dans les eaux, plus bas que la terre. Tu ne te prosterner point devant elles et tu ne leur rendras point de culte. C'est moi le Seigneur, ton Dieu, un Dieu jaloux, qui punis l'iniquité des pères dans les enfants, les petits-enfants et les arrière petits-enfants de ceux qui me haïssent, mais qui fais miséricorde jusqu'à la millième génération à ceux qui m'aiment et gardent mes commandements.
3. Tu ne prononceras point le nom de Yahweh, ton Dieu, en vain, car le Seigneur ne laissera point impuni celui qui prononcera son nom en vain.
4. Souviens-toi de sanctifier le jour du sabbat. Pendant six jours tu travailleras, et tu feras tout ton ouvrage. Mais le septième, qui est un repos en l'honneur du Seigneur, ton Dieu, tu ne feras aucun ouvrage, ni toi ni ton fils, ni ta fille, ni ton serviteur, ni ta servante, ni ton bétail, ni l'étranger qui est dans tes murs. Car en six jours le Seigneur a fait le ciel, la terre, la mer et tout ce qu'ils contiennent, et il s'est reposé le septième jour ; c'est pourquoi le Seigneur a béni le jour du sabbat et l'a consacré.
5. Honore ton père et ta mère, afin que tes jours se prolongent sur le sol que te donne le Seigneur, ton Dieu.
6. Tu ne tueras point.
7. Tu ne commettras point d'adultère.
8. Tu ne déroberas point.
9. Tu ne porteras point de faux témoignage contre ton prochain.
10. Tu ne convoiteras point la maison de ton prochain : tu ne convoiteras point la femme de ton prochain, ni son esclave, ni sa servante, ni son bœuf, ni son âne, ni rien de ce qui lui appartient<sup>82</sup>.

Les Dix Commandements contiennent plusieurs interdictions ou délits civils qui figurent encore aujourd'hui dans le droit canadien, tels le meurtre (6<sup>e</sup>), le vol (8<sup>e</sup>) et la diffamation (9<sup>e</sup>). De même, en plus de citer des interdits, ils reflètent plusieurs valeurs auxquelles la morale judéo-chrétienne accorde de l'importance : l'adoration de Dieu, le respect de l'autorité, la sincérité, l'importance de la vie humaine, etc.

---

<sup>82</sup> *La Sainte Bible*, trad. Moines de Maredsous, Maredsous, Editions de Maredsous, 1953, Exode, XX, 1 à 17.

## b) Le conservatisme

Le moralisme et le conservatisme sont parfois utilisés comme des synonymes, alors que ces deux théories, similaires sous plusieurs aspects, sont fondamentalement différentes. Le conservatisme, c'est : « (1) The strong love of what is old, customary and familiar, in opinion, social life and organization, religion, morals, etc. (2) In sociology : habitual opposition to change in social institutions, usages or manners. »<sup>83</sup>.

En pratique, les valeurs traditionnelles défendues par le conservatisme sont souvent celles issues de la morale judéo-chrétienne car ces valeurs sont les plus anciennes et les mieux ancrées dans la société. Par contre, il est possible que certaines valeurs, d'origines libérales, soient également bien ancrées dans les mœurs. Par conséquent, advenant qu'un mouvement réactionnaire tente d'attaquer une telle valeur (ex : égalité raciale), celle-ci pourrait être défendue par la théorie conservatrice, alors qu'elle ne compte pas nécessairement parmi les valeurs traditionnelles.

### **2. Le moralisme : les valeurs traditionnelles militant contre le suicide assisté**

Le moralisme milite fortement contre le suicide assisté car les valeurs judéo-chrétiennes que cette théorie favorise privilégient la vie, et non la liberté, contrairement au libéralisme. Le moralisme interdit le suicide assisté de trois façons : en invoquant le caractère sacré de la vie et de la souffrance (dans l'Église catholique) et en adoptant l'historicisme issu du conservatisme.

---

<sup>83</sup> James Mark Baldwin, dir, *Dictionary of Philosophy and Psychology*, Gloucester, Mass, P. Smith, 1960, *sub verbo* « conservatism ».

## a) Le caractère sacré de la vie

En premier lieu, la morale judéo-chrétienne attribue un caractère sacré à la vie humaine. Ce caractère sacré de la vie découle généralement de la croyance selon laquelle la vie est un cadeau fait à l'être humain par Dieu<sup>84</sup>. Cette conception du caractère sacré de la vie mène à deux principes : l'inviolabilité absolue de la vie humaine et la valeur égale de la vie de tous les êtres humains<sup>85</sup>. Par conséquent, puisque la vie de tous est inviolable, le suicide assisté est « mal », peu importe la qualité de vie.

D'autre part, le cinquième commandement interdit le meurtre, ce qui, selon plusieurs théologiens, inclut le suicide. De même, la vie des êtres humains appartient à Dieu ; par conséquent, Dieu seul a le droit d'en disposer<sup>86</sup>.

En second lieu, en dehors du principe strictement religieux, le moralisme fonde sa conception du bien sur la vie. La vie est synonyme de bien, tandis que la mort est synonyme de mal. Dans cette optique, il existe également une norme morale traditionnelle qui interdit de mettre fin délibérément à la vie d'une personne. Selon Finnis<sup>87</sup>, au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie, la sagesse morale traditionnelle nous enseigne que tous les moyens ne justifient pas

---

<sup>84</sup> Sanford Kadish, « Respect for Life and Regard for Rights in the Criminal Law » dans Stephen F. Barker, dir, *Respect for Life in Medicine, Philosophy and Law*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977, 63 à la p 70.

<sup>85</sup> Helga Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine : A Critique*, London, Clarendon Press, 1987 à la p 5-11.

<sup>86</sup> *Ibid* à la p 18-19.

<sup>87</sup> John Finnis, « A Philosophical Case Against Euthanasia » dans John Keown, dir, *Euthanasia Examined : Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, 23 [Finnis].

la fin. De plus, il est préférable de s'abstenir de commettre le mal dans le but d'obtenir le bien, et de ce fait, la souffrance est préférable au mal que représente l'acte de mettre fin à la vie<sup>88</sup>.

La notion de raison est invoquée dans le cadre de la théorie moraliste. Ainsi, encore selon Finnis, aller à l'encontre du bien, c'est aller à l'encontre de la raison : "one who chooses (intends) to destroy, damage, or impede some instantiation of a basic human good chooses and acts contrary to the practical reason constituted by the basic human good"<sup>89</sup>. En effet, le bien est la cause derrière toute action humaine. Donc, aller à l'encontre du bien signifie aller à l'encontre de sa propre raison. Dès lors, selon le moralisme, donner la mort est irrationnel.

En outre, la notion de vérité est une composante importante du moralisme. La liberté, selon la tradition chrétienne, est liée à la vérité<sup>90</sup>. On soutient qu'il existe une seule et unique vérité au sujet du bien et du mal. La conscience humaine ne doit pas servir à choisir sa propre vérité et à agir en conséquence, mais plutôt à obéir en fonction de cette vérité universelle<sup>91</sup>.

D'autre part, plusieurs associations pro-vie, telles que Campagne Québec-vie, ont manifesté au cours de l'année 2013 contre le suicide assisté et l'euthanasie dans le cadre de la présentation du projet de loi québécois n° 52<sup>92</sup>. Cette association s'oppose à ce projet de loi visant à légaliser le suicide assisté et l'euthanasie, en invoquant principalement l'importance de préserver la vie.

---

<sup>88</sup> Rachael Patterson et Katrina George, « Euthanasia and assisted suicide : A liberal approach versus the traditional moral view » (2005) 12 JLM 494 à la p 504.

<sup>89</sup> Finnis, *supra* note 87 à la p 29.

<sup>90</sup> Avery Dulles, « John Paul II and the Truth About Freedom » (Aug-Sept 1995) 55 First Things 36.

<sup>91</sup> Richard S. Myers, « An Analysis of the Constitutionality of Laws Banning Assisted Suicide from the Perspective of Catholic Moral Teaching » (1994-1995) 72 U Det Mercy L Rev 771 à la p 781.

<sup>92</sup> LeDevoir.com, « Aide médicale à mourir – Les pro-vie veulent faire reculer Québec » (25 septembre 2013), en ligne : Le Devoir <<http://www.ledevoir.com>>.

## b) La souffrance et l'Église catholique

Ensuite, les préceptes de l'Église catholique, qui constituent une branche importante de la morale judéo-chrétienne, valorisent la souffrance humaine. C'est pourquoi le suicide assisté doit être interdit puisque donner la mort au patient qui souffre en raison d'une maladie donnée le prive de cette souffrance. Cela irait à l'encontre des intérêts du patient puisqu'il ne pourrait ni profiter des récompenses divines accordées par Dieu aux personnes souffrantes, ni profiter de faveurs lors d'un séjour potentiel de son âme au Purgatoire<sup>93</sup> (qui constitue un « état transitoire après la mort où les âmes de ceux qui sont morts en état de grâce sont purifiés de leurs péchés véniels et des peines dues au péché avant d'accéder à la vision béatifique »)<sup>94</sup>. Le Pape Jean-Paul II, dans *Evangelium Vitae*, écrit que la souffrance, contrairement à l'opinion populaire moderne, n'est pas le mal terrible que l'on croit devoir absolument éliminer<sup>95</sup>.

## c) L'historicisme des tribunaux

En droit comme en politique, plusieurs institutions, dont les tribunaux, ont rejeté le suicide assisté en invoquant l'historicisme. L'historicisme, issu principalement du conservatisme, consiste à rejeter une valeur, une théorie ou toute autre action nouvelle parce que cela ne s'est jamais fait. On se réfère à l'histoire et aux traditions, que l'on érige en sources suprêmes de connaissances et de jugement. Au sujet du suicide assisté, un juge américain a ainsi utilisé l'historicisme de la

---

<sup>93</sup> Joseph V. Sullivan, « The Immorality of Euthanasia », dans, Marvin Kohl, dir, *Beneficent Euthanasia*, Buffalo, NY, Prometheus Books, 1975, 12 à la p 19.

<sup>94</sup> Claude Lavergne, *Dictionnaire populaire catholique*, Sainte-Anne-de-Beaupré, Qc, Revue de Sainte Anne de Beaupré, 1986, *sub verbo* « Purgatoire ».

<sup>95</sup> Pope John Paul II, *Encyclical Letter Evangelium Vitae*, Vatican City, Libreria Editrice Vaticana, 1995.

façon suivante : “the longstanding traditions of American society have permitted it to be legally proscribed”<sup>96</sup>.

## **Conclusion**

Pour conclure, le libéralisme et le moralisme sont des théories philosophiques qui reposent sur des conceptions différentes du « bien ». Pour certains libéraux, le bien c’est la liberté, le bonheur ou la justice, tandis que pour d’autres, il faut laisser le soin à chacun de déterminer sa propre conception du bien. Par contre, pour la plupart des moralistes, la vie représente le bien ultime.

Le suicide assisté soulève des questions philosophiques difficiles à trancher. Pour les libéraux, le suicide assisté est un choix important, justifié par l’autonomie personnelle, l’auto-détermination ou la nature intrinsèque de l’être humain. À l’inverse, pour les moralistes, le suicide assisté est un mal car il va directement à l’encontre des valeurs traditionnelles, parmi lesquelles on retrouve celle prônant le caractère sacré de la vie et celle prônant l’importance de la souffrance. D’un point de vue juridique, le traitement du suicide assisté dépend ainsi de la théorie adoptée. En effet, le libéralisme prône la non-intervention de l’État, tandis que le moralisme prêche plutôt l’interdiction du suicide assisté par l’État, et ce pour des raisons historiques.

Dans une société pluraliste, où plusieurs valeurs se côtoient, est-il possible d’en arriver à un consensus ? À la lumière des théories étudiées, nous pensons qu’un compromis est impossible. Nous devons faire un choix. Pour nous, le choix de la théorie du libéralisme politique s’impose.

---

<sup>96</sup> *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*, 505 US 833 à 980 (1992).

L'interprétation des principes véhiculés par le libéralisme politique, c'est-à-dire l'idée que chaque individu a le droit de choisir sa religion, ses croyances et son mode de vie, nous permet de conclure qu'en fin de parcours, le choix de poursuivre ou non la vie, malgré la souffrance, fait partie des décisions personnelles libres des individus. Tel qu'énoncé dans les principes du libéralisme politique, l'État n'a pas à imposer ses propres valeurs morales. Par conséquent, puisque de plus en plus de gens veulent avoir le choix d'avoir recours au suicide assisté et à l'euthanasie, comme l'indiquent les régimes étrangers qui permettent déjà ces pratiques, celles-ci devraient être permises. La seule solution serait donc la décriminalisation par l'État du suicide assisté. En effet, cette solution permettrait à ceux qui le désirent d'y avoir accès sans risquer la responsabilité pénale du tiers (ex : le médecin qui fournit l'aide au suicide). Ceux qui, au contraire, ne désirent pas y avoir recours en raison de leurs croyances personnelles, ne seraient aucunement obligés d'y avoir recours. C'est cette optique qui guidera notre raisonnement, tout au long de notre analyse du droit canadien et du droit étranger, et par la suite la rédaction de notre projet de réforme du droit.

## **Chapitre 2 - Le suicide assisté : où en sommes-nous au Canada?**

Dans ce deuxième chapitre, nous examinons la situation juridique au Canada en matière de suicide assisté, c'est-à-dire l'encadrement normatif du suicide assisté, ainsi que la jurisprudence pertinente. Pour ce qui est de l'encadrement normatif du suicide assisté, nous abordons tout d'abord l'interdiction de l'assistance au suicide en vertu du *Code criminel*, pour ensuite nous intéresser à l'historique législatif en matière de suicide. Quant à la jurisprudence, nous résumons principalement l'interprétation des tribunaux en ce qui concerne l'interruption de traitement, ainsi que la validité de l'interdiction de l'assistance au suicide à la lumière des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, protégé par l'article 7 de la Charte, et du droit à l'égalité, prévu à l'article 15 de la Charte. Nous terminons ce chapitre en établissant des parallèles entre les différentes interprétations jurisprudentielles et les théories philosophiques du libéralisme et du moralisme, abordées dans le chapitre précédent.

### **A. L'encadrement normatif du suicide assisté**

#### **1. L'interdiction de l'assistance au suicide selon le *Code criminel***

Selon le rapport d'experts de la Société royale, la loi est très claire en ce qui concerne l'assistance au suicide<sup>97</sup>. En effet, « il est illégal d'aider ou d'encourager une personne à se suicider (bien que

---

<sup>97</sup> Downie, *supra* note 16 à la p 41.

le suicide soit permis par la loi »<sup>98</sup>, et ce en vertu de l'article 241b) du Code criminel. L'article 241 C.cr. se lit comme suit :

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.

L'article 241 C.cr. interdit donc toute aide au suicide. Néanmoins, malgré la clarté de la disposition, peu de personnes sont accusées en vertu de l'article 241 C.cr. et encore moins incarcérées. Seulement 20 cas de violation à l'article 241 C.cr. ont été répertoriés par la Société royale, parmi lesquels seuls trois défendeurs ont été incarcérés. Dans les autres cas, « soit aucune accusation n'a été portée, soit des accusations ont été portées pour ensuite être suspendues ou retirées, ou les défendeurs ont été reconnus non coupables ou ont été condamnés avec sursis ou probation »<sup>99</sup>.

D'autres dispositions du *Code criminel* peuvent aussi être reliées à la pratique du suicide assisté. Ainsi, l'article 14 C.cr. traite du consentement à la mort, notion essentielle en matière de suicide assisté. L'article 14 C.cr. précise 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. » Selon le rapport de M<sup>c</sup> Ménard, l'interdiction de consentir à la mort comprend autant les gestes d'action que les gestes

---

<sup>98</sup> *Ibid.*

<sup>99</sup> *Ibid.*

d'omission<sup>100</sup>. Cependant, « en droit criminel, les infractions d'omission sont rarement sanctionnées, à moins qu'elles ne découlent d'un devoir imposé par la loi »<sup>101</sup>.

Par ailleurs, d'autres dispositions, qui concernent la pratique médicale sont pertinentes en matière de suicide assisté. Ainsi, l'article 215 C.cr. prévoit une infraction lorsqu'une personne (parent, tuteur) ne remplit pas son obligation de fournir les choses nécessaires à l'existence de ses dépendants. Selon la jurisprudence, cette obligation peut être appliquée à un médecin qui refuse de fournir des soins à une personne, selon certaines conditions<sup>102</sup>. De même, les articles 216 et 217 C.cr. prévoient d'autres obligations pour un médecin. L'article 216 C.cr. prévoit que : « Quiconque entreprend d'administrer un traitement chirurgical ou médical à une autre personne ou d'accomplir un autre acte légitime qui peut mettre en danger la vie d'une autre personne est, sauf dans les cas de nécessité, légalement tenu d'apporter, en ce faisant, une connaissance, une habileté et des soins raisonnables. » Quant à lui, l'article 217 C.cr. prévoit aussi que : « Quiconque entreprend d'accomplir un acte est légalement tenu de l'accomplir si une omission de le faire met ou peut mettre la vie humaine en danger. » L'article 217 C.cr. doit toutefois être appliqué prudemment. Cette disposition ne pénalise pas toute interruption de traitement, sans quoi la disposition aurait pour effet d'imposer l'acharnement médical. L'article 217 C.cr. pénalise plutôt les cas où l'auteur de l'interruption démontre une insouciance déréglée ou téméraire<sup>103</sup>.

---

<sup>100</sup> Ménard, *supra* note 13 à la p 23.

<sup>101</sup> *Ibid* à la p 26.

<sup>102</sup> Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, 1982 à la p 18.

<sup>103</sup> *Ibid* à la p 19.

Afin de comprendre le raisonnement derrière ces dispositions du *Code criminel* en matière de suicide assisté, il convient de procéder à un court historique des dispositions en matière de suicide.

## 2. L'historique législatif en matière de suicide

En *common law*, le suicide était autrefois considéré comme un crime grave, assimilable à un homicide criminel, car le suicide constituait une offense envers Dieu et le Roi<sup>104</sup>. Cependant, étant donné qu'il était difficile de poursuivre une personne décédée, l'interdiction visait plutôt la tentative de suicide. Le complice, celui qui avait aidé au suicide, commettait aussi une infraction.

Au Canada, avant la codification du premier *Code criminel*, l'interdiction de la tentative et de l'aide au suicide faisait partie de la *common law*<sup>105</sup>. Avant la codification du *Code criminel*, le suicide et l'aide au suicide étaient poursuivis comme des meurtres. Ces infractions étaient décrites ainsi : « A person who kills himself in a manner which in the case of another person would amount to murder is guilty of murder, and every person who aids and abets any person in so killing himself is an accessory before the fact, or a principal in the second degree in such murder. »<sup>106</sup>

Deux infractions concernant le suicide ont été codifiées au premier *Code criminel* en 1892 : l'aide au suicide, prévue à l'article 237, et la tentative de suicide, prévue à l'article 238. Ces deux dispositions se lisaient comme suit : « [237] Est coupable d'un acte criminel et passible de

---

<sup>104</sup> William Blackstone, *Commentaries on the Laws of England*, vol 4, Oxford, Clarendon Press, 1769 à la p 189.

<sup>105</sup> George Wheelock Burbidge, *A Digest of the Criminal Law of Canada*, Toronto, Carswell, 1890 à la p 224.

<sup>106</sup> *Ibid.*

l'emprisonnement à perpétuité, celui qui engage ou incite quelqu'un à se suicider, si le suicide a lieu par suite de ce conseil ou de cette incitation, ou qui aide ou provoque quelqu'un à se suicider. », et : « [238] Celui qui tente de se suicider est coupable d'un acte criminel et est passible de deux ans d'emprisonnement. »<sup>107</sup> Depuis, le texte de l'article 237 a été légèrement modifié pour devenir l'actuel article 241 C.cr. Par contre, l'infraction de tentative de suicide a vu sa peine réduite en 1954<sup>108</sup>, pour ensuite être abrogée complètement en 1972<sup>109</sup>.

## **B. L'interprétation jurisprudentielle du droit à la liberté et du droit à l'égalité en matière de suicide assisté**

L'interdiction d'avoir recours à l'assistance au suicide, prévue à l'article 241 C.cr. a été contestée devant les tribunaux à plusieurs reprises, notamment dans l'arrêt *Rodriguez*<sup>110</sup>, l'arrêt de principe en matière de suicide assisté. La validité constitutionnelle de l'article 241 C.cr. a été contestée en vertu des articles 7 et 15 de la Charte, qui protègent respectivement le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, ainsi que le droit à l'égalité. Dans l'arrêt *Rodriguez*, « la Cour a conclu, dans une décision de cinq contre quatre, que l'interdiction générale de l'aide au suicide n'est ni arbitraire, ni injuste, qu'elle est liée à l'intérêt de l'État à la protection des personnes vulnérables et qu'elle reflète les valeurs fondamentales véhiculées dans notre société »<sup>111</sup>. L'interprétation jurisprudentielle des tribunaux est toutefois très partagée et nous la résumons dans cette section.

---

<sup>107</sup> *Code criminel*, SC 1892, c 29, art 237, 238.

<sup>108</sup> *Code criminel*, SC 1953-1954, c 51, art 213.

<sup>109</sup> *Code criminel*, SC 1972, c 13, art 16.

<sup>110</sup> *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519 [*Rodriguez CSC*].

<sup>111</sup> Édith Deleury et Dominique Goubau, *Le droit des personnes physiques*, 4<sup>e</sup> ed, Cowansville, Yvon Blais, 2008 à la p 127 [Deleury].

## 1. L'interruption de traitement

Avant d'aborder l'analyse des tribunaux en matière de suicide assisté, il convient de souligner que l'interruption de traitement nécessaire à la vie, ce qu'on appelle aussi l'euthanasie passive ou indirecte, est légale en droit canadien. En effet, selon la décision *Nancy B.*<sup>112</sup>, rendue par le juge Dufour de la Cour supérieure du Québec, la cessation de traitement ne constitue pas un homicide au sens des articles 222 à 241 C.cr., ni une aide au suicide au sens de 241 C.cr. Cette décision s'appuie sur la décision américaine *Claire C. Conroy*<sup>113</sup> afin de déterminer qu'une interruption de traitement ne constitue pas un suicide à proprement parler. De plus, en *common law*, la jurisprudence reconnaît également le droit de refuser un traitement. Dans l'arrêt *Ciarlariello c. Schacter*<sup>114</sup>, la Cour suprême du Canada a reconnu au patient le droit de refuser tout traitement et aussi de faire cesser un traitement déjà amorcé. Le droit de refuser un traitement est toutefois une notion assez récente en droit. En effet, « jusqu'au milieu des années 1980, la doctrine et la jurisprudence se montraient plutôt réticentes face au refus de soins vitaux manifesté par la personne, particulièrement dans les cas où la mort n'était pas imminente ou lorsque l'état du patient n'était pas irréversible. La tendance était plutôt à l'intervention forcée, au nom du respect du caractère sacré de la vie. »<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] RJQ 361 (CS).

<sup>113</sup> *In the Matter of Claire C. Conroy*, 486 A 2d 1209 (JJ 1985).

<sup>114</sup> *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 RCS 119.

<sup>115</sup> *Deleury*, *supra* note 111 à la p 126.

## 2. Le droit à la vie, le droit à la liberté et le droit à la sécurité de la personne

L'interdiction de l'assistance au suicide, prévue à l'article 241 C.cr., a été contestée devant les tribunaux sous l'angle des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, protégés à l'article 7 de la Charte. Tel qu'énoncé dans cet article, une violation à un de ces droits est légale si elle est conforme aux principes de justice fondamentale. Il n'y a pas de consensus dans la jurisprudence à savoir si l'article 241 C.cr. constitue une violation aux droits à la vie, à la liberté ou à la sécurité, et si cette violation est conforme aux principes de justice fondamentale. Il convient donc de résumer les différentes interprétations à ce sujet.

Premièrement, en ce qui a trait à la violation des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, la plupart des juges, qui se sont penchés sur la question, ont jugé que l'article 241 C.cr. viole l'article 7 de la Charte. Selon certains juges, l'article 241 C.cr. viole le droit à la sécurité, alors que pour d'autres, il viole le droit à la sécurité et le droit à la liberté. Le droit à la liberté protégé à l'article 7 a été défini dans l'arrêt *Morgentaler*<sup>116</sup>. Dans cet arrêt, la Juge Wilson a décrit le droit à la liberté protégé à l'article 7 de la Charte comme garantissant : « à chaque individu une marge d'autonomie personnelle sur les décisions importantes touchant intimement à sa vie privée. La liberté, dans une société libre et démocratique, n'oblige pas l'État à approuver ces décisions, mais elle l'oblige cependant à les respecter. »<sup>117</sup> Cette interprétation du droit à la liberté a été réaffirmée par trois juges de la Cour suprême dans l'arrêt *Godbout c. Longueuil (Ville)*<sup>118</sup>.

