

Deux décisions de la Cour Suprême du Canada sur le suicide médicalement assisté
De Rodriguez (1993) à Carter (2015) : parle-t-on toujours du même geste ?

Gabrielle Pilliat

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de maîtrise en criminologie
en vue de l'obtention du grade Maîtrise Ès Arts en Criminologie

Département de criminologie
Faculté des Sciences sociales
Université d'Ottawa

Remerciements

Je remercie Sophie du fond du cœur, qui m'a toujours encouragée à poursuivre l'aventure de cette thèse et à la terminer. Aussi, merci à toi de m'avoir donné ton point de vue de manière honnête sur ce travail; cela m'a été utile à plusieurs égards.

À mes superviseurs, Jean-François Cauchie et Patrice Corriveau, merci pour votre supervision et vos retours, qui m'auront permis de mieux nuancer ma pensée, ainsi que de mieux la structurer. Je ne saurais également trop vous remercier pour le soutien financier que vous m'aurez apporté ; sans lequel cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

Mes plus chaleureux remerciements vont à mes grands-parents, Arlette et Robert. Je vous remercie du fond du cœur de toujours m'avoir soutenue, tout au long de mes études et de m'avoir encouragée à poursuivre ce que j'aimais faire. Et merci à mes parents, Céline et Germain, pour leur soutien indéfectible ainsi que leurs avis critiques sur ce travail.

Et merci à tous ceux encore, qui, de près ou de loin, m'auront aidée dans mon cheminement de pensée et avec lesquels j'aurai passé mes meilleures années d'étudiante : Alina, Audrey, Illesha, Linda, Marilyne, Charbel, Jonathan et Aline.

Résumé

Avec l'arrêt Carter (2015), la Cour Suprême du Canada (CSC) a statué que les articles 14 et 241*b*) du Code criminel canadien (CCC), prohibant le suicide médicalement assisté, étaient inconstitutionnels. Elle bouleversait de ce fait un jugement émis par la Cour Suprême en 1993 (arrêt Rodriguez). Que s'est-il passé entre 1993 et 2015 pour qu'une décision juridique aboutisse à des conclusions si différentes ? Afin de répondre à cette question, nous sommes retournées dans le passé et avons pu voir que la médicalisation de la société, la sécularisation de la mort et la décriminalisation progressive du suicide, constituaient autant de facteurs permettant de comprendre pourquoi, en 2015, certaines personnes demandaient le SMA. Inspirée d'une démarche inductive, notre analyse des deux arrêts de la CSC ne nous a pas permis de répondre à notre question initiale comme telle, mais elle a su identifier des bougés substantiels sur trois thématiques : 1) la valeur de la vie, 2) le statut et le rôle du patient et 3) le rôle et le statut du médecin. Alors qu'en 1993, la vie est vue comme sacrée *en tant que telle* et doit être protégée ; elle reste essentielle en 2015, mais vaut surtout pour sa qualité (subjective). Dans ce contexte, le choix personnel de mettre fin à une vie *sans qualité* devient légitime (sous certaines conditions). Ensuite, si le patient est globalement réduit à sa vulnérabilité et à son manque de discernement en 1993, il est réhabilité en 2015 dans sa capacité à poser des jugements et à faire des choix éclairés, certes nécessairement sous l'égide d'une autorité médicale. Enfin, mis en doute, voire mis en cause quant aux garanties morales qu'il pouvait donner à la société en 1993, le médecin devient le garde-fou éthique par excellence en 2015.

Liste des abréviations

AMM	Aide Médicale à Mourir
SMA	Suicide Médicalement Assisté
CCC	Code criminel canadien
CSC	Cour Suprême du Canada
GM	Guerre Mondiale

Table des matières

REMERCIEMENTS	II
RESUME	III
LISTE DES ABREVIATIONS	IV
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1: RECENSION DES ECRITS ENTOURANT LE SMA	10
A. LE SUICIDE : UN CRIME OPPORTUN.....	11
B. REJET DU SUICIDE ET NATURALISATION DE LA MORT.....	13
1. <i>Mort surnaturelle</i>	13
2. <i>Naturalisation de la mort</i>	14
C. MEDICALISATION DE LA MORT.....	16
D. LA SEQUESTRATION DES « MOURANTS »	21
CHAPITRE 2 : LE CHOIX DU TERME DE <i>SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE</i>	23
A. L'EXPRESSION « SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE »	23
B. L'EXPRESSION « AIDE MEDICALE A MOURIR »	24
CHAPITRE 3 : ARGUMENTS POUR ET CONTRE LE SMA	27
A. L'IDEE DE LA SOUFFRANCE.....	27
B. LE CARACTERE SACRE DE LA VIE.....	27
1. <i>Conception vitaliste du caractère sacré de la vie</i>	29
2. <i>Conception relative du caractère sacré de la vie</i>	30
C. QUALITE DE LA VIE (OU MORT DANS LA DIGNITE)	30
D. AUTONOMIE	32
E. LA PERSONNE VULNERABLE.....	33
CHAPITRE 4: QUESTIONS METHODOLOGIQUES.....	36
A. EMPIRIE	36
B. HYPOTHESES	37

1.	<i>La piste religieuse</i>	37
2.	<i>La piste néolibérale</i>	38
3.	<i>Piste de l'effet générationnel</i>	39
C.	PASSAGE D'UNE POSTURE MILITANTE A UNE POSTURE DE CHERCHEUSE.....	40
CHAPITRE 5 : ANALYSE		46
A.	LA VIE ET LE CHOIX.....	46
1.	<i>Hiérarchie entre vie et choix</i>	46
1.1.	La préservation de la vie au centre (1993)	46
1.1.1.	Les juges majoritaires	46
1.1.2.	Les juges minoritaires	50
1.2.	L'importance du choix (2015).....	51
1.2.1.	Les risques sont minimales	51
1.2.2.	Les changements législatifs récents	52
1.2.3.	La place du pronom « je »	52
1.2.4.	Éviter la souffrance	53
2.	<i>Changement de signification donnée à la vie et au choix entre 1993 et 2015</i>	53
2.1.	La vie	53
2.1.1.	La préservation de la vie comme principe (1993)	54
2.1.2.	Les valeurs personnelles comme principe (2015)	56
2.2.	Le choix.....	58
2.2.1.	Un choix inexistant (1993)	59
2.2.2.	Un choix sous tutelle médicale (2015)	59
B.	LE SUICIDAIRE	60
1.	<i>La place laissée à cette personne</i>	60
1.1.	Une appelante dont on se soucie, mais pas trop (1993)	60
1.1.1.	Les juges majoritaires	60
1.1.2.	Les juges minoritaires	62
1.2.	Une grande place donnée aux appelantes (2015)	64
1.2.1.	Une grande place donnée à la souffrance	65
1.2.2.	Une place intime	65

1.3.	En résumé.....	66
2.	<i>Les traits donnés à cette personne</i>	67
2.1.	Un personnage vulnérable devant être assisté (1993).....	67
2.1.