---

<sup>116</sup> *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30.

<sup>117</sup> *Ibid* dans le résumé.

<sup>118</sup> *Godbout c. Longueuil (Ville)*, [1997] 3 RCS 844.

Ainsi, dans l'arrêt *Rodriguez*<sup>119</sup>, le juge McEachern de la Cour d'appel de Colombie-Britannique a jugé que l'article 241 C.cr. viole le droit à la liberté en s'appuyant sur la définition de la juge Wilson, c'est-à-dire que la liberté inclut la non intervention de l'État dans le champ des décisions personnelles<sup>120</sup>, et qu'il viole aussi le droit à la sécurité, en s'appuyant cette fois sur l'opinion majoritaire dans l'arrêt *Morgentaler*. Cette dernière interprétation de l'arrêt *Morgentaler* a été retenue par les juges Sopinka et McLachlin de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Rodriguez*<sup>121</sup> et leur a permis de conclure à une violation au droit à la sécurité seulement.

Par ailleurs, dans la décision *Carter*<sup>122</sup>, la juge Smith de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, déclare que l'article 241 C.cr. viole le droit à la liberté et le droit à la sécurité de la personne de la plaignante, Mme Taylor, car il la prive de son autonomie et du contrôle qu'elle a sur son propre corps<sup>123</sup>. Par contre, la juge Smith traite également, de façon secondaire, du droit à la vie, qui n'est pas abordé dans l'arrêt *Rodriguez*. Elle avance que le droit à la vie de Mme Taylor est menacé par l'article 241 C.cr., dans le sens où les personnes dont l'état de santé se détériore pourraient se sentir obligées de se suicider plus tôt qu'ils ne l'auraient désiré par peur de ne plus en être physiquement capables de le faire lorsque leurs conditions de vie seraient devenues insoutenables<sup>124</sup>.

Néanmoins, le juge Melvin de la Cour suprême de Colombie-Britannique, dans la décision *Rodriguez*<sup>125</sup>, ainsi que la juge Proudfoot de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, dans

---

<sup>119</sup> *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, [1993] 3 WWR 553 [*Rodriguez BCCA*].

<sup>120</sup> *Ibid* au para 60.

<sup>121</sup> *Rodriguez CSC*, *supra* note 110 aux pp 588 et 618.

<sup>122</sup> *Carter*, *supra* note 18.

<sup>123</sup> *Ibid* au para 1303.

<sup>124</sup> *Ibid* au para 1322.

<sup>125</sup> *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, 1992 CanLII 726 (BC SC) [*Rodriguez BCSC*].

l'arrêt *Rodriguez*<sup>126</sup>, ont jugé que l'article 241 C.cr. ne viole pas les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. En effet, le juge Melvin conclut que l'article 241 C.cr. n'a aucun impact sur les choix personnels car il n'existe pas de droit au suicide médicalement assisté<sup>127</sup>. Puisqu'il n'existe pas de droit au suicide assisté, aucune obligation n'incombe au médecin d'aider Mme Rodriguez à se suicider. L'article 241 C.cr. a donc un impact uniquement sur les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne d'un médecin qui voudrait aider Mme Rodriguez à se donner la mort, et non sur les choix de Mme Rodriguez<sup>128</sup>. D'autre part, la juge Proudfoot juge qu'il existe une différence entre les faits de l'arrêt *Morgentaler* et ceux de *Rodriguez*. Elle avance que, dans l'arrêt *Morgentaler*, il s'agit d'une procédure médicale sans danger, qui est en cause, tandis que l'arrêt *Rodriguez* touche plutôt à la mort<sup>129</sup>. Selon elle, la mort est l'antithèse du droit protégé à l'article 7 de la Charte, à savoir les droits à la vie, la liberté et la sécurité de la personne<sup>130</sup>. Par ailleurs, la liberté contre l'emprisonnement de Mme Rodriguez n'est pas en jeu comme c'était le cas pour le Dr Morgentaler. La juge Proudfoot juge que c'est plutôt un tiers dont la liberté pourrait être menacée, à l'avenir, dans le cadre d'une accusation en vertu de l'article 241 C.cr.<sup>131</sup>

Deuxièmement, en ce qui concerne les principes de justice fondamentale, la jurisprudence est profondément divisée en matière de suicide assisté. Cette division est principalement issue de l'interprétation de ce en quoi consistent ces principes de justice fondamentale. Les juges qui ont déclaré que les principes de justice fondamentale avaient été violés se sont appuyés sur une panoplie de principes. Tout d'abord, le juge McEachern s'est appuyée sur le principe de dignité

---

<sup>126</sup> *Rodriguez BCCA, supra note 119.*

<sup>127</sup> *Rodriguez BCSC, supra note 125.*

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> *Rodriguez BCCA, supra note 119 au para 165.*

<sup>130</sup> *Ibid.*

<sup>131</sup> *Ibid au para 166.*

humaine, dont est teinté l'article 7 de la Charte, car selon lui, les principes de justice fondamentale comprennent tout ce qui peut être raisonnablement attendu d'un système judiciaire qui est : « fondé sur la foi en la dignité et la valeur de la personne humaine et en la primauté du droit. »<sup>132</sup> Par conséquent, puisque l'article 241 C.cr. impose une période indéterminée de souffrance physique et psychologique à un malade en phase terminale, ce qui va clairement à l'encontre de la dignité humaine, cette disposition viole les principes de justice fondamentale.

Ensuite, la juge McLachlin, sans s'attarder à la définition de ces principes, estime qu'une disposition législative qui impose une restriction arbitraire viole les principes de justice fondamentale. Elle est arbitraire si elle est incompatible avec l'objectif visé par la disposition législative<sup>133</sup>. La juge McLachlin conclut que la restriction est arbitraire car la loi établit une distinction entre le suicide, légal, et le suicide assisté, illégal. Cette distinction empêche Mme Rodriguez d'exercer son autonomie sur son propre corps, alors que les autres le peuvent<sup>134</sup>. Par conséquent, puisque la distinction est arbitraire, l'article 241 C.cr. viole les principes de justice fondamentale.

Enfin, la juge Smith, dans la décision *Carter*, se sert de deux principes de justice fondamentale à l'appui de son opinion selon laquelle l'interdiction du suicide assisté viole les principes de justice fondamentale. Ces deux principes sont : la portée excessive, issue de l'arrêt *R. c. Heywood*<sup>135</sup>, et la disproportion exagérée, introduite dans l'arrêt *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*<sup>136</sup>.

---

<sup>132</sup> *Ibid* au para 69.

<sup>133</sup> *Rodriguez CSC*, *supra* note 110 aux pp 619-620.

<sup>134</sup> *Ibid* à la p 621.

<sup>135</sup> *R. c. Heywood*, [1994] 3 RCS 761.

<sup>136</sup> *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*, 2003 CSC 74, [2003] 3 RCS 571[Malmo-Levine].

En ce qui a trait à la portée excessive, ce principe sert à éviter qu'une loi n'ait une portée plus large qu'il n'est nécessaire afin d'atteindre l'objectif législatif. Le juge Cory de la Cour suprême du Canada décrit la portée excessive de la façon suivante dans *Heywood* :

L'analyse de la portée excessive porte sur les moyens choisis par l'État par rapport à l'objet qu'il vise. Lorsqu'il examine si une disposition législative a une portée excessive, le tribunal doit se poser la question suivante : ces moyens sont-ils nécessaires pour atteindre l'objectif de l'État? Si, dans un but légitime, l'État utilise des moyens excessifs pour atteindre cet objectif, il y aura violation des principes de justice fondamentale parce que les droits de la personne auront été restreints sans motif. Lorsqu'une loi a une portée excessive, il s'ensuit qu'elle est arbitraire ou disproportionnée dans certaines de ses applications<sup>137</sup>.

Dans *Carter*, la juge Smith pense que, étant donné l'existence d'alternatives à une prohibition totale du suicide assisté, tel que démontré par les éléments de preuve issus de juridictions étrangères, l'article 241 C.cr. ne respecte pas un principe de justice fondamentale, c'est-à-dire le principe de la portée excessive<sup>138</sup>. Dans la même suite d'idées, la juge Smith croit que les effets de la prohibition totale du suicide assisté sur les personnes handicapées comme Mme Taylor sont disproportionnés par rapport aux effets sur les personnes vulnérables que l'on vise à protéger, ce qui signifie que le principe de la disproportion exagérée est aussi violé par l'article 241 C.cr.<sup>139</sup> La majorité de la Cour suprême dans *Malmo-Levine* décrit la disproportion exagérée comme suit :

Pour résumer, une fois qu'il est établi que le Parlement a agi sur le fondement d'un intérêt légitime de l'État, il est encore possible de se demander, au regard de l'art. 7, si les mesures législatives adoptées à l'égard de la consommation de la marijuana étaient, pour reprendre les termes employés dans *Suresh*, « à ce point extrêmes qu'elles étaient en soi disproportionnées à tout intérêt légitime du gouvernement »

---

<sup>137</sup> *Heywood*, supra note 135 au para 49.

<sup>138</sup> *Carter*, supra note 18 aux para 1367-1371.

<sup>139</sup> *Ibid* au para 1378.

(par. 47 (nous soulignons)). Comme nous l'expliquons plus loin, le critère applicable est celui de la disproportion *exagérée*, dont la preuve incombe au demandeur<sup>140</sup>.

Par contre, les juges, qui ont estimé que les principes de justice fondamentale n'étaient pas violés par l'interdiction prévue à l'article 241 C.cr., se sont principalement appuyés sur deux éléments : l'historique législatif et le caractère sacré de la vie. Pour ce qui est de l'historique législatif, dans *Rodriguez*, le juge Hollinrake de la Cour d'appel de Colombie-Britannique soutient qu'il existe une grande différence, d'un point de vue historique et philosophique, entre le suicide assisté et les soins palliatifs. Le juge Hollinrake avance que les principes de justice fondamentale sont fondés sur le contexte législatif, social et historique de notre société<sup>141</sup>, en s'appuyant sur les arrêts *R. c. Big M. Drug Mart Ltd.*<sup>142</sup> et *Law Society of Upper Canada c. Skapinker*<sup>143</sup>. Après avoir procédé à une étude de la législation et de la médecine, le juge Hollinrake en arrive à la conclusion que le suicide médicalement assisté n'a jamais été accepté par le Parlement du Canada ni par la profession médicale<sup>144</sup>. Le juge Hollinrake fait une distinction entre les faits de l'arrêt *Rodriguez* et ceux de l'arrêt *Morgentaler*. En effet, contrairement à l'arrêt *Morgentaler*, où le droit à l'avortement avait déjà été reconnu dans certaines circonstances (exceptions à l'interdiction), et pouvait ainsi être reconnu sous la Charte, il n'existe aucune reconnaissance législative semblable en matière de suicide assisté<sup>145</sup>. Pour sa part le juge Sopinka dans *Rodriguez* avance que, dans le cadre de l'étude des principes de justice fondamentale, on peut se servir de la *common law* et de l'historique législatif de la disposition contestée<sup>146</sup>. Le juge Sopinka procède à un examen de l'historique législatif de l'article 241 C.cr., à une étude des soins palliatifs et à une analyse des

---

<sup>140</sup> *Malmo-Levine*, *supra* note 136 au para 143.

<sup>141</sup> *Rodriguez BCCA*, *supra* note 119 au para 123.

<sup>142</sup> *R. c. Big M. Drug Mart Ltd.*, [1985] 1 RCS 295.

<sup>143</sup> *Law Society of Upper Canada c. Skapinker*, [1984] 1 RCS 357.

<sup>144</sup> *Rodriguez BCCA*, *supra* note 119 au para 134.

<sup>145</sup> *Ibid* au para 137.

<sup>146</sup> *Rodriguez CSC*, *supra* note 110 à la p 591.

sources étrangères dans le domaine, dans le but de déterminer si l'interdiction prévue à l'article 241 C.cr. est arbitraire. Il dégage de ces analyses la conclusion selon laquelle refuser ou cesser un traitement vital est distinct sur le plan juridique de l'assistance au suicide, ainsi que la conclusion selon laquelle le seul consensus qui ressort est l'importance du respect de la vie humaine<sup>147</sup>. Puisque l'interdiction du suicide assisté semble refléter les valeurs de notre société, alors l'article 241 C.cr. n'est pas arbitraire et ne viole donc pas un principe de justice fondamentale.

Quant au caractère sacré de la vie, les juges Melvin, Hollinrake et Sopinka s'entendent tous pour affirmer que le caractère sacré de la vie est une valeur véhiculée par la Charte<sup>148</sup>. La reconnaissance d'un droit au suicide étant diamétralement opposée à la doctrine philosophique du caractère sacré de la vie, une interprétation de l'article 7 de la Charte incluant le droit de se donner la mort dans le cadre de l'exercice de son droit à la liberté de choix irait à l'encontre de la vie, de la liberté et de la sécurité de la personne.

### **3. Le droit à l'égalité**

Le droit à l'égalité, prévu à l'article 15 de la Charte, a été aussi invoqué pour contester la validité de l'article 241 C.cr. L'article 15 se lit comme suit :

(1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques. (2) Le paragraphe (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés,

---

<sup>147</sup> *Ibid* à la p 595.

<sup>148</sup> *Rodriguez BCSC, supra* note 125; *Rodriguez BCCA, supra* note 119 au para 150; *Rodriguez CSC, supra* note 110 à la p 605.

notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leurs déficiences mentales ou physiques<sup>149</sup>.

Dans l'arrêt *Rodriguez*, le juge en chef Lamer s'est penché sur la question et a conclu que l'article 241 C.cr. constitue bel et bien une violation au droit à l'égalité de Mme Rodriguez, qui désire avoir recours au suicide assisté. Selon le raisonnement du juge Lamer dans cet arrêt, afin de déterminer s'il y a une violation au droit à l'égalité, il faut se servir des critères établis dans l'arrêt *Andrews c. Law Society of British Columbia*<sup>150</sup>. Selon le juge Lamer, la première étape consiste à déterminer si la loi crée des distinctions entre des groupes ou des catégories de personnes sur le fondement de caractéristiques personnelles. Ensuite, la deuxième étape vise à déterminer si cette distinction est discriminatoire<sup>151</sup>. Le juge Lamer s'appuie sur l'arrêt *Andrews*, dans lequel le juge McIntyre a défini la discrimination de la façon suivante :

La discrimination peut se décrire comme une distinction, intentionnelle ou non, mais fondée sur des motifs relatifs à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, des obligations ou des désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou de restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et aux avantages offerts à d'autres membres de la société<sup>152</sup>.

De plus, le juge Lamer s'appuie sur l'arrêt *Swain*, dans lequel il a écrit qu'il faut également :

considérer si la caractéristique personnelle en cause est visée par les motifs énumérés dans cette disposition ou un motif analogue, afin de s'assurer que la plainte correspond à l'objectif général de l'article 15, c'est-à-dire corriger ou empêcher la discrimination contre des groupes victimes de stéréotypes, de désavantages historiques ou de préjugés politiques ou sociaux dans la société canadienne<sup>153</sup>.

---

<sup>149</sup> Charte, *supra* note 23.

<sup>150</sup> *Andrews c. Law Society of British Columbia* [1989] 1 RCS 143 [*Andrews*].

<sup>151</sup> *Rodriguez CSC*, *supra* note 110 à la p 544.

<sup>152</sup> *Andrews*, *supra* note 150 à la p 174.

<sup>153</sup> *R. c. Swain*, [1991] 1 RCS 933.

Le juge Lamer affirme également que, comme l'article 15 de la Charte protège également contre la discrimination indirecte ou involontaire, une règle de loi en apparence neutre peut avoir des effets discriminatoires sur des groupes de personnes défavorisées<sup>154</sup>.

Dans l'arrêt *Rodriguez*, le juge en chef Lamer conclut que l'article 241 C.cr. viole l'article 15 de la Charte puisqu'il empêche les personnes physiquement incapables de se suicider, alors que les autres en sont capables légalement<sup>155</sup>. Cela crée ainsi une inégalité. L'article 241 C.cr. n'a pas pour objectif de discriminer. Cependant, le traitement identique des personnes handicapées au reste de la population peut facilement engendrer des effets discriminatoires<sup>156</sup>. En outre, cette inégalité est fondée sur une caractéristique personnelle, la déficience physique, l'un des motifs de discrimination énumérés à l'article 15 de la Charte<sup>157</sup>. Cette inégalité constitue un désavantage car elle les empêche de choisir le suicide, ce qui limite leur capacité d'auto-détermination<sup>158</sup>.

Suite à l'arrêt *Rodriguez* de la Cour suprême du Canada, plusieurs autres arrêts ont été rendus par cette même Cour au sujet du droit à l'égalité, arrêts qui sont venus mieux définir la portée de l'article 15 de la Charte. Désormais, l'arrêt de principe en la matière est l'arrêt *R. c. Kapp*<sup>159</sup>. L'arrêt *Kapp* a élaboré un test en deux étapes pour l'analyse d'une violation au droit à l'égalité : « (1) La loi crée-t-elle une distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue? (2) La distinction crée-t-elle un désavantage par la perpétuation d'un préjugé ou l'application de stéréotypes? »<sup>160</sup> L'analyse d'une violation au droit à l'égalité se fonde donc principalement sur

---

<sup>154</sup> *Rodriguez CSC, supra note 110 aux pp 547-549.*

<sup>155</sup> *Ibid* à la p 549.

<sup>156</sup> *Ibid* à la p 550-551.

<sup>157</sup> *Ibid* à la p 550.

<sup>158</sup> *Ibid.*

<sup>159</sup> *R. c. Kapp*, 2008 CSC 74, [2008] 2 RCS 483.

<sup>160</sup> *Ibid* au para 17.

les critères de la distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue réellement discriminatoire et de la perpétuation d'un désavantage ou d'un stéréotype, tel qu'il a été formulé dans l'arrêt *Kapp* et réaffirmé par les arrêts *Withler c. Canada (Procureur général)*<sup>161</sup> et *Québec (Procureur général) c. A*<sup>162</sup>. À la deuxième étape du test, la Cour, dans l'arrêt *Withler*, juge qu'il faut examiner l'impact réel de la loi contestée ainsi que les facteurs politiques, économiques, sociaux et historiques du groupe défavorisé<sup>163</sup>. La loi doit créer un désavantage, un préjudice ou un stéréotype<sup>164</sup>.

De même, l'arrêt *Withler* réaffirme également d'autres éléments importants, tels la discrimination involontaire ou indirecte : « Dans d'autres cas, ce sera plus difficile, parce que les allégations portent sur une discrimination indirecte : bien qu'elle prévoie un traitement égal pour tous, la loi a un effet négatif disproportionné sur un groupe ou une personne identifiable par des facteurs liés à des motifs énumérés ou analogues. »<sup>165</sup> La Cour suprême avait jugé que le droit à l'égalité interdit la discrimination même involontaire dans les arrêts *Commission ontarienne des droits de la personne et O'Malley c. Simpsons-Sears Ltd.*<sup>166</sup> et *Andrews c. Law Society of British Columbia*<sup>167</sup>.

Par ailleurs, l'arrêt *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*<sup>168</sup> a introduit de nouveaux éléments au test de l'article 15 de la Charte. On y introduit notamment les concepts de dignité humaine, du désavantage préexistant et du groupe de comparaison. Le concept de dignité

---

<sup>161</sup> *Withler c. Canada (Procureur général)*, 2011 CSC 12, [2011] 1 RCS 396.

<sup>162</sup> *Québec (Procureur général) c. A.*, 2013 CSC 5.

<sup>163</sup> *Withler*, *supra* note 161 au para 39.

<sup>164</sup> *Ibid* au para 70.

<sup>165</sup> *Ibid* au para 64.

<sup>166</sup> *Commission ontarienne des droits de la personne et O'Malley c. Simpsons-Sears Ltd.*, [1985] 2 RCS 536.

<sup>167</sup> *Andrews*, *supra* note 150.

<sup>168</sup> *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 RCS 497 [Law].

humaine doit servir à évaluer si la disposition contestée constitue une discrimination : « Toutefois, dans la formulation de l'objet du par. 15(1) qui ressort des arrêts antérieurs, l'accent est mis, à juste titre, sur le but de préserver la dignité humaine au moyen de l'élimination du traitement discriminatoire. »<sup>169</sup> Néanmoins, la Cour abandonne ce critère dans l'arrêt *Kapp*, concept qu'elle juge trop abstrait<sup>170</sup>.

De plus, l'arrêt *Law* amène le concept de désavantage préexistant, qui est empiré par la disposition contestée qui perpétue la situation de personnes déjà vulnérables. Selon le juge Iacobucci :

Comme la jurisprudence de notre Cour l'a reconnu de façon constante, le facteur qui sera probablement le plus concluant pour démontrer qu'une différence de traitement imposée par une disposition législative est vraiment discriminatoire sera, le cas échéant, la préexistence d'un désavantage, de vulnérabilité, de stéréotypes ou de préjugés subis par la personne ou par le groupe<sup>171</sup>.

Enfin, l'arrêt *Law* impose aussi la démarche du « groupe de comparaison », que le demandeur doit identifier et auquel il peut se comparer pour démontrer la différence de traitement<sup>172</sup>. Par contre, cette démarche est aussi abandonnée dans l'arrêt *Withler*<sup>173</sup>.

Enfin, un dernier arrêt, l'arrêt *Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin ; Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Laseur*<sup>174</sup>, soulève un élément pertinent en ce qui concerne le handicap physique. Selon la Cour, dans cet arrêt, tous les membres du groupe

---

<sup>169</sup> *Ibid* au para 52.

<sup>170</sup> *Kapp*, *supra* note 159 au para 22.

<sup>171</sup> *Ibid* au para 63.

<sup>172</sup> *Ibid* au para 88.

<sup>173</sup> *Withler*, *supra* note 161 au para 40.

<sup>174</sup> *Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin ; Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Laseur*, 2003 CSC 54, [2003] 2 RCS 504.

visé n'ont pas à être touchés par la disposition contestée. En effet, le juge Gonthier, au nom de la Cour suprême, affirme : « Notre Cour reconnaît depuis longtemps qu'une différence de traitement peut reposer sur un motif énuméré même lorsque les membres du groupe pertinent ne sont pas tous également maltraités. »<sup>175</sup>

Dans un autre ordre d'idées, la décision *Carter*, rendue par la juge Smith de la Cour suprême de Colombie-Britannique, applique les nouveaux principes jurisprudentiels depuis l'arrêt *Rodriguez*, au sujet du droit à l'égalité, à une contestation de validité de l'interdiction de l'assistance au suicide prévue à l'article 241 C.cr. À la première étape du test de l'arrêt *Kapp*, la juge Smith statue que l'article 241 C.cr. crée une distinction sur la base de la déficience physique, un motif énuméré à l'article 15 de la Charte. Selon la juge Smith :

The law, viewed as a whole, embodies the following principles: (1) persons who seek to take their own lives, but fail, are not subject to criminal sanction because there is no longer a criminal offence of suicide or attempted suicide; (2) persons who are rendered unable, by physical disability, to take their own lives are precluded from receiving assistance in order to do so by the *Criminal Code* offence of assistance with suicide. Those principles create a distinction based on physical disability<sup>176</sup>.

La disposition contestée a donc pour effet de créer un fardeau chez les personnes qui souffrent d'un handicap physique, fardeau qui n'est pas imposé aux autres. Les personnes souffrant d'un handicap physique sont incapables de se suicider elles-mêmes, sans avoir recours à des méthodes très difficiles, telles que la grève de la faim et la déshydratation. Le reste de la population a accès légalement à des méthodes beaucoup moins difficiles pour mettre fin à ses jours<sup>177</sup>.

---

<sup>175</sup> *Ibid* au para 76.

<sup>176</sup> *Carter*, *supra* note 18 au para 1158.

<sup>177</sup> *Ibid* au para 1076.

À la seconde étape du test de l'arrêt *Kapp*, la juge Smith déclare que la distinction créée par l'article 241 C.cr. est discriminatoire car cet article perpétue et empire un désavantage chez les personnes handicapées physiquement. En effet, la dignité humaine et le droit de prendre des décisions personnelles fondamentales ne sont pas accordés à la population de manière égale en raison de cette disposition législative<sup>178</sup>. La juge Smith détermine donc que le droit à l'égalité de Mme Taylor, prévu à l'article 15 de la Charte, est violé par l'article 241 C.cr.

Dans un autre ordre d'idées, la Cour d'appel de Colombie-Britannique a renversé la décision de la juge Smith dans la décision *Carter* en octobre 2013. Dans cet arrêt, la majorité de la Cour d'appel a jugé que la juge de première instance était liée par la décision de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Rodriguez*, étant donné la règle du *stare decisis*, puisqu'il s'agissait de faits similaires. Pour sa part, le juge Finch, dissident, a validé la décision de la juge Smith quant à son interprétation de l'article 7 de la Charte, mais a accueilli l'appel du gouvernement du Canada en ce qui concerne l'article 15 de la Charte<sup>179</sup>. La B.C. Civil Liberties Association a annoncé son intention de contester l'arrêt de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique devant la Cour suprême du Canada<sup>180</sup>. Malgré cet arrêt de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, nous pensons que la décision *Carter* de la Cour suprême de Colombie-Britannique demeure pertinente aux fins de notre réflexion au sujet du suicide assisté.

---

<sup>178</sup> *Ibid* au para 1161.

<sup>179</sup> *Carter BCCA*, *supra* note 20.

<sup>180</sup> CTVNews.ca, « B.C. Court of Appeal upholds ban on assisted suicide » (10 octobre 2013), en ligne : CTV News <<http://www.ctvnews.ca>>.

#### 4. La justification sous l'article premier

Dans les arrêts *Rodriguez* et la décision *Carter*, étant donné que plusieurs juges ont conclu à une violation du droit à la liberté prévu à l'article 7 de la Charte et du droit à l'égalité protégé par l'article 15 de la Charte, ces derniers ont dû procéder à une analyse en vertu de l'article premier de la Charte. Ils se sont servis du test en deux volets établi par l'arrêt *Oakes*<sup>181</sup> afin de déterminer si la justification prévue à l'article premier de la Charte était applicable. Les juges qui ont procédé à cette analyse en sont arrivés à des conclusions différentes à savoir si la violation est justifiée dans une société libre et démocratique. Dans le cadre de cette thèse, nous n'aborderons pas ces analyses puisque nous ne développerons pas d'argument à ce sujet dans le cadre de l'explication de notre projet de loi. De plus, en ce qui concerne la justification d'une violation à l'article 7 de la Charte, l'analyse en vertu des principes de justice fondamentale et celle en vertu de l'article premier portent sur des aspects similaires, tel que souligné notamment par le juge LaForest dans l'arrêt *Godbout c. Longueuil (Ville)*<sup>182</sup> et par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*<sup>183</sup>.

#### 5. Les parallèles avec les théories philosophiques

Dans le cadre de l'interprétation des tribunaux en matière de suicide assisté, plusieurs parallèles avec les théories philosophiques du libéralisme et du moralisme peuvent être ressortis. Les opinions de plusieurs juges concernés dans les trois décisions *Rodriguez* (la décision de première

---

<sup>181</sup> *R. c. Oakes*, [1986] 1 RCS 103.

<sup>182</sup> *Godbout*, *supra* note 118 au para 91.

<sup>183</sup> *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, [2011] 3 RCS 134 au para 137.

instance ainsi que les deux arrêts des cours d'appel) et dans la décision *Carter* sont teintées de théories philosophiques abordées dans notre cadre théorique.

En premier lieu, le libéralisme est illustré par les motifs du juge McEachern de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, les juges Lamer et McLachlin de la Cour suprême du Canada et de la juge Smith de la Cour suprême de Colombie-Britannique. En effet, les quatre justifications du suicide assisté selon la théorie du libéralisme, abordées dans notre cadre théorique, sont représentées par les opinions des juges. Tout d'abord, le droit à l'autonomie est illustré par les motifs de la juge McLachlin, au sujet du droit à la liberté, à savoir que l'interdiction de l'assistance au suicide est arbitraire, et crée donc une distinction qui empêche une personne d'exercer son autonomie sur son propre corps. Ensuite, le droit à l'auto-détermination est présent dans les motifs du juge Lamer, au sujet du droit à l'égalité. Le juge Lamer estime que l'inégalité créée par l'interdiction de l'assistance au suicide constitue un désavantage car cela limite leur capacité d'auto-détermination. Par la suite, le juge McEachern prône la théorie du libéralisme grâce à son utilisation du principe de la dignité humaine, présente dans la théorie humaniste, dans le cadre de son évaluation des principes de justice fondamentale (article 7 de la Charte). De même, la juge Smith dans la décision *Carter*, invoque également la dignité humaine, mais cette fois à l'appui du droit à l'égalité, protégé à l'article 15 de la Charte. Enfin, le juge McEachern prône la non-intervention de l'État dans le champ des décisions personnelles, ce qui renvoie aussi au libéralisme.

En second lieu, le moralisme est présent dans les motifs du juge Melvin de la Cour suprême de Colombie-Britannique, du juge Hollinrake de la Cour d'appel de Colombie-Britannique et du juge Sopinka de la Cour suprême du Canada. Tel que nous l'avons vu dans le chapitre 1, le

moralisme est représenté par deux principes, l'historicisme et le caractère sacré de la vie, qui sont aussi présents dans les motifs de ces juges. Ces deux principes vont à l'encontre de la légalisation du suicide assisté et ont été invoqué par les juges qui ont rejeté la contestation constitutionnelle de l'interdiction de l'assistance au suicide. Par exemple, l'historicisme est invoqué dans les motifs des juges Sopinka et Hollinrake et le caractère sacré de la vie est invoqué au soutien des motifs des juges Sopinka, Hollinrake et Melvin.

## **Chapitre 3 - La mort « légale » à l'étranger : l'expérience européenne et états-unienne**

Dans ce deuxième chapitre, nous analysons brièvement les systèmes de droit en matière de suicide assisté dans les états qui permettent certaines formes de suicide assisté ou d'euthanasie. Nous procédons tout d'abord à un survol de la législation et de la jurisprudence de plusieurs états, c'est-à-dire la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg et les États américains de l'Oregon, de Washington, du Vermont et du Montana. Par la suite, nous nous penchons sur l'efficacité, selon la doctrine, des garanties juridiques et procédurales prévues dans la législation des Pays-Bas et de l'État de l'Oregon, régimes où le suicide assisté ou l'euthanasie sont depuis plus longtemps permis et donc mieux documentés.

### **A. Législation et jurisprudence**

Notre analyse de la législation et de la jurisprudence se divise en trois parties : le système fondé sur le Code pénal (la Suisse), les systèmes comportant une législation spécifique (les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, l'Oregon, l'État de Washington et le Vermont) et le système jurisprudentiel (le Montana). Par la suite, nous procédons à une comparaison entre les trois systèmes.

## 1. Le système issu du Code pénal : la Suisse

En matière de suicide assisté, la Suisse possède probablement l'un des régimes les plus permissibles. Pourtant, la Suisse ne possède pas de loi à proprement parler sur le suicide assisté<sup>184</sup>. Il s'agit plutôt d'une disposition du *Code pénal*<sup>185</sup> suisse qui permet cette pratique. Toutefois, seul le suicide assisté est permis. La pratique de l'euthanasie est interdite en vertu de l'article 114 du *Code pénal* suisse : « Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »<sup>186</sup>

Par contre, s'il est commis pour des motifs non-égoïstes, le suicide assisté est permis à l'article 115 du *Code pénal* suisse : « 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. »<sup>187</sup>

Les conditions de validité du suicide assisté sont donc minimales puisque le seul critère véritable est le motif non-égoïste. Le Dr Georg Bosshard explique les conséquences de l'article 115 dans la décision *Carter*, de la façon suivante :

As a basis for an open practice of assisted suicide, article 115 is interesting for two reasons. First, it makes no mention of doctors – the legality of assisting suicide, in the absence of self-interest, holds good for any person. Second, there is no mention of any medical precondition. The only prerequisite is implicit; namely, that the individual wanting help to commit suicide must have decisional capacity, since otherwise he

---

<sup>184</sup> *Carter*, *supra* note 18 au para 589.

<sup>185</sup> *Code pénal*, *supra* note 2.

<sup>186</sup> *Code pénal*, art 114.

<sup>187</sup> *Code pénal*, art 115.

would not be “handlungsfähig” (have legal capacity) and his act could not be considered suicide<sup>188</sup>.

En Suisse, les suicides assistés doivent être rapportés aux autorités locales en tant que morts non-naturelles<sup>189</sup>. Il n'existe pas de mécanisme de surveillance ou de régulation de l'assistance au suicide en Suisse. Par contre, presque tous les suicides assistés y ont lieu dans le cadre d'une des quatre organisations pour le droit de mourir : la EXIT Deutsche Schweiz, la EXIT Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, DIGNITAS, et Exit International<sup>190</sup>. Les deux dernières organisations offrent de l'aide au suicide aux étrangers. Ces organisations offrent généralement de l'aide pour mourir seulement aux patients atteints de maladies terminales et dont la souffrance est insupportable, ou dont le handicap est déraisonnable. Les bénévoles de ces organisations doivent suivre des règles bien précises. Le Dr Bosshard décrit le fonctionnement d'une de ces organisations, la EXIT Deutsche Schweiz, dans la décision *Carter* :

EXIT Deutsche Schweiz (“EXIT DS”) provides assistance only after an evaluation process which requires that the wish to die is deliberate and stable, the member suffers from a disease with a hopeless prognosis, and the suffering in unbearable or unreasonable disability is present. EXIT DS workers follow a protocol and use a checklist to document what was discussed at the initial visit and all subsequent contacts. Most members who are considered eligible for help are close to death, and EXIT DS routinely recommends both hospice care and notification of the family. Difficult cases are referred to EXIT DS’s ethics committee for review. Everyone who seeks assisted suicide must be examined by a doctor, who will not prescribe the lethal dose of barbiturates until he or she has assessed the patient’s medical condition and decisional capacity. If the member is eligible but their own doctor declines to participate, EXIT DS can refer the member to a collaborating physician who would consider assessing the patient and prescribing the lethal drugs. The prescription will be obtained at a local pharmacy by an EXIT DS volunteer and stored at EXIT DS headquarters until the day of use, when a volunteer will again assess the member’s decisional capacity. If the member continues to assert a desire to die, the volunteer will mix the drugs in liquid or food and hand it to the person to

---

<sup>188</sup> *Carter*, *supra* note 18 au para 592.

<sup>189</sup> *Ibid* au para 593.

<sup>190</sup> Guenter Lewy, *Assisted Death in Europe and America : Four Regimes and their Lessons*, Oxford, Oxford University Press, 2011 à la p 89-111 [Lewy].

swallow. If the person is incapable of swallowing, the drugs can be self-administered through a percutaneous endoscopic gastroscopy catheter or intravenously. Most suicides occur in the person's home, with only a few taking place in nursing homes or a dedicated room at EXIT DS in Zurich. At the time of death, the volunteer notifies the police, who attend with a medical officer. Provided that there are no indications that the assistance violated Swiss law, the case will be closed. The body is usually released to coroner at the scene, although the rules and procedures vary between cantons<sup>191</sup>.

Par conséquent, contrairement aux autres états où le suicide assisté est permis, en Suisse, l'assistance au suicide n'est généralement pas pratiquée par un médecin<sup>192</sup>.

Selon l'étude « European End-of-Life (EURELD) », publiée en 2003, les statistiques démontrent que la Suisse possède le plus haut taux de suicides assistés (0,36%), loin devant les Pays-Bas qui se classent deuxième (0,21%)<sup>193</sup>. À titre de comparaison, le taux de suicides assistés en Oregon pour la même année est de 0,14 %<sup>194</sup>.

## **2. Les systèmes comportant une législation spécifique**

Contrairement à la Suisse, plusieurs pays européens et états américains ont plutôt opté pour une décriminalisation du suicide assisté et de l'euthanasie, par l'adoption d'une loi particulière portant sur l'euthanasie et le suicide assisté, loi qui pose des conditions à ces pratiques. C'est le cas des pays du Benelux, c'est-à-dire les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg, et de trois états américains, c'est-à-dire l'Oregon, l'État de Washington et le Vermont. Nous examinons les

---

<sup>191</sup> Carter, *supra* note 18 au para 594.

<sup>192</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 88.

<sup>193</sup> Agnes van der Heide et al, « End-of-life decision making in six European countries: descriptive study » (2003) 361 *The Lancet* 347.

<sup>194</sup> Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology, « Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act » (10 mars 2004), en ligne : Oregon Health Authority <<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>>.

caractéristiques principales que contiennent chacune des lois promulguées par ces états étrangers pour encadrer la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie.

Tout d'abord, tel que mentionné précédemment, chaque état étranger a sa propre loi sur le suicide assisté et l'euthanasie. Aux Pays-Bas, le suicide assisté et l'euthanasie sont permis en vertu de la *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* (Loi néerlandaise)<sup>195</sup>. La Loi néerlandaise crée une exception au *Code pénal*<sup>196</sup> néerlandais, exception qui permet à un médecin de pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté, à la condition de respecter certaines conditions. De même, en Belgique, la *Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*<sup>197</sup> (Loi belge) décriminalise l'euthanasie et le suicide assisté. Cette loi, fondée principalement sur la Loi néerlandaise, est plus détaillée que son modèle. Enfin, l'euthanasie et le suicide assisté sont illégaux au Luxembourg, sauf si le médecin qui pose l'acte respecte les conditions de la *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*<sup>198</sup> (Loi luxembourgeoise). Cette loi est essentiellement calquée sur la Loi belge en matière d'euthanasie et de suicide assisté. Étant donné que la Loi néerlandaise, la Loi belge et la Loi luxembourgeoise sont calquées les unes sur les autres, elles présentent généralement des critères similaires de validité du suicide assisté et de l'euthanasie. Ces trois lois forment ce que nous appellerons le « système européen ».

Par opposition au système européen, les trois lois des états américains forment le « système américain ». En 1994, l'État de l'Oregon a été le premier état, aux Etats-Unis, à légaliser le

---

<sup>195</sup> Loi néerlandaise, *supra* note 3.

<sup>196</sup> *Code pénal*, Sr. 1994.

<sup>197</sup> Loi belge, *supra* note 4.

<sup>198</sup> Loi luxembourgeoise, *supra* note 5.

suicide assisté, grâce au *Oregon's Death With Dignity Act*<sup>199</sup> (ODDA). L'Oregon a été suivi par l'État de Washington, en novembre 2008, qui a légalisé le suicide assisté en adoptant un *Death With Dignity Act*<sup>200</sup> (WDDA), semblable à celui en vigueur en Oregon. Cette loi est presque identique à l'ODDA. Enfin, en mai 2013, le Vermont s'est joint aux deux autres états, lorsqu'une loi similaire a été adoptée, intitulée « An Act Relating to Patient Choice and Control at End of Life »<sup>201</sup> (Loi du Vermont). Tout comme le système européen, les lois formant le système américain comportent les mêmes conditions de validité du suicide assisté.

#### a) Définitions du suicide assisté et de l'euthanasie

En ce qui concerne les définitions, chaque loi comporte une définition du suicide assisté ou de l'euthanasie. Dans le système européen, on traite principalement d'euthanasie. En effet, autant aux Pays-Bas qu'en Belgique, la loi ne fait mention que d'euthanasie. La Loi néerlandaise ne fait aucune distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie. Aux Pays-Bas, le terme « euthanasie » englobe les deux concepts<sup>202</sup>. L'euthanasie signifie donc mettre fin à la vie du patient, à la suite de la demande de celui-ci. La Loi néerlandaise s'applique seulement aux cas où le patient a fait une requête expresse. L'euthanasie sans requête du patient y est interdite. L'acte qui met fin à la vie peut être posé par le patient lui-même, ce qui constitue dans les faits un suicide assisté, ou par le médecin (euthanasie). Le choix dépend des circonstances et de l'état de santé du patient, et appartient au patient et à son médecin. Néanmoins, la Royal Dutch Medical Association suggère

---

<sup>199</sup> ODDA, *supra* note 6.

<sup>200</sup> WDDA, *supra* note 7.

<sup>201</sup> Loi du Vermont, *supra* note 8.

<sup>202</sup> Carter, *supra* note 18 au para 456.

le suicide assisté pour des raisons psychologiques<sup>203</sup>. Dans le même ordre d'idée, la Loi belge définit l'euthanasie de la façon identique à l'article 2 : « Pour l'application de la présente loi, 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>204</sup> Bien que le suicide assisté ne soit pas expressément prévu dans cette définition, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCE), organisme chargé de surveillance en matière d'euthanasie selon la Loi belge, a déterminé que le suicide assisté est inclus dans cette définition de l'euthanasie.

Par contre, au Luxembourg, la Loi luxembourgeoise mentionne les deux concepts. La Loi luxembourgeoise comporte les définitions « d'euthanasie » et de « suicide assisté » à l'article 1 :

Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci. Par assistance au suicide il y a lieu d'entendre le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci<sup>205</sup>.

La différence entre l'euthanasie et le suicide assisté au Luxembourg réside donc dans la personne qui commet l'acte qui cause la mort. En cas d'euthanasie, c'est le médecin qui pose l'acte, tandis qu'en cas de suicide assisté, c'est plutôt le patient qui le pose, après avoir obtenu l'aide du médecin, notamment pour se procurer une substance mortelle. Néanmoins, dans les deux cas, le médecin doit obtenir le consentement volontaire du patient avant de pratiquer l'acte. Par conséquent, dans les faits, les règles sont les mêmes qu'aux Pays-Bas et qu'en Belgique.

---

<sup>203</sup> *Ibid* au para 461.

<sup>204</sup> Loi belge, art 2.

<sup>205</sup> Loi luxembourgeoise, art 1.

En revanche, dans le système américain, seul le suicide assisté est permis. En Oregon, l'ODDA permet une forme de suicide assisté, c'est-à-dire la prescription, par un médecin, d'une substance que le patient peut ingérer lui-même dans le but de se donner la mort. Il s'agit toutefois bien d'un suicide assisté, et non d'une forme d'euthanasie. En effet, la loi interdit formellement l'euthanasie à l'article 3.14 de l'ODDA : « nothing in the Act shall be construed to authorize a physician or any other person to end a patient's life by lethal injection, mercy killing or active euthanasia ». <sup>206</sup> Il en est de même dans l'État de Washington, où la seule différence entre l'ODDA et le WDDA est que la loi de l'État de Washington énonce expressément que la substance mortelle doit être administrée par le patient lui-même (art. 1 WDDA). Quant au Vermont, sa loi comporte ce même critère de l'auto-administration à l'article 5283. Le premier alinéa de cet article prévoit que :

A physician shall not be subject to any civil or criminal liability or professional disciplinary action if the physician prescribes to the patient with a terminal condition medication to be self-administered for the purpose of hastening the patient's death and the physician affirms by documenting in the patient's medical record that all of the following occurred.

Avant d'aborder les conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie, il est important de souligner que, dans tous les systèmes, il existe une disposition qui permet à un médecin de refuser de participer à un suicide assisté ou de pratiquer une euthanasie. Cette disposition qui protège les convictions personnelles du médecin se retrouve à l'article 14 de la Loi belge, à l'article 15 de la Loi luxembourgeoise, à l'article 885, section 4.01 (4) de l'ODDA, à l'article 190 (1) d) du WDDA et à l'article 5285 de la Loi du Vermont. Pour ce qui est des Pays-Bas, il

---

<sup>206</sup> ODDA, art 3.14.

n'existe pas de disposition, dans la Loi néerlandaise, mais la règle est la même en vertu des débats parlementaires néerlandais<sup>207</sup>.

#### b) Conditions de fond

En ce qui concerne les conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie, il est possible de les diviser en deux catégories : les conditions de fond et les conditions de forme. Nous aborderons tout d'abord les conditions de fond. À cet égard, il existe une différence importante entre le système européen et le système américain. Dans le cas du système européen, le critère de validité central est celui de la souffrance insoutenable tandis que, dans le système américain, le critère est plutôt celui de la maladie en phase terminale.

Pour ce qui est du système européen, il convient d'examiner l'origine du critère de souffrance insoutenable, qui provient principalement de la jurisprudence néerlandaise. En effet, la Loi néerlandaise, loi d'origine du système européen, est le résultat de la codification de la jurisprudence néerlandaise en matière d'euthanasie<sup>208</sup>. Par exemple, en 1984, la Cour suprême des Pays-Bas avait jugé, dans l'arrêt *Schooheim*<sup>209</sup>, que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie peut se prévaloir de la défense de nécessité<sup>210</sup>. Cette défense s'applique lorsque le médecin doit

---

<sup>207</sup> Maurice Adams et Herman Nys, « Euthanasia in the Low Countries : Comparative Reflections on the Belgian and Dutch Euthanasia Act » dans Paul Schotsmans et Tom Meulenbergs, dir, *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*, Ethical Perspectives Monograph Series, Leuven, Peeters, 2005, 5 à la p 15 [Adams]. Johannes J.M. van Delden, « Pays-Bas – L'euthanasie comme ultime recours » dans Philippe Latellier, dir, *L'euthanasie*, vol 2, Perspectives nationales et européennes, Regard éthique, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2003, 67 à la p 69 [Van Delden].

<sup>208</sup> Adams, *supra* note 207 à la p 6.

<sup>209</sup> *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, No. 106.

<sup>210</sup> Heleen Weyers, « The Legalization of Euthanasia in the Netherlands : Revolutionary Normality » dans Stuart J. Youngner et Gerrit K. Kimsma, dir, *Physician-Assisted Death in Perspective : Assessing the Dutch Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, 34 à la p 43 [Weyers].

choisir entre protéger la vie de son patient et mettre fin à la souffrance de son patient. Le médecin n'est pas coupable d'homicide lorsque ce choix est justifiable de façon objective, et ce selon les critères émis par la profession médicale en matière d'éthique.

Dans cette optique, au cours des années, la jurisprudence néerlandaise a établi un critère de « due care », selon lequel le patient qui souhaite mourir doit avoir fait ce choix volontairement et de façon éclairée et avoir exprimé sa volonté clairement et de façon répétée<sup>211</sup>. Le patient doit également souffrir d'une douleur intolérable, impossible à apaiser ; toutefois, la maladie du patient n'a pas à être terminale. Ce critère de « due care » a été codifié à l'article 2 de la Loi néerlandaise.

La Loi belge prévoit des conditions de fond similaires en ce qui a trait à la légalité de l'euthanasie, à l'article 3(1) :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable<sup>212</sup>.

La Loi luxembourgeoise prévoit les mêmes conditions de validité à l'article 2. Il en ressort donc clairement que, dans le système européen, la personne qui souhaite avoir recours à l'euthanasie ou au suicide assisté doit souffrir de façon constante et insoutenable, et doit faire une demande

---

<sup>211</sup> *Ibid* à la p 43.

<sup>212</sup> Loi belge, art 3(1).

volontaire, réfléchie et répétée. Le critère de la souffrance insupportable inclut autant la souffrance physique que la souffrance psychique. En pratique, cette dernière pose toutefois des problèmes. Les tribunaux néerlandais se sont penchés sur la question, notamment dans l'arrêt *Chabot*<sup>213</sup>, où la Cour suprême des Pays-Bas a confirmé que des souffrances tant mentales que physiques peuvent justifier l'accès à l'euthanasie quoique, dans le cas de souffrances mentales, le médecin doit être « extrêmement prudent ». De surcroît, dans l'arrêt *Brongersma*<sup>214</sup>, la Cour suprême des Pays-Bas a jugé que l'euthanasie ne doit être permise que lorsque le patient souffre d'un trouble ou d'une maladie physique ou psychiatrique clairement identifiable sur le plan médical, et non pas dans les cas où le patient est « fatigué de la vie ».

D'autre part, il existe une différence importante entre le régime néerlandais et les régimes de la Belgique et du Luxembourg quant à l'âge du patient qui souhaite avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie. Ainsi, aux Pays-Bas, autant les mineurs que les personnes majeures ont accès à l'euthanasie. Dans le cas d'un patient âgé entre 16 et 18 ans, si le patient est jugé capable d'agir selon ses propres intérêts, le patient peut faire une demande à condition que son parent ou tuteur soit inclus dans le processus. De plus, un patient âgé entre 12 et 16 ans, qui remplit les mêmes conditions de capacité de raisonnement, peut aussi faire une demande d'euthanasie avec l'accord de ses parents ou tuteurs<sup>215</sup>. En revanche, seuls les mineurs émancipés et les majeurs ont accès à l'euthanasie en Belgique (article 3(1)) et seuls les majeurs ont accès au suicide assisté et à l'euthanasie au Luxembourg (article 2(1)). Néanmoins, en Belgique, plusieurs projets de loi ont été déposés devant le Parlement, dont la proposition de loi S. 5-1947<sup>216</sup>, présentée en janvier

---

<sup>213</sup> *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, No. 656 [*Chabot*].

<sup>214</sup> *Nederlandse Jurisprudentie* 2003, No. 167 [*Brongersma*].

<sup>215</sup> Adams, *supra* note 207 à la p 13-14.

<sup>216</sup> Proposition de loi S. 5-1947, Sénatrice Elke Sleurs, 25 janvier 2013.

2013 par la sénatrice Elke Sleurs. Le but de ces projets de loi est d'étendre l'accès à l'euthanasie aux mineurs.

Quant au système américain, le critère de validité principal est celui de la maladie en phase terminale. Selon l'article 1.01 (12) de l'ODDA, le terme « maladie en phase terminale », condition émise à l'article 2.01, signifie une maladie qui, selon le diagnostic du médecin, entraînera le décès du patient à l'intérieur des six prochains mois. L'ODDA émet aussi d'autres critères pour l'obtention, par un patient, d'une prescription d'une substance mortelle. Les critères suivants sont énoncés à l'article 2.01 :

(1) An adult who is capable, is a resident of Oregon, and has been determined by the attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication for the purpose of ending his or her life in a humane and dignified manner in accordance with ORS 127.800 to 127.897<sup>217</sup>.

Pour faciliter l'interprétation de ces critères, le terme « adult » signifie une personne âgée de 18 ans et plus (art. 1.01 (1) ODDA) et une personne « capable » est définie comme ayant la capacité de prendre des décisions relatives aux soins de santé et de les communiquer (art. 1.01 (3) ODDA). Par conséquent, dans le système américain, le suicide assisté est seulement offert aux personnes majeures. De même, contrairement au système européen, le patient américain qui souhaite avoir recours au suicide assisté n'a pas besoin de prouver qu'il souffre physiquement ou psychologiquement. En outre, le critère de la maladie en phase terminale du système américain a pour conséquence de limiter l'accès au suicide assisté à un plus petit nombre de personnes, celles qui mourront dans les six prochains mois, comparativement au système européen qui n'impose pas une telle limite.

---

<sup>217</sup> ODDA, art 2.01.

### c) Conditions de forme

Dans un autre ordre d'idées, toutes les lois portant sur le suicide assisté et l'euthanasie prévoient des conditions de forme qui accompagnent les conditions de fond évoquées précédemment. Quelques conditions de forme sont présentes dans toutes les lois, mais généralement, les conditions de forme prévues dans les lois du système européen sont différentes de celles du système américain. Ces différences sont principalement attribuables à la méthode d'auto-administration de la substance mortelle préconisée par le système américain, méthode qui requiert des garanties procédurales différentes de la méthode plus générale de l'euthanasie administrée par le médecin en milieu hospitalier, condition qui caractérise le système européen. La seule condition de forme qui est partagée par toutes les lois est l'obligation de consulter un deuxième médecin indépendant<sup>218</sup>.

Les principales conditions de forme du système européen, qui doivent être remplies par le médecin, sont les suivantes :

- 1- Informer le patient de sa situation et de ses perspectives ;
- 2- Arriver à la conclusion avec le patient qu'il n'y a pas d'autres alternatives raisonnables.

Dans la Loi belge et la Loi luxembourgeoise, il y a aussi trois autres conditions supplémentaires :

- 3- Procéder à plusieurs entretiens espacés d'un délai raisonnable afin de s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient ;

---

<sup>218</sup> Art. 2e) Loi néerlandaise, Art. 3(2)3 Loi belge, Art. 2(2)3 Loi luxembourgeoise, Art. 3.02 ODDA, Art. 050 WDDA et Art. 7 Loi du Vermont.

- 4- Avec la permission du patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe soignante et les proches du patient ;
- 5- S'assurer que le patient a eu la chance, s'il le désire, de s'entretenir de sa demande avec ses proches.

Les conditions de forme sont énoncées à l'article 2 de la Loi néerlandaise, à l'article 3(2) de la Loi belge et à l'article 2(2) de la Loi luxembourgeoise. De surcroît, la Loi belge prévoit aussi des conditions supplémentaires dans le cas où le patient en cause ne souffrirait pas d'une maladie en phase terminale, à l'article 3(3) :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie<sup>219</sup>.

Quant au système américain, les conditions de forme sont essentiellement les mêmes dans les trois états, étant donné que l'État de Washington et le Vermont ont calqué leur loi sur celle de l'Oregon. L'ODDA prévoit plusieurs garanties procédurales visant à éviter les abus. Premièrement, le patient doit soumettre deux requêtes orales et une requête écrite en l'espace de 15 jours (art. 3.06 ODDA). La requête doit être signée par deux témoins attestant que le patient est capable, qu'il agit de façon volontaire et qu'il n'est pas forcé de signer, et des deux témoins, l'un doit être une personne qui ne possède aucun lien de parenté avec le patient ni aucun intérêt

---

<sup>219</sup> Loi belge, art 3(3).

matériel lié à la mort du patient (art. 2.02 ODDA). Deuxièmement, le médecin qui accède à la demande du patient doit respecter les conditions suivantes avant d'émettre la prescription :

1. déterminer que le patient souffre d'une maladie en phase terminale, est capable et a volontairement déposé sa demande ;
2. informer le patient du diagnostic et du pronostic médicaux, du risque potentiel associé à l'absorption de la médication concernée, des résultats probables de cette absorption et des autres possibilités réalistes qui s'offrent à lui, y compris mais pas uniquement des soins de confort, des soins palliatifs et un contrôle de la douleur ;
3. adresser le patient à un médecin consultant pour qu'il confirme le diagnostic, les facultés mentales et la volonté du patient ;
4. envoyer le patient à un service d'aide psychosociale si nécessaire ;
5. exiger du patient qu'il avertisse un proche parent ;
6. informer le patient qu'il a le droit d'annuler sa demande à tout moment et lui offrir la possibilité de le faire à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du dépôt de la requête orale initiale ;
7. vérifier juste avant la rédaction de la prescription que le patient a pris sa décision en connaissance de cause ;
8. consigner toute la procédure dans le dossier médical ;
9. vérifier que toutes les mesures requises sont prises en conformité avec la loi ;
10. respecter les exigences de la Division de la santé en matière de recueil d'informations<sup>220</sup>.

Par ailleurs, si le médecin est d'avis que le patient souffre peut-être d'un trouble psychiatrique ou psychologique ou de dépression, il doit référer le patient à un service d'aide psychosociale. Aucune prescription ne doit être émise tant que le médecin n'est pas certain que le patient ne souffre pas d'un trouble qui puisse affaiblir ses facultés mentales (art. 3.03).

---

<sup>220</sup> Traduction, dans Lois Snyder, « Etats-Unis – Euthanasie, suicide assisté et droit de mourir » dans Philippe Latellier, dir, *L'euthanasie*, vol 2, Perspectives nationales et européennes, Regard éthique, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2003, 111 à la p 114.

#### d) Régimes en cas d'inconscience

Les régimes du système européen, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg, sont allés plus loin et ont même incorporé un régime en cas d'inconscience dans leur loi portant sur le suicide assisté et l'euthanasie. La Loi néerlandaise prévoit, à l'article 2(2), que toute personne âgée de 16 ans ou plus peut rédiger une déclaration écrite exprimant ses souhaits en cas d'inconscience. Le médecin peut administrer l'euthanasie à cette personne inconsciente s'il respecte les critères du « due care »<sup>221</sup>. De même, la Loi belge prévoit un système en cas d'inconscience. Tout citoyen majeur peut rédiger une déclaration anticipée demandant une euthanasie en cas « d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science » en vertu de l'article 4 de la Loi belge. Dans cette déclaration, le citoyen peut charger une personne de confiance de faire part au médecin des volontés du patient inconscient. De plus, au Luxembourg, selon l'article 4.3, un patient peut également rédiger une demande d'euthanasie dans le cadre des dispositions de fin de vie prévues aux articles 4.1 et 4.2, que le médecin peut exécuter s'il constate :

- 1) que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- 2) qu'il est inconscient,
- 3) que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science<sup>222</sup>.

Il n'existe pas de tels régimes en cas d'inconscience dans les états du système américain.

---

<sup>221</sup> Adams, *supra* note 207 à la p 19.

<sup>222</sup> Loi luxembourgeoise, art 4.3.

#### e) Commissions de contrôle et de surveillance

Afin de protéger la population contre les risques inhérents à la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie, les lois des différents régimes étrangers ont créé des commissions pour surveiller et contrôler l'application des lois. Chaque état a adopté sensiblement la même procédure, c'est-à-dire imposer une obligation pour le médecin qui pratique un suicide assisté ou une euthanasie de rédiger un rapport, qui est ensuite soumis pour examen à la Commission de surveillance et de contrôle. Chaque commission est légèrement différente.

Premièrement, aux Pays-Bas, afin d'assurer que les conditions émises par l'article 2 de la Loi néerlandaise soient respectées, le gouvernement a mis en place cinq commissions régionales de contrôle.<sup>223</sup> Ces commissions de contrôle ont, elles aussi, émis des conditions en matière d'euthanasie. À titre d'exemple, la relation entre le patient et le médecin doit être suffisamment proche pour que le médecin soit en mesure d'évaluer l'état de santé du patient en fonction du critère de « due care »<sup>224</sup>. De même, les commissions ont également établi une condition au sujet du critère f. de l'article 2 de la Loi néerlandaise, qui énonce que le médecin doit procéder à l'euthanasie avec précaution. Selon les directives des commissions, le médecin doit employer la méthode, la substance et le dosage approprié tel que prescrit par les lignes directrices de la profession médicale, et le médecin doit demeurer auprès du patient jusqu'à ce que la mort s'ensuive, au cas où il y aurait des complications<sup>225</sup>.

---

<sup>223</sup> Van Delden, *supra* note 207 à la p 72.

<sup>224</sup> Carter, *supra* note 18 au para 463.

<sup>225</sup> *Ibid.*

Par ailleurs, la Loi néerlandaise oblige le médecin à soumettre un rapport au médecin légiste, qui, par la suite, doit enquêter sur la mort du patient afin de s'assurer que le rapport du médecin est exact et complet, pour finalement prévenir la commission régionale pertinente<sup>226</sup>. Aux Pays-Bas, les cinq commissions régionales examinent tous les cas d'euthanasie et chacune est composée d'au moins trois membres, incluant un médecin, un légiste et un éthicien<sup>227</sup>. Si la commission juge que les conditions prévues par la Loi néerlandaise n'ont pas été respectées, le dossier est transmis au procureur, qui ouvre à son tour une enquête judiciaire<sup>228</sup>. Les conclusions des commissions sont publiées sur Internet afin de faire preuve de transparence<sup>229</sup>. Les commissions ont également l'obligation de publier un rapport annuel conjoint, dans lequel sont rapportés le nombre de cas d'euthanasie ainsi que la nature des cas, les circonstances et les opinions en cause<sup>230</sup>.

Deuxièmement, la Belgique a également un mécanisme de surveillance. En vertu de l'article 7 de la Loi belge, le médecin qui procède à une euthanasie doit soumettre un rapport à l'organisme de contrôle, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCE). Celle-ci est constituée de 16 membres, incluant des médecins, des légistes et des représentants de groupes habitués à gérer des cas liés aux patients en phase terminale. La CFCE détermine si les conditions émises par la Loi belge ont été respectées, et si le deux tiers des membres juge que les conditions n'ont pas été remplies, le dossier est transmis au procureur du Roi, qui pourra tenter des poursuites pénales (article 8).

---

<sup>226</sup> Adams, *supra* note 207 à la p 30.

<sup>227</sup> Van Delden, *supra* note 207 à la p 72.

<sup>228</sup> *Ibid* à la p 73.

<sup>229</sup> Carter, *supra* note 18 au para 466.

<sup>230</sup> *Ibid*, au para 467.

De plus, la CFCE a également pour obligation de soumettre un rapport biennal au Parlement belge, rapport comportant des statistiques, une évaluation de l'application de la Loi belge et des recommandations menant vers une nouvelle loi ou sur l'exécution de la Loi belge (article 9). À ce jour, la CFCE n'a proposé aucune nouvelle initiative législative dans son rapport biennal<sup>231</sup>. Néanmoins, plusieurs projets de loi visant à modifier la Loi belge ont été déposés devant le Parlement belge, notamment pour étendre l'euthanasie aux mineurs, tel que mentionné précédemment.

Troisièmement, au Luxembourg, l'organisme chargé de surveillance et de contrôle dans le cadre de la Loi luxembourgeoise sur le suicide assisté et l'euthanasie est la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE). Cet organisme, composé de médecins, de juristes et de membres d'associations visant la protection des droits des patients, a pour tâche de déterminer si les conditions de la Loi luxembourgeoise ont été respectées<sup>232</sup>. Les médecins qui participent à des suicides assistés ou à des euthanasies doivent fournir un rapport à la CNCE dans les quatre jours suivant la mort du patient, en vertu de l'article 5. Si la CNCE juge à la majorité que les conditions n'ont pas été respectées, elle doit prévenir le Procureur général, qui entamera des poursuites contre le médecin (article 8).

Quatrièmement, en Oregon, le Department of Human Services de l'Oregon Health Division est l'organisme chargé de s'assurer que les conditions émises par l'ODDA soient respectées. Les médecins qui émettent des prescriptions de substances mortelles, en conformité avec l'ODDA,

---

<sup>231</sup> Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, « Cinquième rapport aux Chambres législatives (Années 2010-2011) », en ligne : Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement <<http://www.health.belgium.be/euthanasie>>.

<sup>232</sup> Loi luxembourgeoise, art 6.

doivent soumettre des renseignements détaillés au Department of Human Services, afin de démontrer que les garanties procédurales ont été respectées<sup>233</sup>. En ce qui concerne l'État de Washington et le Vermont, il n'existe pas suffisamment de documentation pour décrire avec certitude le processus de surveillance de l'application de leur loi respective, étant donné la promulgation relativement récente de ces deux lois. Contrairement aux régimes du système européen, le mécanisme de contrôle et de surveillance ne se retrouve pas dans la législation même dans les régimes du système américain.

f) Tentative d'invalidation de la légalisation du suicide assisté

En dernière analyse, bien que le suicide assisté et l'euthanasie aient été légalisés dans ces différents états étrangers, le bien-fondé de cette légalisation est loin de faire l'unanimité. Nous abordons ainsi une décision de la Cour suprême des Etats-Unis, l'arrêt *Gonzales v. Oregon*<sup>234</sup>, qui illustre bien la division qui règne à ce sujet. Il s'agit d'une tentative d'invalider l'ODDA. Le débat entourant l'arrêt *Gonzales v. Oregon* porte principalement sur la *Controlled Substances Act*<sup>235</sup>. En effet, en 2001, le Procureur général des Etats-Unis, John Ashcroft, émet une règle d'interprétation selon laquelle l'assistance au suicide ne constitue pas un objectif médical légitime. Par conséquent, un médecin qui prescrit, dans ce but, une substance fédérale contrôlée, enfreint la *Controlled Substances Act*. L'État d'Oregon a par la suite contesté cette règle d'interprétation, avec succès, devant la U.S. District Court for the District of Oregon, puis en appel devant la Ninth Circuit Court of Appeals et, finalement, devant la Cour suprême des Etats-Unis. Dans une décision de 6 contre 3, la Cour suprême des Etats-Unis a jugé que la *Controlled*

---

<sup>233</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 130.

<sup>234</sup> *Gonzales v. Oregon*, 546 US 243 (2006) [Gonzales].

<sup>235</sup> *Controlled Substances Act*, Pub L 91-513, 84 Stat 1242.

*Substances Act* ne permettait pas au Procureur général des Etats-Unis d'annuler les dispositions des lois d'un État, dispositions qui déterminent l'usage légitime de médicaments qui ne sont pas eux-mêmes prohibés par des lois fédérales<sup>236</sup>. Le juge Anthony Kennedy, au nom de la majorité de la Cour suprême des Etats-Unis, a aussi déclaré que la déférence *Chevron*<sup>237</sup>, était inapplicable en l'espèce et ne permettait donc pas au Procureur général des Etats-Unis de se servir d'une règle interprétative pour interdire l'utilisation de substances contrôlées dans le cadre du suicide assisté.

### **3. Le système jurisprudentiel : le Montana**

Bien que l'État du Montana n'ait pas légiféré en faveur du suicide assisté, une décision de la Cour suprême du Montana a décriminalisé l'assistance au suicide au Montana. En effet, dans la décision *Baxter v. Montana*<sup>238</sup>, la Cour suprême du Montana a déclaré que le consentement d'un patient en phase terminale pouvait constituer une défense dans le cas où un médecin serait accusé d'homicide pour avoir aidé un patient à se donner la mort. Dans cette décision, un groupe composé d'une organisation sans but lucratif, d'un patient en phase terminale et de médecins, conteste la constitutionnalité des dispositions législatives du Montana en matière d'homicide, lorsqu'elles s'appliquent aux médecins qui aident des patients, mentalement capables et en phase terminale, à se donner la mort<sup>239</sup>.

En première instance, la District Court du Montana a jugé que les patients en phase terminale avaient le droit de mourir dans la dignité, en vertu de leurs droits à la dignité et à la vie privée,

---

<sup>236</sup> *Gonzales*, supra note 234.

<sup>237</sup> *Chevron U.S.A. Inc. v. Natural Resources Defense Council, Inc.*, 467 US 837 (1984).

<sup>238</sup> *Baxter*, supra note 9.

<sup>239</sup> *Carter*, supra note 18 au para 614.

protégés par la Constitution du Montana. La Cour a également affirmé que les intérêts avancés par le Montana, tels la préservation de la vie humaine, la protection des personnes vulnérables et la protection de l'intégrité et de l'éthique de la profession médicale, n'étaient pas suffisamment importants ou strictement définis pour justifier une limite aux droits des patients<sup>240</sup>.

Ensuite, en appel, la Cour suprême du Montana a déclaré que, bien que l'assistance au suicide ne soit pas garantie par la Constitution du Montana : « we find nothing in Montana Supreme Court precedent or Montana statutes indicating that physician aid in dying is against public policy »<sup>241</sup>.

Cette décision de la Cour suprême du Montana permet donc le suicide assisté au Montana, et cela constitue l'état du droit actuel au Montana. Étant donné que cet arrêt date de 2009, il reste à voir si l'État du Montana prendra des mesures pour appuyer ou contrer cette décision.

#### **4. Comparaisons entre les trois grands systèmes**

Les trois grands systèmes permettant le suicide assisté ou l'euthanasie, c'est-à-dire le système fondé sur le Code pénal, le système comportant une législation spécifique et le système jurisprudentiel, présentent plusieurs similitudes et différences. Tout d'abord, le système fondé sur le Code pénal, la Suisse, se distingue des autres systèmes de deux façons. Premièrement, le suicide assisté est disponible non pas seulement pour les résidents de la Suisse, mais aussi pour les citoyens de pays étrangers. Cette caractéristique est unique à la Suisse. Tous les régimes issus du système comportant une législation spécifique restreignent l'accès au suicide assisté et à

---

<sup>240</sup> *Ibid.*

<sup>241</sup> *Baxter, supra* note 9 au para 49.

l'euthanasie à leurs propres résidents. Quant au système jurisprudentiel, il est difficile de déterminer si le régime du Montana est ouvert à ses propres résidents seulement, étant donné que la décriminalisation provient uniquement d'un arrêt de la Cour suprême du Montana. Nous pensons toutefois qu'il est probable que ce soit le cas, vu la tendance des autres régimes américains. Deuxièmement, le régime suisse présente une seconde particularité, c'est-à-dire le fait que la pratique du suicide assisté ait principalement lieu dans le cadre d'organisations d'aide à la mort. De telles organisations n'existent pas dans les autres états ayant légalisé le suicide assisté et l'euthanasie.

Du fait que la Suisse et le Montana ne possèdent aucune loi réglementant le suicide assisté, ils présentent une caractéristique commune : il n'existe pas de conditions de validité strictes du suicide assisté, comme c'est le cas dans les autres régimes. Il n'y a pas de conditions de forme, tels qu'un délai d'attente, une procédure écrite, etc. Les régimes de la Suisse et du Montana comportent chacun une seule condition : en Suisse, il s'agit de la condition du motif non-égoïste, alors qu'au Montana, il s'agit du critère de la maladie en phase terminale.

Par ailleurs, nous pouvons conclure de cette brève analyse des différents régimes étrangers que les régimes des pays européens (la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg), qui permettent le suicide assisté ou l'euthanasie sont généralement plus souples et plus permissifs que les régimes américains. Par exemple, la Suisse émet, comme seule véritable condition juridique, le motif non-égoïste, alors que d'autres régimes comme les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg permettent le suicide assisté et l'euthanasie, même lorsque le patient est inconscient. À l'opposé, les régimes américains (l'Oregon, l'État de Washington et le Vermont) sont plus stricts. En imposant le critère de la maladie en phase terminale, ils excluent tous les patients

dont l'espérance de vie est de plus de six mois, peu importe s'ils souffrent. Les conditions de forme sont aussi plus élaborées dans le système américain, à cause notamment des délais d'attente et de la procédure écrite qui inclut des témoins.

Ayant étudié l'état général du droit en matière de suicide assisté et d'euthanasie à l'étranger, nous examinons ensuite l'efficacité des garanties juridiques et procédurales. Ces garanties, qui visent généralement à protéger les personnes vulnérables contre les abus, fonctionnent-elles en pratique ? Nous étudions donc leur efficacité dans l'État de l'Oregon et aux Pays-Bas, endroits où le suicide assisté est légal depuis suffisamment longtemps pour que plusieurs études aient été conduites à ce sujet. Bien qu'il aurait été intéressant et pertinent de discuter de l'efficacité des processus législatifs d'autres régimes abordés en première partie, tels que ceux de la Suisse, de la Belgique et du Luxembourg, les recherches effectuées à ce sujet n'existent pas encore en raison du caractère récent de la légalisation ou s'avèrent insuffisantes pour tirer des conclusions.

## **B. Efficacité des garanties juridiques et procédurales**

Nous avons discuté précédemment des systèmes législatifs en matière de suicide assisté et d'euthanasie. L'argument principal des détracteurs en matière de suicide assisté et d'euthanasie est celui du « slippery slope ». Plusieurs craignent en effet que le fait de permettre certaines formes d'euthanasie ou de suicide assisté aurait pour conséquence d'entraîner la mort de personnes vulnérables qui ne désirent pas vraiment mettre fin à leur jour. Au-delà du débat éthique, nous voudrions examiner quelques études portant sur le suicide assisté et l'euthanasie en

pratique en Oregon et aux Pays-Bas. Comme de nombreuses études<sup>242</sup> portent sur ce sujet, nous nous contenterons d'un bref résumé de la situation générale de chaque région.

## 1. Pays-Bas

Aux Pays-Bas, de nombreuses études ont été effectuées au sujet de l'euthanasie<sup>243</sup>. La plupart des chercheurs s'entendent pour dire que, malgré les nombreux efforts et mécanismes mis en place par le gouvernement néerlandais, il existe encore plusieurs problèmes en matière d'euthanasie<sup>244</sup>. Il est important de souligner ici que les gouvernements, les médecins, les chercheurs, etc. en la matière n'ont jamais tenté de cacher ces problèmes et cherchent activement à trouver des solutions pour résoudre ceux-ci. Le niveau de transparence des autorités en matière d'euthanasie est excellent. En effet, plusieurs études<sup>245</sup> sur l'euthanasie aux Pays-Bas ont été publiées en anglais, leur donnant ainsi une portée internationale.

Les études consultées font ressortir plusieurs problèmes. Une des plus importantes études ayant eu lieu aux Pays-Bas en matière d'euthanasie est celle tenue par la Rummelink Commission<sup>246</sup>, créée par le gouvernement néerlandais en 1990. Cette commission a procédé à des recherches partout dans le pays, au sujet de la fréquence et des circonstances entourant l'euthanasie, le suicide assisté et les décisions de fin de vie. Afin de s'assurer de la coopération des médecins,

---

<sup>242</sup> Nous avons recensé plus d'une vingtaine d'études à ce sujet. Nous discuterons de certaines dans le cadre de cette section.

<sup>243</sup> Voir note précédente.

<sup>244</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 37.

<sup>245</sup> *Ibid.*

<sup>246</sup> Paul van der Maas et al, *Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life : An Investigation*, Amsterdam, Elsevier, 1992.

l'information recueillie ne pouvait pas être transmise au procureur public. De telles études ont aussi eu lieu en 1995, 2001 et 2005.

Premièrement, l'un des problèmes principaux identifiés dans le système néerlandais est que ce dernier dépend lourdement du rapport soumis par le médecin qui pratique une euthanasie<sup>247</sup>. Si le médecin qui pratique une euthanasie rapporte la mort de son patient comme une mort naturelle, il n'existe aucune façon de vérifier si le médecin a véritablement souscrit au critère de « due care » énoncé par la jurisprudence et la Loi néerlandaise. Le médecin échappe effectivement au contrôle des autorités compétentes et rien ne l'empêche de répéter ces actes.

Selon plusieurs études<sup>248</sup>, avant la légalisation formelle de l'euthanasie en 2002, la plupart des cas d'euthanasie n'étaient pas rapportés ; seuls 54% des cas étaient rapportés en 2001, même si les médecins pratiquant l'euthanasie ne faisaient pas l'objet de poursuites criminelles. À la suite de l'avènement de la Loi néerlandaise, la proportion des cas d'euthanasie rapportés a beaucoup augmenté. En 2005, on estime que 80% de cas étaient rapportés<sup>249</sup>. De plus, pour ce qui est des cas non rapportés, de nombreux médecins ayant pratiqué des euthanasies jugeaient que leurs gestes visaient à apaiser la souffrance plutôt que de mettre fin à la vie de leur patient, souvent à l'aide de morphine, et non avec des substances généralement utilisées en matière d'euthanasie, tels des barbituriques et des bloqueurs neuromusculaires<sup>250</sup>. Ces médecins ont donc rapporté la mort de leur patient comme mort naturelle non pas parce qu'ils voulaient éviter de remplir les

---

<sup>247</sup> Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, « The Unreported Cases » dans Stuart J. Youngner et Gerrit K. Kimsma, dir, *Physician-Assisted Death in Perspective : Assessing the Dutch Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, 123 à la p 123.

<sup>248</sup> Bregje D. Onwuteaka-Philipsen et al, « Dutch Experience of Monitoring Euthanasia » (2005) 331 *British Medical Journal* 692.

<sup>249</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 38.

<sup>250</sup> Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, Evaluation-Summary: Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act by Bregje Onwuteaka-Philipsen et al (22 mai 2007).

conditions de « due care » émises par la Loi néerlandaise, mais parce qu'ils croyaient sincèrement que cette mort constituait une mort naturelle puisque la substance administrée visait principalement à soulager la douleur. Plusieurs médecins jugeaient également qu'aider un patient à mourir était un geste de nature privée entre le médecin et son patient ; par conséquent, l'État ne devait pas intervenir<sup>251</sup>.

Deuxièmement, aux Pays-Bas, un autre problème grave en matière d'euthanasie est l'absence de requête expresse du patient à mourir. Selon des études<sup>252</sup>, le taux d'euthanasie sans consentement était estimé à 0,4% en 2005, ce qui équivaut à environ 500 morts. Néanmoins, ces mêmes études démontrent également que ces morts n'étaient pas moralement répréhensibles, mêmes si elles constituent des crimes. En grande majorité, ces patients étaient soit incapables de participer au processus décisionnel ou de communiquer leur choix, ou bien inconscients. Il ne semble y avoir aucune preuve démontrant que le système législatif néerlandais ou la pratique médicale néerlandaise tolère l'interruption de la vie d'un patient qui avait exprimé, ou que l'on pouvait présumer, son désir de continuer à vivre<sup>253</sup>.

Pourtant, d'autres études soulèvent des questions troublantes. Par exemple, en 2001, une étude démontrait que 16% des patients euthanasiés sans requête expresse à cet effet étaient compétents et aucune explication satisfaisante n'avait été fournie<sup>254</sup>. Une telle situation laisse soupçonner un certain paternalisme de la part de médecins qui auraient tendance à mettre de côté la volonté de

---

<sup>251</sup> David C. Thomasma et al, *Asking to Die: Inside the Dutch Debate About Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998 à la p 290-291.

<sup>252</sup> Agnes van der Heide, « End-of-Life Practices in the Netherlands Under the Euthanasia Act » (2007) 365 *New England Journal of Medicine* 1961.

<sup>253</sup> John Griffiths et al, *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998 à la p 54-56 [Griffiths].

<sup>254</sup> Antonia Grundmann, *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*, Aachen, Shaker, 2004 à la p 210.

leurs patients, violant ainsi l'autonomie de ces derniers. Il n'existe presque aucun cas où de telles situations sont rapportées officiellement, ce qui indique un manque de transparence et un risque inhérent d'abus. Selon les statistiques, il semblerait toutefois que le nombre d'euthanasies pratiquées sans requête du patient ait diminué au cours des années, ce qui pourrait contredire l'argument du « slippery slope », selon lequel la légalisation de l'euthanasie entraînerait plus d'abus<sup>255</sup>.

Troisièmement, un autre problème se présente, en ce qui concerne le consentement, et ce dans deux domaines : la pédiatrie et la psychiatrie. Est-il moralement acceptable de mettre fin à la vie de nouveau-nés et de jeunes enfants qui souffrent, mais qui sont incapables d'exprimer leur volonté ? Aux Pays-Bas, il existe des lignes directrices tel le Protocole de Groningen<sup>256</sup>, qui émet des lignes directrices en matière d'euthanasie chez les nouveau-nés. Toutefois, la question demeure épineuse et la Loi néerlandaise n'offre pas de solution à ce problème.

Quant aux patients atteints d'un trouble psychiatrique, ont-ils le droit d'avoir recours à l'euthanasie, alors que leur compétence est généralement considérée comme affaiblie en raison de leurs troubles mentaux ? De surcroît, comment démontrer que le patient souffre d'une douleur insoutenable, condition exigée par la Loi néerlandaise ? Les opinions sont partagées à ce sujet mais il semble que les tribunaux néerlandais acceptent l'euthanasie, exceptionnellement, en matière de souffrance psychologique. Selon un rapport de 1997 de la Dutch Association for

---

<sup>255</sup> John Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002 [Keown].

<sup>256</sup> Eduard Verhagen and Pieter J.J. Sauer, « The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns » (2005) 352 *New England Medical Journal* 959.

Psychiatry<sup>257</sup>, il faudrait, dans le cas d'un patient atteint d'un trouble mental, que son désir d'avoir recours à l'euthanasie soit exprimé de façon répétée et sur une période de plusieurs mois pour être valide.

La Cour suprême des Pays-Bas, dans les arrêts *Chabot*<sup>258</sup> et *Brongersma*<sup>259</sup>, a admis la possibilité de permettre l'euthanasie chez les patients atteints de troubles mentaux, dans certaines circonstances. La Cour suprême des Pays-Bas, dans l'arrêt *Chabot*, conseille une très grande prudence de la part du médecin. La Cour considère qu'une consultation par un médecin indépendant du patient dont la souffrance est psychologique, est nécessaire sur le plan légal. Cette consultation sert à démontrer que la souffrance est insoutenable, qu'il n'existe aucune alternative raisonnable, et surtout, que la requête du patient est volontaire et réfléchie<sup>260</sup>.

## 2. Oregon

En Oregon, le système en matière de suicide assisté présente certains des mêmes problèmes observés aux Pays-Bas. En premier lieu, on y retrouve le même problème en ce qui a trait au rapport fait par le médecin, seule source d'information sur l'existence d'un suicide assisté en pratique. Le gouvernement de l'Oregon a souligné ce problème dans un rapport : « Under-reporting cannot be assessed, and noncompliance is difficult to assess because of the possible repercussions for noncompliant physicians reporting data to the division »<sup>261</sup>. Toutefois, en 1999,

---

<sup>257</sup> Griffiths, *supra* note 253 à la p 145.

<sup>258</sup> *Chabot*, *supra* note 213.

<sup>259</sup> *Brongersma*, *supra* note 214.

<sup>260</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 50.

<sup>261</sup> Amy D. Sullivan et al, « Legalized Physician-assisted Suicide in Oregon: The Second Year » (2000) 342 *New England Journal of Medicine* 603.

le gouvernement de l'Oregon a introduit une règle qui oblige les pharmaciens à rapporter les prescriptions de substances mortelles dans les dix jours, ce qui pourrait permettre d'identifier les médecins qui négligent de rapporter les suicides assistés<sup>262</sup>. De plus, certaines règles de la Oregon Board of Medical Examiners obligent les médecins de rapporter les cas de manque de professionnalisme de leurs collègues, ce qui inclut le non-respect des conditions émises par l'ODDA<sup>263</sup>.

Par ailleurs, le Dr. Hendin déplore le manque d'informations au sujet du nombre de suicides assistés. Il déplore l'absence de sondages et d'entrevues auprès de professionnels de la santé, tels que ceux disponibles aux Pays-Bas<sup>264</sup>.

En second lieu, contrairement aux Pays-Bas, plusieurs détracteurs du système en Oregon critiquent le fait que les patients magasinent afin de trouver un médecin qui voudra bien leur prescrire une substance mortelle<sup>265</sup>. Ce problème s'explique notamment en raison d'un important segment de la profession médicale qui s'oppose à l'assistance au suicide. Les patients sont donc obligés de demander à plusieurs médecins avant d'en trouver un qui accepte de les aider. Cela a comme effet néfaste que près de 27% des patients qui font une demande de suicide assisté connaissent leur médecin depuis moins d'un mois<sup>266</sup>, alors qu'aux Pays-Bas, les médecins connaissent généralement leurs patients depuis de nombreuses années<sup>267</sup>. Les médecins en Oregon sont donc beaucoup moins en mesure d'aider leur patient à prendre une décision éclairée.

---

<sup>262</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 140.

<sup>263</sup> *Ibid* à la p 141.

<sup>264</sup> Carter, *supra* note 18 au para 406.

<sup>265</sup> Keown, *supra* note 255 à la p 180.

<sup>266</sup> Linda Ganzini et al, « Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act » (2000) 342 *New England Journal of Medicine* 561.

<sup>267</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 19.

En troisième lieu, les détracteurs du système soulignent également que le système est trop permissif car il n'inclut pas le critère de « souffrance insoutenable »<sup>268</sup>. Ce critère, présent dans la Loi néerlandaise et dans la Loi belge, est absent du système en Oregon. Néanmoins, l'ODDA s'applique seulement aux patients souffrant d'une maladie terminale, ce qui est beaucoup plus restrictif, en pratique, que le critère de souffrance. En outre, le critère de souffrance est subjectif, ce qui laisse beaucoup de place à l'interprétation, alors que le critère du patient en phase terminale est objectif, car il peut être déterminé de façon empirique<sup>269</sup>.

En quatrième lieu, un autre problème présenté par l'ODDA est la difficulté pour les médecins de dépister des troubles psychiatriques chez les patients qui demandent le suicide assisté<sup>270</sup>. L'ODDA oblige les médecins qui soupçonnent un trouble psychiatrique de référer leur patient à un psychiatre pour évaluation avant d'accorder la prescription. Pourtant, les médecins sont-ils aptes à reconnaître ce besoin ? Des études laissent entendre que ce ne serait pas le cas car plusieurs médecins croient qu'une humeur dépressive est un symptôme normal d'un patient atteint d'une maladie en phase terminale. Selon ces études, des patients inéligibles pour cause de troubles mentaux, selon l'ODDA, recevraient quand même des prescriptions<sup>271</sup>.

En cinquième lieu, l'ODDA s'applique seulement aux adultes, ce qui est problématique en matière de pédiatrie. En effet, des statistiques démontrent qu'en matière de cancer, les enfants se retrouvent devant le dilemme du suicide assisté beaucoup plus souvent que les adultes<sup>272</sup>. De

---

<sup>268</sup> Keown, *supra* note 255 à la p 179.

<sup>269</sup> Lewy, *supra* note 190 à la p 142.

<sup>270</sup> *Ibid* à la p 143.

<sup>271</sup> Linda Ganzini et al, « Prevalence of Depression and Anxiety in Patients Requesting Physicians' Aid in Dying: Cross-sectional Survey » (2008) 337 *British Medical Journal* 973 à la p 973-975.

<sup>272</sup> Joanne M. Hilden, « Attitudes and Practices Among Pediatric Oncologists Regarding End-of-Life Care: Results of the 1998 American Society of Clinical Oncology Survey » (2001) 19 *Journal of Clinical Oncology* 208.

plus, dans le domaine de la médecine néonatale, l'ODDA n'offre aucune aide légale pour gérer des dilemmes très difficiles, dans le cas notamment des bébés nés prématurément.

Enfin, aux Etats-Unis, le système de santé est très différent de celui qui prévaut aux Pays-Bas, où tous les citoyens sont assurés en matière de soins de santé. Les patients néerlandais n'ont pas à se préoccuper du coût de leurs soins médicaux, alors que c'est le cas pour plusieurs citoyens moins fortunés de l'Oregon. Les patients de l'Oregon en phase terminale pourraient se sentir obligés d'avoir recours au suicide assisté pour des raisons financières, notamment pour diminuer le fardeau économique de leurs proches.

## **Conclusion**

Pour conclure, nous pouvons tirer plusieurs leçons des régimes étrangers étudiés. Tout d'abord, tel que mentionné en introduction, notre projet de réforme s'inscrit dans un processus de légalisation du suicide assisté. Par conséquent, il nous est impossible d'adopter un régime sans loi comme celui de la Suisse ou un régime jurisprudentiel comme celui du Montana. L'inspiration que nous apporte les systèmes étrangers se limite donc aux six régimes issus du système légal.

Ensuite, notre projet de réforme doit bien définir les concepts de suicide assisté et d'euthanasie. Comme le démontrent l'étude des législations étrangères, il n'y a pas de consensus au niveau international sur la définition de ces deux concepts clés. De plus, il nous faut faire un choix : doit-on légaliser l'euthanasie, le suicide assisté ou les deux ? En effet, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg ont légalisé les deux pratiques, alors que les trois états américains (Oregon,

Washington et Vermont) permettent uniquement le suicide assisté. Dans le même ordre d'idées, voulons-nous adopter une loi qui privilégie un suicide assisté dans un milieu hospitalier, comme c'est le cas dans le système européen, ou plutôt dans un milieu familial (à la maison), comme c'est le cas dans le système américain ? Enfin, faut-il adopter des conditions de forme strictes, telles que celles en vigueur dans le système américain, ou bien des conditions de forme plus souples, qui caractérisent le système européen ? Au-delà de ces trois choix fondamentaux, il y a néanmoins deux caractéristiques, partagées par tous les régimes du système légal, que nous devons incorporer dans notre projet de loi. Il s'agit premièrement de la liberté du médecin de refuser de pratiquer un suicide assisté ou une euthanasie. Cette condition est essentielle afin de respecter la liberté de conscience des membres de la profession médicale. Deuxièmement, il s'agit de la création d'un organisme de contrôle et de surveillance. Présent sous quelque forme dans la plupart des régimes, cet organisme constitue le minimum requis pour protéger la population des abus que peut engendrer la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie.

Quant aux leçons apportées par notre étude de l'efficacité des garanties juridiques et procédurales, nous avons identifié quatre problèmes principaux : le rapport du médecin, les troubles psychologiques, l'euthanasie des mineurs, et l'euthanasie non volontaire ou involontaire. En premier lieu, le problème présenté par tous les régimes est celui du rapport du médecin. En effet, si un médecin pratique une euthanasie ou un suicide assisté et ne le rapporte pas, l'organisme de contrôle n'a aucun moyen de déterminer si les conditions de validité émises par la loi ont été respectées, puisque cet organisme ne sait même pas que le suicide assisté ou l'euthanasie a eu lieu. Les lois légalisant le suicide assisté et l'euthanasie s'appuient donc lourdement sur l'honnêteté des médecins, ce qui est fortement critiqué par de nombreux

détracteurs du suicide assisté et de l'euthanasie. Nous tentons de résoudre ce problème épineux dans notre projet de loi.

En second lieu, en ce qui concerne les troubles psychologiques, qui peuvent affecter la compétence d'un patient à prendre des décisions en fin de vie, nous pensons que le meilleur moyen de régler ce problème est un ajout simple à la condition générale de la consultation d'un second médecin. Lorsque le médecin traitant a des doutes sur la présence de troubles psychologiques chez son patient, il aurait l'obligation de référer son patient à un expert dans le domaine de la psychologie ou de la psychiatrie, comme deuxième médecin. Cet expert serait plus apte à juger de la compétence du patient que le médecin traitant.

En troisième lieu, au sujet de l'euthanasie des mineurs, ce problème est particulièrement épineux. À notre avis, vu la difficulté de juger si un mineur est réellement apte à faire un choix aussi grave que celui de sa propre mort, nous choisissons d'exclure les mineurs de notre projet de légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie.

En dernier lieu, concernant l'euthanasie non volontaire ou involontaire, il est évident que notre projet de loi ne permettra pas une telle pratique, qui n'est d'ailleurs permise nulle part. Toute euthanasie valide doit être volontaire. Tel que le démontrent les études effectuées aux Pays-Bas, en pratique, l'euthanasie non volontaire ou involontaire a véritablement lieu. Nous pensons que, malheureusement, de telles pratiques sont impossibles à empêcher par un projet de loi, quel qu'il soit. Le seul moyen d'enrayer ces pratiques sont l'éducation et la sensibilisation des médecins et des autres professionnels de la santé. Ainsi, nous pensons que ces pratiques trouvent leur origine

plutôt dans un certain paternalisme de la part des médecins. Nous ne pensons pas que la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie contribuent de façon importante à ces pratiques.

## **Chapitre 4 – Projets de loi**

Dans ce chapitre, nous élaborons un projet de réforme visant à légaliser le suicide assisté et l'euthanasie au Canada. Dans un premier temps, nous proposons deux projets de loi : une modification au *Code criminel* et une nouvelle loi fédérale sur le suicide assisté et l'euthanasie. Dans un deuxième temps, nous présentons une explication et une justification de nos projets de loi. Finalement, dans un troisième temps, nous procédons à une comparaison entre nos projets de loi et les projets de réforme proposés par la Société royale et par le gouvernement du Québec.

Dans le cadre de ce projet de réforme, nous avons pris pour acquis qu'une législation réglementant le suicide assisté et l'euthanasie relève de la compétence fédérale en matière de droit criminel (art. 91 (27) de la *Loi constitutionnelle de 1867*<sup>273</sup>). C'est dans cette optique que nous avons construit notre projet de réforme du droit en matière de suicide assisté et d'euthanasie. Nous n'abordons pas la question du partage des compétences dans le cadre de cette recherche étant donné que cette importante question constitutionnelle pourrait faire l'objet d'une recherche à elle seule.

### **A) Projets de loi**

#### **1. Loi modifiant le *Code criminel***

##### **Projet de loi C-10000**

---

<sup>273</sup> *Loi constitutionnelle de 1867* (R-U), 30 & 31 Vict, c 3, art 91, reproduit dans LRC 1985, ann II, n° 5.

## **Loi modifiant le *Code criminel* (suicide assisté et euthanasie)**

Sa Majesté, sur l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

### **1. L'article 14 du *Code criminel* est remplacé par ce qui suit :**

14. Sous réserve des paragraphes 222(7) et 241(2), 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.

### **2. L'article 222 de la même loi est modifié par adjonction, après le paragraphe (6), de ce qui suit :**

(7) Nonobstant les autres dispositions du présent article, une personne qui cause la mort d'un être humain ne commet pas un homicide coupable au sens de la présente loi si les conditions émises par la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* sont respectées.

### **3. L'article 241 de la même loi devient l'article 241(1) et est modifié par adjonction de ce qui suit :**

(2) Quiconque commet l'infraction prévue à l'alinéa (1)*b*) du présent article n'est pas coupable d'un acte criminel si les conditions émises par la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* sont respectées.

## *2. Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie*

### **Projet de loi C-10001**

#### **Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie**

Sa Majesté, sur l'avis et le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

1. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

« capable » S'entend comme la capacité de prendre des décisions relatives aux soins de santé et de les communiquer.

« euthanasie » Acte d'un tiers qui met fin à la vie d'une personne, à la demande expresse de celle-ci.

« majeur » Personne âgée d'au moins 18 ans.

« médecin » S'entend d'une personne autorisée à exercer la médecine en vertu des lois d'une province.

« suicide assisté » Acte d'un tiers qui aide une personne à mettre fin à sa vie, à la demande expresse de celle-ci.

2. (1) Le médecin qui pratique un suicide assisté ou une euthanasie sur un patient ne commet pas une infraction s'il respecte les conditions suivantes :

- a) Le patient est majeur, capable et conscient ;
- b) La demande du patient est volontaire, réfléchie et répétée, et ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- c) Le patient est atteint d'une souffrance physique ou psychologique constante, insupportable et inapaisable, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.
- d) La procédure suivie est celle prévue à l'article 3 de la présente loi.

(2) Aucun médecin n'est tenu de pratiquer ou de participer à un suicide assisté ou à une euthanasie.

3. Le médecin qui pratique une euthanasie ou un suicide assisté doit souscrire à la procédure suivante :

- a) Informer le patient de son état de santé et discuter avec lui des autres possibilités de traitements, incluant les soins palliatifs ;
- b) S'assurer de la persistance de la souffrance du patient grâce à des entretiens espacés à l'intérieur d'un délai raisonnable eu égard à l'évolution de l'état de santé du patient ;
- c) Référer le patient à un service d'aide psychosociale si nécessaire ;
- d) Consulter un deuxième médecin, impartial, qui doit prendre connaissance du dossier médical du patient, examiner le patient et rédiger un rapport ;

- e) S'assurer que le patient a eu l'occasion de discuter de sa demande avec ses proches, s'il le désirait ;
- f) Informer le patient qu'il peut annuler sa demande à n'importe quel moment ;
- g) La demande du patient doit être écrite, rédigée et signée par le patient lui-même ou, s'il n'est pas en état de le faire, par une personne majeure qu'il a désignée. La demande doit être signée par deux témoins, qui attestent de la capacité du patient ;
- h) La demande du patient, le rapport du médecin traitant et le rapport du deuxième médecin sont consignés au dossier médical du patient ;
- i) Pour pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté, le médecin doit se servir de la méthode, de la substance et du dosage approprié selon les lignes directrices de la profession médicale ;
- j) Après avoir pratiqué l'euthanasie ou le suicide assisté, le médecin doit demeurer auprès du patient jusqu'à ce que mort s'ensuive, au cas où il y aurait des complications ;
- k) À la suite du décès du patient, le médecin soumet un rapport au coroner.

4. Par la présente loi, il est institué une Commission fédérale de contrôle et de surveillance de l'application de la présente loi, ci-après dénommée la « Commission ».

5. La Commission est composée de 16 membres, issus des domaines de la médecine, de l'éthique, du droit, ainsi que de groupes de protection des droits des patients.

6. Les coroners locaux soumettent à la Commission le rapport du médecin qui a pratiqué le suicide assisté ou l'euthanasie. Après examen du rapport par la Commission, si la majorité des

membres de la Commission juge que les conditions émises par la présente loi n'ont pas été respectées, le dossier est transmis au procureur compétent.

7. La Commission doit rédiger et soumettre au Parlement du Canada un rapport annuel. Ce rapport contient un rapport statistique, une évaluation de l'application de la présente loi ainsi que, le cas échéant, des recommandations visant l'amélioration de la présente loi par une réforme législative.

8. Les travaux et les statistiques compilées par la Commission sont publiés sur le site Internet de la Commission, afin de favoriser la transparence et l'accessibilité à tous.

9. Une personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, pratiqué en vertu de la présente loi, est réputée être décédée de mort naturelle.

## **B) Justification et explication des projets de loi**

Les projets de loi que nous venons d'exposer sont le fruit de notre réflexion à la suite de l'analyse effectuée dans le cadre des trois premiers chapitres de notre recherche.

Tout d'abord, nous avons ainsi choisi de ne pas abroger complètement l'interdiction du suicide assisté et de l'euthanasie, en raison des risques inhérents à ces deux pratiques. Tel que nous l'avons vu au chapitre 3, aucun régime étranger ne permet le suicide assisté ou l'euthanasie sans condition. Bien que la Suisse ne possède pas de loi réglementant la pratique du suicide assisté à

proprement parler, cette pratique est tout de même balisée dans le cadre d'associations, comme Exit International, qui administrent la majeure partie des suicides assistés dans ce pays.

Ensuite, plusieurs thèmes abordés dans notre cadre théorique, en ce qui a trait au libéralisme, soutiennent notre projet de légalisation du suicide assisté. Ces thèmes sont aussi intimement liés aux principes qui ont guidé les tribunaux dans leur interprétation des droits à la vie, à la liberté et à la sécurité, protégés à l'article 7 de la Charte et du droit à l'égalité, prévu à l'article 15 de la Charte, en ce qui concerne le suicide assisté. Premièrement, le libéralisme prône le droit à l'autonomie, c'est-à-dire le droit de choisir sa propre conception du bien et son mode de vie. Ce droit à l'autonomie peut être rattaché au droit à la liberté, au droit à la sécurité et au droit à l'égalité, tels que protégés par la Charte. En effet, le droit à l'autonomie inclut le droit de disposer de son propre corps, droit lié au droit à la sécurité protégé à l'article 7, selon la juge McLachlin de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Rodriguez*. L'accès au suicide assisté et à l'euthanasie assure le respect de cette liberté de disposer de son propre corps. De même, le droit de choisir son propre mode de vie prend une importance particulière dans le cas des personnes souffrant d'un handicap, puisque l'interdiction du suicide assisté et de l'euthanasie les prive de ce choix. La légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie permet donc de leur assurer ce choix, les mettant sur le même pied d'égalité que les autres personnes, ce qui va dans le sens du droit à l'égalité de l'article 15, tel que jugé par le juge Lamer de la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *Rodriguez*.

Deuxièmement, le libéralisme prône également l'auto-détermination, selon laquelle l'individu doit être en mesure de faire ses propres choix de vie, pour que sa vie ait un sens. Ce principe est lié au droit à la liberté de l'article 7 de la Charte, tel que défini par la juge Wilson dans l'arrêt *Morgentaler*. Ce principe prend tout son sens dans le cadre du suicide assisté, puisque le fait de

forcer un individu à vivre alors qu'il désire mettre fin à ses jours est d'autant plus cruel que ce geste le prive non seulement de son choix, mais du sens de sa propre vie.

Troisièmement, le libéralisme supporte la théorie humaniste, selon laquelle l'être humain a droit au respect et à la dignité, et possède une valeur intrinsèque et une capacité de raisonnement propre à l'être humain. Cette théorie humaniste rejoint les propos du juge McEachern de la Cour d'appel de Colombie-Britannique dans l'arrêt *Rodriguez*, selon lesquels les principes de justice fondamentale qui sous-tendent notre système juridique incluent la dignité humaine. De plus, le critère de la dignité humaine est aussi une condition d'appréciation de la violation au droit à l'égalité prévu à l'article 15 de la Charte, selon l'arrêt *Law*<sup>274</sup>. La théorie humaniste milite en faveur de la légalisation du suicide assisté puisque le suicide assisté permet d'assurer la dignité à une personne qui se voit privée du contrôle de son propre corps et voudrait se sortir de cette situation qu'elle juge insupportable. De plus, la légalisation du suicide assisté permet aux personnes atteintes de maladies dégénératives d'attendre que leur situation soit devenue insupportable avant de mettre fin à leurs jours, au lieu d'être obligées de se suicider tant qu'elles en sont encore capables, de peur de ne plus pouvoir le faire lorsque leur souffrance sera devenue intolérable. Dans cette situation, la légalisation du suicide assisté assure donc le respect du droit à la vie, tel que prévu à l'article 7 de la Charte, selon la juge Smith dans la décision *Carter*, et rejoint, à notre avis, le respect et la valeur de l'être humain comme éléments de la théorie humaniste. Néanmoins, étant donné l'importance que place la théorie humaniste sur la capacité de raisonnement de l'être humain, la personne qui désire avoir accès au suicide assisté ou à l'euthanasie doit être apte à prendre une telle décision. Par conséquent, notre projet de loi prévoit que seul le patient apte peut se prévaloir du suicide assisté ou de l'euthanasie.

---

<sup>274</sup> *Law*, supra note 168.

Quatrièmement, plusieurs courants du libéralisme, dont l’ultra-libéralisme, favorisent la non-intervention de l’État. Ce principe veut que l’intérêt rationnel de l’individu prime sur les préoccupations de l’État. Ce principe est invoqué par la juge Wilson dans l’arrêt *Morgentaler* au sujet du droit à la liberté, prévu à l’article 7 de la Charte, qui inclut, selon elle, le droit de prendre ses propres décisions personnelles, sans intervention de l’État. Le choix de mettre fin à sa vie constitue l’un de ces choix visés par le droit à la liberté, et dans lequel l’État ne doit pas intervenir, ce qui milite en faveur de la décriminalisation du suicide assisté.

Dans un autre ordre d’idées, dans le chapitre 2, nous avons soulevé plusieurs principes jurisprudentiels qui ne sont pas directement liés au libéralisme, mais qui militent aussi en faveur de la légalisation du suicide assisté, plus spécifiquement en ce qui concerne le droit à l’égalité prévu à l’article 15 de la Charte. Tout d’abord, l’arrêt *Law*<sup>275</sup> prévoit que le désavantage, subi par les personnes qui souhaitent invoquer le droit à l’égalité protégé à l’article 15 de la Charte, doit être un désavantage préexistant. Dans le cas du suicide assisté, les personnes concernées par l’interdiction du suicide assisté sont les personnes souffrant d’un handicap. Ce désavantage, leur handicap, qui existait avant l’application de la disposition contestée, rencontre donc le critère de l’arrêt *Law*. De plus, l’arrêt *Withler*<sup>276</sup> réaffirme que la discrimination créée par une disposition législative, discrimination même involontaire, viole l’article 15 de la Charte. Nous pensons que c’est le cas dans le cadre du suicide assisté. En effet, l’article 241 C.cr. vise à protéger des abus les personnes vulnérables. Néanmoins, ce sont ces mêmes personnes vulnérables qui peuvent vouloir se prévaloir de l’assistance au suicide et ce, de façon volontaire et réfléchi. Ces personnes, que le gouvernement souhaite protéger, sont donc victimes de discrimination

---

<sup>275</sup> *Ibid.*

<sup>276</sup> *Withler*, *supra* note 161.

involontaire, situation à laquelle nous pouvons remédier en décriminalisant le suicide assisté. Nous devons toutefois émettre certaines conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie, afin de ne pas exposer ces personnes aux risques importants que peut engendrer une décriminalisation pure et simple du suicide assisté. Par conséquent, nous avons intégré des conditions de validité strictes dans notre projet de loi.

D'autre part, l'interprétation jurisprudentielle, notamment en ce qui concerne l'arrêt *Rodriguez*, soulève des arguments à l'encontre de la légalisation du suicide assisté. Les deux principaux éléments d'analyse soulevés par la jurisprudence sont l'historique législatif et le caractère sacré de la vie. Dans le cas de l'historique législatif, la situation a beaucoup changé depuis 1993, année où l'arrêt *Rodriguez* a été rendu. Le juge Sopinka de la Cour suprême, dans l'arrêt *Rodriguez*, avait jugé qu'étant donné que la pratique du suicide assisté n'avait pas été démontrée ni en matière médicale, ni dans des systèmes juridiques à l'étranger, alors elle n'avait pas de fondement historique sur lequel elle pouvait s'appuyer. Toutefois, comme le souligne la juge Smith dans la décision *Carter*, la situation a changé, car depuis, huit états dans le monde ont légalisé une forme de suicide assisté ou d'euthanasie. Par conséquent, nous pensons que l'élément d'analyse de l'historique législatif peut être écarté. Par contre, pour ce qui est de l'élément d'analyse du caractère sacré de la vie, le seul passage du temps ne saurait l'écarter. Le caractère sacré de la vie, selon lequel la vie humaine a une valeur intrinsèque et prime sur tout, est un élément issu de la théorie moraliste, tel que nous en avons discuté dans notre cadre théorique. La légalisation du suicide assisté, ayant comme conséquence nécessaire la mort du patient, ce principe est irréconciliable avec toute forme de suicide assisté ou d'euthanasie. Néanmoins, nous avons choisi, dans notre cadre théorique, d'adopter la théorie du libéralisme politique, selon laquelle l'État ne peut intervenir dans les décisions fondamentales de l'individu.

Le caractère sacré de la vie, constituant une conception du « bien » imposée par l'État aux citoyens, nous choisissons de l'écarter au profit du libéralisme, et de décriminaliser le suicide assisté et l'euthanasie.

Au delà des motifs théoriques qui militent en faveur de la légalisation du suicide assisté, plusieurs autres motifs plus pratiques appuient également la légalisation. En ce qui concerne le chapitre 2 de notre thèse, la décision *Carter* appuie d'un point de vue purement juridique notre projet de légalisation du suicide assisté. Bien que ce soit l'arrêt *Rodriguez* qui fasse encore jurisprudence au Canada, nous pensons que la décision *Carter* illustre un changement non seulement dans l'interprétation du droit en faveur du suicide assisté, mais aussi dans les valeurs de la population canadienne en général. D'ailleurs, déjà en 1993 lorsque l'arrêt *Rodriguez* a été rendu, quatre des neuf juges de la Cour suprême du Canada avaient invalidé les dispositions du *Code criminel* interdisant le suicide assisté. De même, cette tendance vers l'acceptation du suicide assisté au Canada est aussi illustrée par le projet de loi n° 52 introduit par le gouvernement du Québec en juin 2013, la *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>277</sup>. La Société royale du Canada a également recommandé, en 2011, la décriminalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire dans son rapport rédigé par un groupe d'experts intitulé *Prises de décisions en fin de vie*<sup>278</sup>.

---

<sup>277</sup> Loi québécoise, *supra* note 21.

<sup>278</sup> Downie, *supra* note 16.

## 1. Loi modifiant le *Code criminel*

### a) Cadre général

Nous avons préféré créer une nouvelle loi, une exception au *Code criminel*, plutôt que d'insérer les conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie directement au *Code criminel*. Nous ne voulons pas alourdir le *Code criminel*, déjà très volumineux, avec des conditions assez détaillées et surtout en raison de la création d'une nouvelle Commission. Nous nous sommes servi du projet de loi C-384<sup>279</sup> comme exemple pour modifier les articles du *Code criminel* nécessaires à la création de notre nouvelle loi sur le suicide assisté et l'euthanasie.

### b) Dispositions particulières

Nous avons modifié l'article 14 C.cr., que nous avons abordé au chapitre 2, qui interdit le consentement à la mort, uniquement dans le cas du suicide assisté et de l'euthanasie. En effet, le consentement est une condition primordiale de validité du suicide assisté et de l'euthanasie. Nous avons également ajouté un paragraphe à l'article 222 C.cr., qui traite de l'homicide, afin de permettre l'euthanasie selon les conditions émises par notre nouvelle loi. Nous en avons fait de même pour l'article 241 C.cr., afin cette fois de permettre le suicide assisté.

---

<sup>279</sup> PL C-384, *Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement)*, 3<sup>e</sup> sess, 40<sup>e</sup> parl, 2009.

## ***2. Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie***

### **a) Cadre général**

À la suite de notre réflexion au sujet du libéralisme et des droits à la liberté et à l'égalité protégés par la Charte, nous étions certaine de vouloir décriminaliser le suicide assisté et l'euthanasie. Il nous restait à déterminer les conditions de validité et les mécanismes de contrôle à prévoir. Nous avons choisi de nous inspirer directement d'une loi étrangère portant sur le suicide assisté ou l'euthanasie. Nous aurions pu créer une loi unique en son genre, mais nous avons jugé qu'il était plus avantageux de nous inspirer de l'expérience étrangère, afin de connaître déjà certaines forces et faiblesses de notre propre projet de réforme. Puisque nous désirions créer une loi sur le suicide assisté et l'euthanasie, nous avons le choix entre deux systèmes : le système américain (Oregon, Washington et Vermont) et le système européen (Pays-Bas, Belgique et Luxembourg). Après mûre réflexion, nous avons choisi le système européen, qui s'appuie principalement sur le critère de la souffrance insupportable, plutôt que le système américain, qui s'appuie plutôt sur le critère de la maladie en phase terminale. Nous pensons que la souffrance est un motif plus légitime pour justifier l'accès au suicide assisté que le fait d'être atteint d'une maladie en phase terminale. En effet, il nous semble plus légitime d'abréger les souffrances d'une personne souffrante que d'accélérer le décès d'une personne qui va mourir dans moins de six mois. Par ailleurs, étant donné l'avancement de la médecine, il est difficile d'évaluer avec certitude l'espérance de vie d'une personne mourante. Le critère de la maladie terminale nous apparaît donc plus hasardeux. Néanmoins, nous avons tout de même fait quelques emprunts au système américain, qui comporte des dispositions uniques que nous avons jugées pertinentes et qui ont même permis de pallier à des faiblesses du système européen.

Par conséquent, le projet de loi que nous proposons a été modelé principalement sur le système européen, c'est-à-dire le système en vigueur aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg. Nous nous sommes inspirée principalement de la Loi belge, surtout parce qu'elle est écrite en français, et donc plus accessible que la Loi néerlandaise. De plus, la Loi belge est en vigueur depuis une dizaine d'années, tandis que la Loi luxembourgeoise, aussi en français, n'existe que depuis 2009. Les répercussions de la Loi luxembourgeoise ne sont donc pas encore connues. À première vue, le système néerlandais, bien que moins accessible à cause de la langue, est plus ancien que le système belge, et donc mieux documenté. Néanmoins, la Loi belge étant fondée sur le système néerlandais, nous avons jugé qu'elle constituait une base suffisamment solide pour notre projet de loi.

Étant donné que nous avons choisi comme modèle la Loi belge, nous devons nous pencher sur les succès et échecs de la Loi néerlandaise, elle-même modèle de la Loi belge. Tel que nous l'avons mentionné dans le cadre de notre chapitre 3, le système néerlandais comporte quatre éléments problématiques : le rapport du médecin, l'absence de consentement, la pédiatrie et la psychiatrie. En premier lieu, des chercheurs avancent que le rapport du médecin est le seul moyen pour les autorités de savoir qu'une euthanasie a été pratiquée. Cela constitue une faiblesse du système de contrôle et de surveillance. Nous avons choisi d'adopter cette procédure malgré cette faiblesse puisqu'à notre connaissance, il n'existe aucun autre mécanisme de contrôle plus efficace. Nous pensons que, contrairement à des proches malintentionnés, le médecin traitant, qui suit son patient depuis plusieurs années, n'a pas d'intérêt à euthanasier son patient en secret. Des études aux Pays-Bas démontrent que plusieurs médecins, qui n'ont pas rapporté les euthanasies qu'ils ont pratiquées, ne l'ont pas fait pour se soustraire à la loi mais plutôt parce qu'ils ne pensaient pas qu'il s'agissait bel et bien d'une euthanasie.

En deuxième lieu, plusieurs études soulèvent l'absence de consentement du patient euthanasié. Afin de pallier à cette faiblesse, nous avons instauré une procédure écrite, signée par des témoins qui n'ont aucun intérêt dans la mort du patient, qui permet de s'assurer que le patient consentait bel et bien à l'euthanasie. Bien que souvent valide, une demande orale d'euthanasie présente des garanties de fiabilité moindres, ce que nous voulions éviter à tout prix dans le cadre d'une procédure aussi grave que l'euthanasie.

En troisième lieu, la pédiatrie est un domaine où des problèmes en matière d'euthanasie se présentent. Le cas de nouveau-nés atteints de problèmes de santé graves est un cas qui n'a pas été réglé par la Loi néerlandaise, ni par aucune autre loi sur le suicide assisté ou l'euthanasie. Dans le cadre de notre projet de réforme, nous sommes incapable de résoudre ce problème épineux, qui, à notre avis, appartient à l'éthique plutôt qu'au droit et devra donc recevoir d'abord une réponse « éthique ».

En quatrième lieu, la psychiatrie est un autre domaine jugé problématique par plusieurs chercheurs en matière d'euthanasie. Comment déterminer qu'un patient souffrant d'un trouble psychologique souffre réellement ? La Loi néerlandaise ne prévoyant aucun mécanisme à cet égard, seuls les tribunaux néerlandais se sont penchés sur la question. Outre la nécessité de s'assurer que la demande de la personne atteinte de troubles psychologiques est volontaire et réfléchi à l'aide d'entretiens espacés dans le temps, la jurisprudence n'a pas apporté d'autres pistes de solutions. Afin de résoudre ce problème, nous nous sommes servie de dispositions issues du système américain qui, lui, prévoit un mécanisme en matière de troubles psychologiques. En effet, nous avons fait quelques emprunts au système de l'Oregon. Le régime de l'Oregon prévoit des dispositions en matière de troubles psychiatriques, qui ne sont pas prévus

dans le système européen. L'ODDA prévoit que le médecin, qui soupçonne que son patient souffre de troubles psychologiques, doit référer son patient à un service d'aide psychosociale avant de lui prescrire une substance mortelle. Bien que ce mécanisme présente des faiblesses, selon certains chercheurs, tel que nous en avons discuté au chapitre 3<sup>280</sup>, il constitue une aide précieuse pour permettre au médecin de s'assurer que son patient qui demande l'euthanasie souffre réellement et n'est pas tout simplement fatigué de la vie.

#### b) Dispositions particulières

##### Article 1 : Définitions

En premier lieu, nous avons utilisé la définition de « capable », telle que prévue dans l'Oregon Death with Dignity Act (ODDA). Quant à la définition de « médecin », nous nous sommes servie de la définition que l'on retrouve au projet de loi C-384, présenté devant le Parlement canadien en 2009 par Mme Francine Lalonde, députée du Bloc québécois. Cette définition nous semblait s'appliquer le mieux au Canada. Pour ce qui est de la personne « majeure », nous avons fixé l'âge de la majorité à 18 ans. Cet âge est prévu dans l'ODDA et constitue l'âge de la majorité, tel que prévu dans la Loi belge et la Loi luxembourgeoise. De plus, selon l'article premier de la *Convention internationale des droits de l'enfant*, l'âge de la majorité est aussi de 18 ans<sup>281</sup>. Au Canada, l'âge de la majorité varie selon les provinces et n'est pas déterminé au niveau fédéral.

---

<sup>280</sup> Chapitre 3, *supra* à la p 83.

<sup>281</sup> *Convention internationale des droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, 44 RTNU 25 [CIDE].

Étant donné que l'âge minimal pour voter aux élections fédérales est de 18 ans<sup>282</sup>, nous avons pensé que 18 ans était un âge approprié dans le cadre de notre projet de loi.

En deuxième lieu, les définitions de « suicide assisté » et « d'euthanasie » ont nécessité une réflexion particulière. Tel que nous l'avons défini dans le chapitre introductif, le concept d'euthanasie signifie généralement *une mort provoquée par compassion*, indépendamment de la volonté de la victime. Néanmoins, comme nous l'avons constaté dans le troisième chapitre portant sur le droit étranger, le concept d'euthanasie ne possède pas du tout la même signification aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg. Dans ces trois États, l'euthanasie est un concept général qui englobe le suicide assisté, tel qu'on l'entend au Canada, et qui signifie mettre fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci. Dans ce contexte, la différence entre l'euthanasie et le suicide assisté ne réside donc pas dans le consentement de la victime, mais plutôt dans la personne qui pose l'acte de mettre fin à la vie. Dans le cadre de la pratique médicale, la distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie est la suivante : lorsque le médecin procure une substance délétère à son patient, qui l'absorbe lui-même, il s'agit d'un suicide assisté, tandis que, lorsque le médecin injecte une substance mortelle directement dans le corps de son patient, cet acte constitue plutôt une euthanasie.

Dans le cadre de ce projet, nous devons faire un choix. Nous avons choisi de nous servir de ce concept européen de l'euthanasie, choix reflété par nos définitions d'euthanasie et de suicide assisté à l'article 1 de la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie*. Ces définitions font de notre projet de loi un système plus permissif que celui de l'Oregon. En effet, l'ODDA fait la distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie et ne permet que le suicide assisté. Le patient doit

---

<sup>282</sup> *Loi électorale du Canada*, LC 2000, c 9, art 3.

obligatoirement absorber la substance lui-même. Nous ne favorisons pas l'approche adoptée par l'ODDA car nous craignons que cette approche ne crée une discrimination envers les personnes souffrant d'un handicap physique, ce qui va à l'encontre de l'article 15 de la Charte et que nous voulons éviter. En effet, tel qu'étudié dans le chapitre 2, l'interdiction d'avoir recours au suicide assisté viole le droit à l'égalité des personnes souffrant d'un handicap physique. Dans l'arrêt *Rodriguez* de la Cour suprême du Canada, le juge en chef Lamer a longuement analysé cette question et en est arrivé à la conclusion que l'article 241 C.cr. viole le droit à l'égalité des personnes souffrant d'un handicap, protégé à l'article 15 de la Charte. Nous craignons donc que le fait de ne permettre que le suicide assisté viole les droits des personnes handicapées. En effet, celles-ci seraient non seulement incapables de se donner la mort elles-mêmes, elles seraient aussi incapables de demander de l'aide pour le faire légalement, puisqu'elles seraient incapables d'absorber la substance délétère. De plus, dans le cas d'une personne souffrant d'une maladie dégénérative, comme Mme Sue Rodriguez dans l'arrêt *Rodriguez* ou Mme Gloria Taylor dans la décision *Carter*, celle-ci risquerait d'être obligée de se donner la mort plus rapidement qu'elle ne le désire, par peur de ne pas être capable de le faire légalement, lorsqu'elle ne sera plus en mesure d'absorber elle-même la dose mortelle. Par conséquent, puisque notre projet de loi vise à diminuer les inégalités créées par l'interdiction de l'assistance au suicide et de l'euthanasie au Canada, et non à les perpétuer, nous devons permettre autant l'euthanasie que le suicide assisté dans le cadre de notre projet de loi. D'ailleurs, nous sommes d'avis que la distinction entre l'euthanasie et le suicide assisté, qui réside dans l'identité de la personne qui pose l'acte volontaire (le patient ou le médecin), soit minime sur le plan éthique. La Société royale du Canada est arrivée à la même conclusion au sujet de la différence sur le plan moral entre le suicide assisté et l'euthanasie<sup>283</sup>.

---

<sup>283</sup> Downie, *supra* note 16 à la p 119.

## Article 2 : Conditions de fond

Les conditions de fond, concernant la validité du suicide assisté et de l'euthanasie, que nous avons choisies d'inclure dans notre projet de loi, sont principalement issues du système belge. Au premier alinéa, nous avons estimé que le patient devait être majeur, c'est-à-dire âgé de 18 ans et plus. Ce choix a pour effet d'écarter de l'application de la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* les personnes mineures, contrairement au système néerlandais, qui permet l'euthanasie des personnes mineures avec le consentement de leurs parents ou tuteurs (voir Chapitre 3). Considérant la gravité du choix que constitue l'euthanasie ou le suicide assisté, nous pensons que seules les personnes majeures devraient être aptes à prendre une telle décision. Toutes les juridictions étrangères, sauf celle des Pays-Bas, posent aussi cette condition de majorité. Par ailleurs, en vertu de la *Convention internationale des droits de l'enfant*, les enfants ont le droit à la vie (article 6)<sup>284</sup>. Comme le Canada est signataire de cette convention, permettre le suicide assisté chez les enfants pourrait être en contravention avec ce droit à la vie de l'article 6.

Quant à la condition « capable », elle est essentielle pour que le consentement soit valide et elle est intrinsèquement liée à la condition de majorité. Néanmoins, au Québec, le mineur de plus de 14 ans a le droit de consentir à des soins de santé en vertu de l'article 14 CcQ. L'article 12 de la *Convention internationale des droits de l'enfant* prévoit aussi que l'enfant a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, eu égard à son degré de maturité<sup>285</sup>. Ces deux dispositions laissent entendre qu'un enfant assez mature puisse consentir au suicide assisté

---

<sup>284</sup> CIDE, *supra* note 281.

<sup>285</sup> *Ibid.*

ou à une euthanasie comme « soins de santé ». Malgré ces dispositions, nous insistons pour maintenir l'accès au suicide assisté et à l'euthanasie aux adultes de plus de 18 ans, vu la gravité de ce choix.

Pour ce qui est de la condition « conscient », bien que nous l'ayons importée du système belge, elle ne comporte pas la même signification dans notre projet de loi. En effet, la Loi belge utilise plutôt l'expression « conscient au moment de sa demande », car le système belge prévoit aussi une procédure en cas d'inconscience (Voir chapitre 3). Nous avons décidé de ne pas inclure cette procédure dans notre projet de loi car nous la jugeons trop hasardeuse. Le consentement, qui est une condition essentielle de validité du suicide assisté et de l'euthanasie, est impossible à déterminer en cas d'inconscience. Nous avons donc exclu cette procédure puisque nous croyons que le patient a le droit de changer d'avis à tout moment, ce qui est impossible à déterminer en cas d'inconscience. Ce droit de changer d'avis à tout moment a été reconnu par la Cour suprême du Canada en matière d'agression sexuelle dans l'arrêt *R. c. J.A*<sup>286</sup>.

Au deuxième alinéa, nous avons directement importé les critères de la Loi belge. Cette condition de demande « volontaire » rejoint les opinions du juge en chef Lamer et de la juge McLachlin dans l'arrêt *Rodriguez*, ainsi que l'opinion de la juge Smith dans l'affaire *Carter*. Dans l'arrêt *Rodriguez*, les juges Lamer et McLachlin étaient d'avis d'accueillir la demande de Mme Rodriguez en lui accordant une exemption constitutionnelle lui permettant ainsi d'avoir recours au suicide assisté. C'est dans ce contexte que, parmi les conditions de validité du suicide assisté permis dans le cadre de cette exemption, les juges Lamer et McLachlin ont cité le caractère libre et volontaire de la décision de Mme Rodriguez. Le caractère volontaire de la demande est aussi

---

<sup>286</sup> *R. c. J.A.*, 2011 CSC 28, [2011] 2 RCS 440.

une condition énumérée par la juge Smith dans l'affaire *Carter*, lorsqu'elle suggère que le Parlement canadien permette le suicide assisté sous certaines conditions<sup>287</sup>.

Au troisième alinéa, nous nous sommes inspirée encore des critères de la Loi belge, c'est-à-dire de celui qu'on peut appeler « critère de souffrance ». Ce critère, présent dans les lois des Pays-Bas, de la Belgique et du Luxembourg, est le critère principal de notre projet de loi, et distingue notre projet de loi de celui de l'Oregon. Comme l'a démontré notre analyse de l'ODDA dans le chapitre 2, le patient qui veut se prévaloir des dispositions de l'ODDA, doit souffrir d'une maladie en phase terminale, c'est-à-dire que son espérance de vie est de moins de six mois. Cette règle du six mois de l'Oregon est plus objective que le critère de souffrance issu du système européen, qui est subjectif. Néanmoins, bien que nous admettions qu'un critère objectif soit plus facile à appliquer et à évaluer, autant pour les médecins que pour les juristes impliqués, nous pensons que le critère subjectif de souffrance constitue la meilleure solution. En effet, nous pensons que ce critère répond mieux aux objectifs de notre projet de loi, c'est-à-dire de permettre aux personnes malades ou handicapées de mettre fin à leurs souffrances.

Le dernier alinéa sert à introduire les conditions de forme prévues à l'article 3.

Pour ce qui est du deuxième paragraphe de l'article 2, cette règle de droit est présente dans tous les systèmes. Cette règle permet de respecter les convictions personnelles ou religieuses du médecin. Cette règle est aussi en quelque sorte une façon de concilier les opinions diamétralement opposées qu'ont les tenants du libéralisme et du moralisme par rapport au suicide assisté et à l'euthanasie, tel qu'étudié dans le chapitre 1. Bien que la légalisation du suicide

---

<sup>287</sup> *Carter*, *supra* note 18 au para 1415.

assisté et de l'euthanasie aille à l'encontre des valeurs des tenants du moralisme, la règle du paragraphe 2 permet à tout le moins de respecter la liberté religieuse des médecins.

### Article 3 : Conditions de forme

Cet article énumère des conditions de nature procédurale qui visent à protéger les droits des patients et à éviter le plus possible les abus. La plupart de ces critères sont issus du système belge. Le critère (a), *informer le patients des alternatives*, vise à favoriser la communication entre le patient et le médecin, et à offrir au patient d'autres possibilités que la mort, incluant les soins palliatifs. Ce premier critère vise également à rassurer les opposants au suicide assisté et à l'euthanasie, qui craignent souvent que la légalisation du suicide assisté ait des effets néfastes sur la qualité et la disponibilité des soins palliatifs, et qui craignent que les patients se sentent obligés de choisir le suicide assisté au lieu des soins palliatifs. Le critère (b), *s'assurer de la persistance de la souffrance*, permet au médecin de s'assurer que le patient remplit la condition obligatoire de « souffrance constante » prévue à l'article 2. Le critère (c), *la consultation d'un psychologue*, est un critère que nous avons importé du système de l'Oregon. Il est primordial pour détecter la dépression chez le patient, dépression qui pourrait être la cause de la demande de suicide assisté et d'euthanasie du patient, qui, en temps normal, ne voudrait peut-être pas véritablement mourir. Le critère (d), celui du *deuxième médecin*, a deux objectifs principaux : éviter les erreurs médicales et les abus. En effet, le critère permet de protéger le patient qui pourrait être convaincu d'avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie suite à une erreur dans le diagnostic de son médecin. De plus, la consultation par un deuxième médecin indépendant permet d'éviter les meurtres déguisés de patients par leur médecin.

Le critère (e), *discuter avec les proches*, permet de s'assurer que le patient n'a pas pris la décision sur un coup de tête et qu'il a eu l'occasion d'en discuter avec ses proches. Le critère (f), *annuler la demande*, vise à s'assurer que le patient sait qu'il a le droit de changer d'avis à tout moment et que sa demande de suicide assisté ou d'euthanasie n'est pas irrévocable. Le critère (g), *critère de la demande écrite*, est une fusion du système belge et du système de l'Oregon. Ce critère vise à réduire les abus à l'aide d'une demande écrite, donc vérifiable. Cette demande doit être signée par des témoins qui doivent attester de la capacité du patient, condition de validité essentielle du suicide assisté ou de l'euthanasie.

Le critère (h), critère du *dossier médical*, vise à assurer la transparence du processus de suicide assisté et d'euthanasie. Les critères (i) et (j), critères de la *méthode appropriée* et du *médecin qui reste avec le patient*, visent à protéger la santé du patient. Le suicide assisté et l'euthanasie visent à procurer une mort rapide et sans douleur au patient, ce que ces deux critères visent à assurer, en pratique. Le critère (k), celui du *rapport au coroner*, permet d'enclencher le processus de surveillance et de contrôle de la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie, prévu aux articles suivants de notre projet de loi.

Enfin, les autres critères de forme issus du système européen que nous avons énumérés dans le chapitre 2, mais que nous n'avons pas retenus dans le cadre de notre projet de loi, étaient, à notre avis, répétitifs ou inutiles.

#### Article 4 : Création d'une Commission

Dans cet article, nous avons créé une Commission de surveillance et de contrôle du suicide assisté et de l'euthanasie, semblable à celle qui existe selon la Loi belge. Cette Commission est primordiale à notre projet de loi, car c'est l'organisme qui servira à protéger, en pratique, les patients contre les abus. Parmi les différentes législations qui permettent le suicide assisté et l'euthanasie à l'étranger, la présence d'une Commission de surveillance et de contrôle semble être le meilleur moyen mis en œuvre pour veiller aux intérêts des patients.

#### Article 5 : Composition de la Commission

Pour ce qui est de la composition de la Commission, nous avons choisi le nombre de membres (16), tel que prescrit la Loi belge. Ce nombre nous semblait raisonnable. Quant aux membres eux-mêmes, nous pensons qu'il est important que ceux-ci soient issus des différentes disciplines qui touchent à la pratique du suicide assisté, c'est-à-dire la médecine, l'éthique et le droit. La composition de la Commission sera ainsi bien équilibrée et plus apte à évaluer si les conditions prescrites par la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* sont bel et bien respectées. De plus, nous croyons que la présence de représentants de groupes de protection des droits des patients, qui sont les mieux placés pour comprendre la situation des patients souffrant de maladies graves et incurables, est essentielle pour atteindre l'objectif véritable de la Commission : la protection des personnes vulnérables.

#### Article 6 : Examen du rapport du médecin

Le processus décrit à cet article, basé sur le modèle belge, constitue le mécanisme de surveillance de la Commission. Nous avons toutefois changé le critère du « deux tiers » de la Loi belge, pour le critère de la majorité. La différence entre ces deux critères n'est pas significative. Néanmoins, nous pensons que, si la majorité des membres a des doutes à savoir si les conditions de la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* ont été respectées, cela suffit pour que le dossier soit transmis au procureur. Le procureur jugera à son tour si le dossier donne ouverture à des poursuites.

#### Article 7 : Rapport au Parlement

Cet article, qui prévoit que la Commission doit faire un rapport annuel au Parlement du Canada, est inspiré de la Loi belge. Nous pensons que cette mesure facilitera, à l'avenir, l'amélioration de la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* ou de son application. En effet, les membres de la Commission sont les plus aptes à suggérer des amendements puisqu'ils étudient eux-mêmes les dossiers soumis par les médecins.

#### Article 8 : Publication des travaux

En plus d'un rapport annuel présenté au Parlement du Canada, la Commission doit également, à notre avis, publier un résumé de ses travaux sur son propre site Internet. Nous nous sommes inspirée du système néerlandais pour créer cette mesure. Nous jugeons cette mesure très importante car la transparence est essentielle au bon fonctionnement du système légal concernant

le suicide assisté et l'euthanasie. Par ailleurs, nous pensons que cette publicité sera nécessaire, afin de rassurer d'éventuels opposants de la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie*.

#### Article 9 : Mort naturelle

Finalement, le dernier article de notre projet de loi concerne le droit privé. Afin d'éviter des problèmes en matière d'assurance, un suicide assisté ou une euthanasie, pratiqué en conformité avec les conditions émises par la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie*, est assimilé à une mort naturelle. Cette mesure vise essentiellement à rassurer les patients qui pourraient renoncer à avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie par crainte de causer des problèmes légaux à leurs proches.

### **C) Comparaisons avec d'autres projets de légalisation du suicide assisté**

Comme nous l'avons mentionné dans notre introduction, d'autres projets de réforme du droit en matière de suicide assisté et d'euthanasie ont déjà été proposés. Nous croyons utile de comparer notre projet de loi, la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* (LSAE), à deux projets de réforme récents, c'est-à-dire celui proposé dans le rapport du groupe d'experts de la Société royale, intitulé « Prises de décisions en fin de vie »<sup>288</sup>, ainsi que le projet de loi québécois n° 52, la *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>289</sup> (LSFV). Ces comparaisons ont pour but de justifier les choix que nous avons faits dans le cadre de notre projet de loi.

---

<sup>288</sup> Downie, *supra* note 16.

<sup>289</sup> Loi québécoise, *supra* note 21.

## 1. Les recommandations de la Société royale

Dans son rapport d'experts, la Société royale s'intéresse aux soins de fin de vie au Canada, c'est-à-dire aux soins en général, à l'éthique et au contexte juridique de ces soins, et à l'expérience juridique internationale en matière d'aide à la mort, avant de proposer une réforme. Cette réforme touche plusieurs aspects, dont l'interruption de traitement nécessaire à la vie, les directives préalables, les soins palliatifs, la sédation terminale, l'aide au suicide et l'euthanasie volontaire. Étant donné que la LSAE, notre projet de loi, ne porte que sur l'aide au suicide et l'euthanasie volontaire, nous nous en tiendrons aux recommandations de la Société royale à ce sujet.

Premièrement, en matière d'aide au suicide et d'euthanasie volontaire, la Société royale suggère trois mécanismes possibles de réforme : une modification au *Code criminel*, des lignes directrices en matière de poursuites judiciaires et des programmes de déjudiciarisation. Parmi ces trois mécanismes possibles, la Société royale favorise une modification au *Code criminel*. La Société royale estime que ce mécanisme présente les avantages suivants :

- 1- Favoriser la cohérence entre les systèmes juridiques des différentes provinces canadiennes ;
- 2- Permettre la création d'un organisme de surveillance du suicide assisté et de l'euthanasie ;
- 3- Enlever le besoin pour les citoyens qui souhaitent avoir accès au suicide assisté et à l'euthanasie d'avoir recours à une contestation constitutionnelle devant les tribunaux ;
- 4- Apporter une plus grande clarté aux Canadiens quant à leurs droits et responsabilités.

Quant à eux, les deux mécanismes alternatifs permettent d'avoir recours au suicide assisté et à l'euthanasie sans apporter de modification au *Code criminel*. Des lignes directrices en matière de poursuites judiciaires permettraient au Procureur général de ne pas engendrer de poursuites contre ceux qui ont pratiqué un suicide assisté ou une euthanasie volontaire, tandis que des programmes de déjudiciarisation permettraient de punir la pratique du suicide assisté ou de l'euthanasie, à l'extérieur du processus judiciaire habituel. Nous sommes du même avis que la Société royale, à savoir que le mécanisme idéal est celui de la modification au *Code criminel* et ce, pour les mêmes raisons que celles avancées par la Société royale. À notre avis, notre projet de réforme du droit, qui consiste en une modification du *Code criminel* et en un ajout d'une loi qui émet des conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie, s'inscrit dans ce mécanisme avancé par la Société royale.

Deuxièmement, en ce qui concerne les « éléments fondamentaux » que la Société royale aborde dans son rapport, au sujet de la validité du suicide assisté et de l'euthanasie, nous pensons que, dans l'ensemble, la LSAE suit les recommandations émises par la Société royale. Nous avons relevé sept éléments fondamentaux identifiés par la Société royale. Le premier élément est celui de la distinction entre l'aide au suicide et l'euthanasie volontaire. La Société royale conclut qu'il n'y a pas de différence morale entre ces deux pratiques et qu'elles devraient donc toutes deux être permises. Notre LSAE permet bel et bien ces deux pratiques et n'émet pas de conditions quelconques de validité d'une pratique par rapport à l'autre. Le deuxième élément est celui de l'aptitude de la personne à comprendre la nature et les conséquences de sa décision d'avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie. Tout comme l'exige la LSAE à l'article 2, la Société royale croit que la personne doit être compétente ou apte à prendre une telle décision. Néanmoins, la Société royale croit qu'un mineur mature, dépendamment du régime de chaque

province, peut être apte à prendre une telle décision. La LSAE se distingue de cette recommandation car elle impose le critère de la majorité à l'article 2. Tel que nous l'avons déjà mentionné dans la section précédente, nous avons choisi d'exclure les mineurs en raison de la gravité d'une telle décision.

Le troisième élément est celui de la décision volontaire et éclairée, sur lequel la Société royale insiste et qui se retrouve, dans des termes légèrement différents, à l'article 2 de la LSAE (volontaire et réfléchi). Le quatrième élément est le critère de la maladie en phase terminale. Ce critère est celui en vigueur dans les états américains de l'Oregon, de Washington et du Vermont. Ce critère, que nous avons choisi de ne pas incorporer dans la LSAE, car nous le jugeons trop restrictif, a aussi été rejeté par la Société royale. En effet, la Société royale juge que « cette expression est trop vague et exposerait la loi ou la politique à des contestations en vertu de la *Charte* »<sup>290</sup>. Non seulement le critère de maladie en phase terminale aurait pour conséquence d'exclure des personnes qui souffrent, il est aussi beaucoup trop incertain en matière médicale. Le cinquième élément sur lequel s'est penchée la Société royale, celui de la forme que doit avoir la demande, nous pose des interrogations. La Société royale affirme que la demande doit être écrite ou bien verbale, si elle est dûment documentée. Nous ne sommes pas certaine qu'une demande verbale documentée rencontre les standards élevés que nous estimons nécessaires en matière de vice de consentement, étant donné la gravité de la décision en cause. Dans la LSAE, nous avons donc préféré nous contenter d'une demande écrite. Le sixième élément s'intéresse au fournisseur de l'aide au suicide et de l'euthanasie volontaire. La Société royale recommande qu'un professionnel de la santé soit autorisé à fournir une aide à mourir, mais qu'il n'y soit pas contraint. Dans la LSAE, seul un médecin a le droit de fournir une aide à mourir (art. 2), ce qui, à

---

<sup>290</sup> Downie, *supra* note 16 à la p 120.

notre avis, va dans le sens de la recommandation de la Société royale. De plus, le deuxième alinéa de l'article 2 de la LSAE prévoit que le médecin ne peut être contraint de pratiquer un suicide assisté ou une euthanasie. Enfin, le septième élément abordé par la Société royale est la surveillance et le contrôle. À cette fin, la Société royale suggère la création d'une « commission fédérale qui aurait pour but de contrôler la pratique de l'aide au suicide et de l'euthanasie volontaire et d'en rendre compte publiquement chaque année »<sup>291</sup>. La LSAE prévoit, à l'article 4, la création d'un organisme similaire : la Commission. La Société royale avance que la commission aurait deux fonctions : « La première serait de faire en sorte de justifier la confiance du public dans le système. La seconde fonction serait de prévenir les infractions volontaires ou involontaires à la loi »<sup>292</sup>. Notre pensons que notre Commission, telle que décrite, rejoint les buts énoncés par la Société royale car la Commission établit des statistiques, publie des rapports et surveille l'application des conditions de la loi en examinant les rapports fournis par les médecins qui ont pratiqué un suicide assisté ou une euthanasie (art. 6 à 8 LSAE).

Somme toute, notre projet de loi, la LSAE, rejoint les recommandations émises par le groupe d'experts de la Société royale dans son rapport. Nous en concluons que nous sommes arrivée aux mêmes conclusions que les auteurs de ce rapport, conclusions sûrement influencées de part et d'autre par une étude de la législation étrangère en matière de suicide assisté et d'euthanasie.

---

<sup>291</sup> *Ibid* à la p 121.

<sup>292</sup> *Ibid* à la p 122.

## 2. Le projet de loi québécois n° 52 : *Loi concernant les soins de fin de vie*

À la suite de l'écriture de notre projet de loi, la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* (LSAE), le gouvernement du Québec a présenté, en juin 2013, un projet de loi intitulé *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>293</sup> (LSFV). Étant donné que ce projet de loi québécois s'inspire lui aussi des pratiques étrangères en matière de suicide assisté et d'euthanasie, les deux projets de loi comportent plusieurs des mêmes aspects. La différence principale entre ces deux projets de loi réside dans l'objectif de loi. Le projet de loi québécois vise principalement à réglementer le suicide assisté et l'euthanasie en tant que soins de santé, alors que notre projet de loi vise plutôt à décriminaliser ces mêmes pratiques sous certaines conditions. Le projet de loi québécois, plus détaillé, porte ainsi sur les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir, alors que notre projet de loi porte uniquement sur l'euthanasie et le suicide assisté. En somme, le projet de loi québécois, traite des cinq sujets suivants, dont notre projet de loi ne fait pas mention :

- 1- Les soins palliatifs ;
- 2- Le droit de refuser ou de faire cesser un soin ;
- 3- L'organisation des soins de fin de vie, c'est-à-dire les règles applicables aux dispensateurs des soins de fin de vie, les fonctions particulières des agences de la santé et des services sociaux, ainsi que les fonctions et pouvoirs du ministre ;
- 4- La sédation palliative terminale ;
- 5- Les directives médicales anticipées.

---

<sup>293</sup> Loi québécoise, *supra* note 21.

Tout d'abord, nous ne traitons pas des soins palliatifs dans notre projet de loi puisque cela ne constitue pas le sujet de cette thèse. Ensuite, nous n'avons pas jugé utile d'inclure une disposition portant sur le refus de soin car le droit de refuser ou de faire cesser des soins ou des traitements est déjà légal en droit canadien, tel qu'abordé dans le chapitre 2. Pour ce qui est de l'organisation des soins de fin de vie, la sédation palliative terminale et les directives médicales anticipées, ces sujets n'auraient pas eu leur place dans une loi fédérale, car ils relèvent plutôt, à notre avis de la compétence provinciale en matière de soins de santé.

Nous examinons maintenant les similarités et les différences entre les deux projets de loi en ce qui concerne le suicide assisté et l'euthanasie, ou l'aide médicale à mourir. Tout d'abord, pour ce qui est des similarités, les deux projets de loi présentent des conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie très similaires, ce qui nous amène à conclure que le projet de loi québécois s'est aussi inspiré principalement du système en vigueur dans les pays du Benelux, c'est-à-dire dans les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg. En effet, dans les deux projets de loi examinés, le patient qui souhaite avoir recours à l'aide médicale à mourir doit être majeur et apte (art. 26, par. 1 LSFV et art. 2, al. 1, par. a) LSAE), doit être atteint d'une maladie grave et incurable (art. 26, par. 2 LSFV et art. 2, al. 1, par. c) LSAE) et doit éprouver des souffrances insoutenables et inapaisables (art. 26, par. 4 LSFV et art. 2, al. 1, par. c) LSAE). De plus, la demande du patient doit être libre et ne pas résulter de pressions extérieures (art. 28, al. 1, par. a) LSFV et art. 2, al. 1, par. b) LSAE), et le patient peut annuler sa demande en tout temps (art. 27 LSFV et art. 3, par. f) LSAE). Par ailleurs, le médecin doit respecter certaines conditions de forme avant de procéder à un suicide assisté ou une euthanasie : le médecin doit discuter des autres possibilités de traitement avec le patient (art. 28, al. 1, par. b) LSFV et art. 3, par. a) LSAE), s'assurer de la persistance de la souffrance (art. 28, al. 1, par. c) LSFV et art. 3, par. b)

LSAE), s'assurer que le patient a eu la chance de discuter de sa demande avec ses proches s'il le désire (art. 28, al. 2 LSFV et art. 3, par. 3 LSAE) et consulter un deuxième médecin indépendant (art. 28, al. 3 LSFV et art. 3, par. d) LSAE). Ensuite, le médecin doit administrer lui-même l'aide médicale à mourir et accompagner le patient jusqu'au décès (art. 29 LSFV et art. 3, par. i) et j) LSAE). De même, tous les documents pertinents concernant la demande de suicide assisté ou d'euthanasie doivent être inclus dans le dossier médical du patient (art. 31 LSFV et art. 3, par. h) LSAE).

D'autre part, les deux projets de loi comportent la création d'une Commission, pour contrôler et surveiller l'application de la loi présentée (art. 35 LSFV et art. 4 LSAE). La composition de cette Commission est semblable dans les deux cas, puisque les deux lois prévoient que la Commission soit composée de médecins, de légistes, d'experts en éthique et de personnes représentant les patients (art. 36 LSFV et art. 5 LSAE). La Commission doit aussi, dans les deux lois, rédiger et soumettre un rapport périodique et procéder à une évaluation de la loi (art. 39 LSFV et art. 7 LSAE). Enfin, le médecin n'est jamais obligé de pratiquer un suicide assisté ou une euthanasie (art. 44 LSFV et art. 2, al. 2).

Quant aux différences entre les deux projets de lois, chacun prévoit certaines procédures ou conditions qui ne sont pas prévues dans l'autre projet. Nous ne les nommons pas toutes, mais nous ressortons les plus pertinentes. Pour ce qui est des conditions de fond de la validité du suicide assisté ou d'une euthanasie, nous notons quelques variantes. Par exemple, selon la loi québécoise, le patient doit être assuré en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* (art. 26, par. 1 LSFV), et la situation médicale de ce dernier doit être caractérisée « par un déclin avancé et irréversible de ses capacités » (art. 26, par. 3 LSFV), deux conditions qui ne sont pas exigées en

vertu de notre projet de loi. Par contre, notre projet de loi exige que le patient soit conscient (art. 2, al. 1, par. a) LSAE), étant donné que notre loi ne prévoit aucun régime en cas d'inconscience. En ce qui a trait aux conditions de forme de l'aide médicale à mourir, le projet de loi québécois prévoit une procédure de référence à un autre médecin au cas où le premier médecin refuserait de procéder à l'aide médicale à mourir (art. 30 LSFV). Par contre, notre projet de loi prévoit plusieurs conditions procédurales qui ne sont pas incluses dans le projet de loi québécois : la demande d'euthanasie ou de suicide assisté doit être signée par des témoins (art. 3, par. g) LSAE), le médecin doit utiliser la méthode appropriée (art. 3, par. i) LSAE) et le médecin doit rédiger un rapport au coroner (art. 3, par. k) LSAE). Notre projet de loi prévoit également la référence du patient à un service d'aide psychosociale (art. 3, par. c) LSAE), condition que nous avons importée du régime légal de l'Oregon.

Par ailleurs, le projet de loi québécois prévoit d'autres mécanismes, absents de notre projet de loi, tels que le rôle du Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens (Chapitre IV, section III LSFV), le mandat de la Commission (art. 36 à 40 LSFV), ainsi qu'un délai de 10 jours pour le médecin rendre son rapport et une amende en cas d'absence de rapport (art. 41 LSFV). Par contre, notre projet de loi prévoit la publicité des travaux de la Commission (art. 8 LSAE), processus qui n'est pas prévu dans le projet de loi québécois. Finalement, une dernière différence réside dans l'organisme à qui la Commission transmet un dossier dans lequel elle juge que le médecin n'a pas respecté les conditions émises par l'une ou l'autre des lois sur l'aide médicale à mourir. Dans le cas de la loi québécoise, la Commission « transmet un résumé de ses conclusions au médecin, à l'établissement concerné, au Collège des médecins du Québec et, le cas échéant, aux autres autorités concernées » (art. 42 LSFV). Pour sa part, notre projet de loi prévoit plutôt que le

dossier du médecin, n'ayant pas respecté les conditions de la loi, est transmis au Procureur (art. 6 LSAE).

En somme, ces deux projets de loi sont similaires car ils empruntent les mêmes critères, ceux énoncés dans les régimes légaux européens des pays du Benelux. Néanmoins, en raison de l'ordre de gouvernement, provincial ou fédéral, qui légifère, la nature de ces projets de loi est différente. La *Loi concernant les soins de fin de vie* vise essentiellement à réglementer les soins de santé, qui incluent l'aide médicale à mourir, tandis que la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie* vise plutôt à réglementer la pratique du suicide assisté et de l'euthanasie, qui constitue autrement une infraction criminelle.

## Conclusion

En conclusion, le suicide assisté et l'euthanasie suscitent et susciteront, longtemps encore, un important débat de société. Le recours à l'une ou l'autre de ces pratiques constitue un sujet délicat qui divise profondément la société. Notre recherche visait à analyser les questions du suicide assisté et de l'euthanasie dans le but d'élaborer une législation permettant le recours à ces pratiques, interdites au Canada, en vertu du *Code criminel*. Notre question de recherche se lisait comme suit : **Comment peut-on élaborer un projet de réforme du droit s'inscrivant dans le respect des valeurs du libéralisme et visant à décriminaliser et légaliser le suicide assisté et l'euthanasie au Canada, conformément à la jurisprudence applicable et inspiré des meilleures pratiques à l'étranger?**

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons tout d'abord traité de philosophie dans notre cadre théorique, portant sur le libéralisme et le moralisme, théories philosophiques contrastées à la lumière du suicide assisté. Par la suite, nous avons étudié le droit canadien en ce qui a trait au suicide assisté. Notre étude du droit canadien comportait trois volets : le volet législatif, le volet jurisprudentiel, et un volet portant sur les liens entre les théories du libéralisme et du moralisme et les opinions des différents juges dans les arrêts *Rodriguez*. Ensuite, nous nous sommes intéressée au droit étranger, c'est-à-dire aux régimes qui permettent le suicide assisté ou l'euthanasie en Suisse, aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg, ainsi que dans les États américains de l'Oregon, de Washington, du Vermont et du Montana. Cette étude comportait également un volet sur l'efficacité des garanties juridiques et procédurales présentes dans ces différents régimes légaux.

Enfin, à partir des études précédentes, nous avons rédigé deux projets de loi légalisant le suicide assisté et l'euthanasie au Canada. Ces projets de loi constituent nos « résultats » de recherche. En somme, les résultats de notre recherche consistent en une légalisation du suicide assisté grâce à deux projets de loi : un amendement du *Code criminel* et une nouvelle loi. Ainsi, nous avons amendé les articles 14, 222 et 241 C.cr. Par ailleurs, nous avons rédigé une nouvelle loi permettant le suicide assisté et l'euthanasie selon certaines conditions. Notre nouvelle loi, la *Loi sur le suicide assisté et l'euthanasie*, est basée principalement sur la Loi belge, elle-même inspirée du système néerlandais. Notre loi incorpore également quelques éléments du système néerlandais et du système de l'Oregon. Ces deux systèmes sont les plus anciens en matière de suicide assisté et les mieux documentés. Notre loi établit des conditions de validité du suicide assisté et de l'euthanasie, autant par rapport au fond qu'à la forme. Elle crée également un nouvel organisme, une Commission de contrôle et de surveillance, qui a pour objectif de veiller au respect des dispositions de notre loi.

À la suite de la réflexion menée dans le cadre de ce projet de recherche, nous pensons que la question du suicide assisté devrait être étudiée le plus tôt possible par le gouvernement du Canada. Le gouvernement devrait consulter la population canadienne directement, que ce soit à l'aide d'un référendum populaire ou d'un sondage, afin de connaître l'opinion « majoritaire » en matière de suicide assisté. Nous pensons que les valeurs changent avec le temps, et que la population canadienne a peut-être une opinion différente du suicide assisté que celle qu'elle a eu par le passé, lorsque les dispositions du *Code criminel* interdisant l'assistance au suicide ont été adoptées. Ce changement s'illustre notamment par les résultats du rapport québécois de M<sup>e</sup>

Ménard<sup>294</sup>, de celui de la Société royale du Canada<sup>295</sup>, ainsi que du projet de loi québécois n° 52, la *Loi concernant les soins de fin de vie*<sup>296</sup>.

Depuis plusieurs années, le gouvernement et les tribunaux se renvoient la balle mutuellement à savoir qui doit régler la question du suicide assisté. Suite à la décision de la Cour d'appel de Colombie-Britannique dans l'arrêt *Carter*<sup>297</sup>, la question du suicide assisté a de bonnes chances d'être ensuite débattue devant la Cour suprême du Canada. La Cour suprême pourrait invalider l'article 241 C.cr. et forcer ainsi le gouvernement à régler la question du suicide assisté. Néanmoins, même si la Cour suprême n'invalide pas l'article 241 C.cr., le suicide assisté demeure un enjeu incontournable de notre société. Avec le vieillissement de la population canadienne, qui va se poursuivre dans les années à venir, l'enjeu du suicide assisté ne fera que prendre de l'ampleur. Nous sommes d'avis qu'il serait préférable de résoudre ce problème maintenant, plutôt que de risquer une augmentation des cas de suicides assistés ou d'euthanasies clandestins. Ces pratiques clandestines peuvent causer des dommages irréparables aux personnes vulnérables, qui sont pourtant les personnes que le gouvernement souhaite le plus protéger grâce à l'interdiction prévue à l'article 241 C.cr.

Notre recherche ne constitue qu'un bref survol du droit en matière de suicide assisté. Il nous était impossible d'étudier en profondeur le régime légal de chaque état étranger où le suicide assisté et l'euthanasie sont permis. La langue était également une barrière dans le cadre de notre étude du régime néerlandais. Bien qu'il existe beaucoup de documentation sur le système néerlandais, il

---

<sup>294</sup> Ménard, *supra* note 13.

<sup>295</sup> Downie, *supra* note 16.

<sup>296</sup> Loi québécoise, *supra* note 21.

<sup>297</sup> *Carter BCCA*, *supra* note 20.

nous était impossible d'analyser la Loi néerlandaise dans sa version originale. Nous avons dû nous contenter de l'interprétation d'autres chercheurs et de traductions.

Dans le cadre de notre projet de recherche, nous avons recensé l'opinion, sur le suicide assisté, de nombreuses personnes : gouvernements, chercheurs canadiens et étrangers, juristes et médecins. À l'avenir, il serait pertinent de recueillir l'opinion des personnes qui sont le plus concernées par la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie, c'est-à-dire les patients. Nous pensons qu'une étude qualitative et quantitative de l'opinion de patients canadiens gravement malades sur le suicide assisté pourrait être pertinente. Cette recherche ultérieure nous permettrait peut-être de déterminer si oui ou non, au delà des considérations philosophiques, juridiques et politiques, le suicide assisté et l'euthanasie devraient être permis au Canada et sous quelles conditions.

## Bibliographie

### Législation

- *An Act Relating to Patient Choice and Control at End of Life*, Vt Ann Stat tit 113 §39-5281 (2013).
- *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada (R-U)*, 1982, c 11.
- *Code criminel*, LRC 1985, c C-46.
- *Code pénal*, S.R. 311.0.
- *Code pénal*, Sr. 1994.
- *Controlled Substances Act*, Pub L 91-513, 84 Stat 1242.
- *Convention internationale des droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, 44 RTNU 25.
- *Death With Dignity Act*, Oregon Rev Stat §70.245 (1994).
- *Death With Dignity Act*, Wash Rev Code §70.245 (2009).
- *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789*, JO, 26 août 1789.
- *Loi constitutionnelle de 1867 (R-U)*, 30 & 31 Vict, c 3, reproduite dans LRC 1985, ann II, n°5.
- *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*, Mémorial A-No. 46, 16 mars 2009.
- *Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, M.B. 22 juin 2002.
- *Loi électorale du Canada*, LC 2000, c 9.
- PL C-384, *Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement)*, 3<sup>e</sup> sess, 40<sup>e</sup> parl, 2009.
- PL 52, *Loi concernant les soins de fin de vie*, 1<sup>re</sup> sess, 40<sup>e</sup> lég, Québec, 2013.
- Proposition de loi S. 5-1947, Sénatrice Elke Sleurs, 25 janvier 2013.
- *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, 2002, Stb. 2001, 194.
- *The Declaration of Independence* para. 2 (US 1776).

### Jurisprudence

- *Andrews c. Law Society of British Columbia* [1989] 1 RCS 143.

- *Baxter v. Montana*, 2009 WL 5155363 (Mont. 2009).
- *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44, [2011] 3 RCS 134.
- *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886.
- *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCCA 435.
- *Chevron U.S.A. Inc. v. Natural Resources Defense Council, Inc.*, 467 US 837 (1984).
- *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 RCS 119.
- *Commission ontarienne des droits de la personne et O'Malley c. Simpsons-Sears Ltd.*, [1985] 2 RCS 536.
- *Godbout c. Longueuil (Ville)*, [1997] 3 RCS 844.
- *Gonzales v. Oregon*, 546 US 243 (2006).
- *In the Matter of Claire C. Conroy*, 486 A 2d 1209 (JJ 1985).
- *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1999] 1 RCS 497.
- *Law Society of Upper Canada c. Skapinker*, [1984] 1 RCS 357.
- *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] RJQ 361 (CS).
- *Nederlandse Jurisprudentie* 1985, No. 106.
- *Nederlandse Jurisprudentie* 1994, No. 656.
- *Nederlandse Jurisprudentie* 2003, No. 167.
- *Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Martin ; Nouvelle-Écosse (Workers' Compensation Board) c. Laseur*, 2003 CSC 54, [2003] 2 RCS 504.
- *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*, 505 US 833 à 980 (1992).
- *Québec (Procureur général) c. A.*, 2013 CSC 5.
- *R. c. Big M. Drug Mart Ltd.*, [1985] 1 RCS 295.
- *R. c. Heywood*, [1994] 3 RCS 761.
- *R. c. J.A.*, 2011 CSC 28, [2011] 2 RCS 440.
- *R. c. Kapp*, 2008 CSC 41, [2008] 2 RCS 483.
- *R. c. Malmo-Levine; R. c. Caine*, 2003 CSC 74, [2003] 3 RCS 571.
- *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30.
- *R. c. Oakes*, [1986] 1 RCS 103.
- *R. c. Swain*, [1991] 1 RCS 933.
- *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, 1992 CanLII 726 (BC SC).

- *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)*, [1993] 3 WWR 553.
- *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519.
- *Withler c. Canada (Procureur général)*, 2011 CSC 12, [2011] 1 RCS 396.

## Doctrine : Monographies

- Aumonier, Nicolas, Bernard Beignier et Philippe Letellier. *L'euthanasie*, 6<sup>e</sup> éd, Que sais-je ? no 3595, Paris, Presses universitaires de France, 2012.
- Baldwin, James Mark, dir. *Dictionary of Philosophy and Psychology*, Gloucester, Mass, P. Smith, 1960.
- Baraquin, Noëlla et al. *Dictionnaire de philosophie*, 3<sup>e</sup> éd, Paris, Armand Colin, 2005.
- Barry, Brian. *Justice as Impartiality*, Oxford, Oxford University Press, 1995.
- Bentham, Jeremy. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, The Collected Works of Jeremy Bentham, Londres, Athlone Press, 1970.
- Biziou, Michaël. *Adam Smith et l'origine du libéralisme*, Fondements de la politique, Série Essais, Paris, Presses universitaires de France, 2003.
- Blackstone, William. *Commentaries on the Laws of England*, vol 4, Oxford, Clarendon Press, 1769 à la p 189.
- Burbidge, George Wheelock. *A Digest of the Criminal Law of Canada*, Toronto, Carswell, 1890.
- Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada, 1982.
- Condorcet, Jean-Antoine-Nicolas de Caritat, marquis de. *Projet de déclaration des droits*, Œuvres, t. XVIII.
- Deleury, Édith et Dominique Goubau. *Le droit des personnes physiques*, 4<sup>e</sup> ed, Cowansville, Yvon Blais, 2008 à la p 127.
- Dworkin, Ronald. *Life's Dominion : An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, London, Harper Collins, 1993.
- Ferry, Jérôme. *Friedrich A. Hayek : les éléments d'un libéralisme radical*, Travaux et mémoires, Théories et pratiques sociales, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1990.
- Friedman, Milton. *Capitalism and Freedom*, Chicago, The University of Chicago Press, 1982.

- Fuller, Lon L. *The Morality of Law*, New Haven, Yale University Press, 1969.
- Griffiths, John et al. *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998.
- Grundmann, Antonia. *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*, Aachen, Shaker, 2004.
- Hayek, Friedrich. *The Constitution of Liberty*, Chicago, University of Chicago Press, 1960.
- Jackson, Emily et John Keown. *Debating Euthanasia*, Debating Law Vol 3, Oxford, Hart Publishing, 2012.
- Keown, John. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
- Kuhse, Helga. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine : A Critique*, London, Clarendon Press, 1987.
- Larmore, Charles. *Patterns of Moral Complexity*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- Larmore, Charles. *The Morals of Modernity*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- *La Sainte Bible*, trad. Moines de Maredsous, Maredsous, Editions de Maredsous, 1953.
- Lavergne, Claude. *Dictionnaire populaire catholique*, Sainte-Anne-de-Beaupré, Qc, Revue de Sainte Anne de Beaupré, 1986.
- *Le petit Larousse illustré*, 2008.
- Leroux, Robert. *Lire Bastiat : science sociale et libéralisme*, Collection Société et pensées, Paris, Hermann, 2008.
- Lewy, Guenter. *Assisted Death in Europe and America : Four Regimes and their Lessons*, Oxford, Oxford University Press, 2011.
- Lussier, Christiane. *Le consentement de la victime en matière d'infractions contre les personnes*, Collection Minerve, Cowansville, Québec, Yvon Blais, 1999.
- Mill, John Stuart. *De la liberté*, traduit par Laurence Lenglet à partir de la traduction de Dupond White, Paris, Gallimard, 1990.
- Mill, John Stuart. *Utilitarianism, Liberty, and Representative Government*, London, J.M. Dent and Sons, 1910.
- Moore, George Edward. *Principia Ethica*, traduit par Francisco Vergara, Cambridge University Press, 1954.

- Pope John Paul II, *Encyclical Letter Evangelium Vitae*, Vatican City, Libreria Editrice Vaticana, 1995.
- Pufendorf, Samuel. *Le droit de la nature et des gens*, vol 1, traduit par Jean Barbeyrac, Londres, Chez J. Nours, 1740.
- Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport, Evaluation-Summary: Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act by Bregje Onwuteaka-Philipsen et al (22 mai 2007).
- Nozick, Robert. *Anarchy, State and Utopia*, New York, Basic Books, 1974.
- Rawls, John. *Political Liberalism*, New York, Columbia University Press, 1993.
- Raz, Joseph. *The Morality of Freedom*, Oxford, Clarendon, 1986.
- Smith, Adam. *Enquête sur la nature et les causes de la richesse des nations*, traduit par Paulette Taïeb, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.
- Smith, Adam. *Théorie des sentiments moraux*, traduit par Michaël Biziou, Claude Gautier et Jean-François Pradeau, Paris, Presses universitaires de France, 1999.
- Spencer, Herbert. *The Man Versus the State*, Liberty Classics, Indianapolis, 1981.
- Thomasma, David C. et al. *Asking to Die: Inside the Dutch Debate About Euthanasia*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
- Van der Maas, Paul et al. *Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life : An Investigation*, Amsterdam, Elsevier, 1992.
- Vergara, Francisco. *Introduction aux fondements philosophiques du libéralisme*, Paris, Éditions de la Découverte, 1992.

## Doctrine : Articles

- Adams, Maurice et Herman Nys. « Euthanasia in the Low Countries : Comparative Reflections on the Belgian and Dutch Euthanasia Act » dans Paul Schotsmans et Tom Meulenbergs, dir, *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*, Ethical Perspectives Monograph Series, Leuven, Peeters, 2005, 5.
- Barry, Brian. « In Defense of Political Liberalism » (1994) 7 : 3 Ratio Juris 314.
- Bonin, Pierre-Yves. « La justification politique de la liberté » (1999) 3 Revue de Métaphysique et de Morale 313.

- Boning, Charles R. « Rational Euthanasia : Mortality, Morality and Assisted Suicide » (1996-1997) 8 U Fla JL & Pub Pol'y 79.
- Dulles, Avery. « John Paul II and the Truth About Freedom » (Aug-Sept 1995) 55 First Things 36.
- Dworkin, Ronald. « Liberalism » dans Stuart Hampshire, dir, *Public and Private Morality*, Cambridge, Cambridge University Press, 1978, 113.
- Finnis, John. « A Philosophical Case Against Euthanasia » dans John Keown, dir, *Euthanasia Examined : Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, 23.
- Flew, Antony. « The Principle of Euthanasia » dans A. B. Downing, dir, *Euthanasia and the Right to Death*, London, Owen, 1969, 30.
- Ganzini, Linda et al. « Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act » (2000) 342 *New England Journal of Medicine* 561.
- Ganzini, Linda et al. « Prevalence of Depression and Anxiety in Patients Requesting Physicians' Aid in Dying: Cross-sectional Survey » (2008) 337 *British Medical Journal* 973.
- Gutmann, Amy et Dennis Thompson. « Moral Conflict and Political Consensus » dans R. Bruce Douglass, Gerald M. Mara et Henry S. Richardson, dir, *Liberalism and the Good*, New York, Routledge, 1990.
- Harcourt, Bernard E. « The Collapse of the Harm Principle » (1999) 90 : 1 *The Journal of Criminal Law and Criminology* 109
- Hart, H.L.A. « Immorality and Treason » dans Richard A. Wasserstrom, dir, *Morality and the Law*, Belmont, Calif., Wadsworth Publishing Co, 1971, 49.
- Hilden, Joanne M. « Attitudes and Practices Among Pediatric Oncologists Regarding End-of-Life Care: Results of the 1998 American Society of Clinical Oncology Survey » (2001) 19 *Journal of Clinical Oncology* 208.
- Kadish, Sanford. « Respect for Life and Regard for Rights in the Criminal Law » dans Stephen F. Barker, dir, *Respect for Life in Medicine, Philosophy and Law*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977.
- Kurtz, Paul. « Is Everyone a Humanist ? » dans *The Humanist Alternative*, London, Pemberton, 1973, 173.
- Larmore, Charles. « Political Liberalism » (1990) 18 : 3 *Political Theory* 339.

- Machlup, Fritz. « Liberalism and the Choice of Freedoms » dans William F. Buckley, Jr., dir, *Essays on Hayek*, New York, New York University Press, 1976, 13.
- Moffat, Robert C.L. « “Minimal Government” An Introduction Appraisal » (1978) 58 *Personalist* 321.
- Myers, Richard S. « An Analysis of the Constitutionality of Laws Banning Assisted Suicide from the Perspective of Catholic Moral Teaching » (1994-1995) 72 *U Det Mercy L Rev* 771.
- Nagel, Thomas. « Moral Conflict and Political Legitimacy » (1987) 16 *Philosophy and Public Affairs* 215.
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. et al. « Dutch Experience of Monitoring Euthanasia » (2005) 331 *British Medical Journal* 692.
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. « The Unreported Cases » dans Stuart J. Youngner et Gerrit K. Kimsma, dir, *Physician-Assisted Death in Perspective : Assessing the Dutch Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, 123.
- Patterson, Rachael et Katrina George. « Euthanasia and assisted suicide : A liberal approach versus the traditional moral view » (2005) 12 *JLM* 494.
- Previn, Matthew P. « Assisted Suicide and Religion : Conflicting Conceptions of the Sanctity of Human Life » (1995-1996) 84 *Geo LJ* 589.
- Safranek, John P. et Stephen J. Safranek. « Assisted Suicide: The State versus The People » (1997-1998) 21 *Seattle U L Rev* 261.
- Snyder, Lois. « Etats-Unis – Euthanasie, suicide assisté et droit de mourir » dans Philippe Latellier, dir, *L'euthanasie*, vol 2, Perspectives nationales et européennes, Regard éthique, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2003, 111.
- Sullivan, Amy D. et al. « Legalized Physician-assisted Suicide in Oregon: The Second Year » (2000) 342 *New England Journal of Medicine* 603.
- Sullivan, Joseph V. « The Immorality of Euthanasia », dans, Marvin Kohl, dir, *Beneficent Euthanasia*, Buffalo, NY, Prometheus Books, 1975, 12.
- Van Delden, Johannes J.M. « Pays-Bas – L'euthanasie comme ultime recours » dans Philippe Latellier, dir, *L'euthanasie*, vol 2, Perspectives nationales et européennes, Regard éthique, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2003, 67.
- Verhagen, Eduard and Pieter J.J. Sauer. « The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns » (2005) 352 *New England Medical Journal* 959.

- Van der Heide, Agnes et al. « End-of-life decision making in six European countries: descriptive study » (2003) 361 *The Lancet* 347.
- Van der Heide, Agnes. « End-of-Life Practices in the Netherlands Under the Euthanasia Act » (2007) 365 *New England Journal of Medicine* 1961.
- Waldron, Jeremy. « Legislation and Moral Neutrality » dans Robert E. Goodin et Andrew Reeve, dir, *Liberal Neutrality*, New York, Routledge, 1989.
- Weyers, Heleen. « The Legalization of Euthanasia in the Netherlands : Revolutionary Normality » dans Stuart J. Youngner et Gerrit K. Kimsma, dir, *Physician-Assisted Death in Perspective : Assessing the Dutch Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012, 34.

## Sites Internet

- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, « Cinquième rapport aux Chambres législatives (Années 2010-2011) », en ligne : Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement <<http://www.health.belgium.be/euthanasie>>.
- CTVNews.ca, « B.C. woman to challenge assisted-suicide laws » (14 novembre 2011), en ligne : CTV News <<http://www.ctvnews.ca>>.
- CTVNews.ca, « B.C. Court of Appeal upholds ban on assisted suicide » (10 octobre 2013), en ligne : CTV News <<http://www.ctvnews.ca>>.
- Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology, « Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act » (10 mars 2004), en ligne : Oregon Health Authority <<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtml>>.
- Downie, Jocelyn et al. « Prises de décisions en fin de vie » (Novembre 2011), en ligne : La Société royale du Canada <<http://rsc-src.ca>>.
- Jean-Pierre Ménard, Michelle Giroux et Jean-Claude Hébert, « Mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale de l'Assemblée Nationale sur la question de mourir dans la dignité » (janvier 2013), en ligne : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec <<http://www.msss.gouv.qc.ca>>.
- LeDevoir.com, « Aide médicale à mourir – Les pro-vie veulent faire reculer Québec » (25 septembre 2013), en ligne : Le Devoir <<http://www.ledevoir.com>>.

- Radio-Canada, « Gloria Taylor, qui a lutté pour le suicide assisté, est décédée d'une infection »  
(5 octobre 2012), en ligne : Radio-Canada.ca <<http://www.radio-canada.ca>>.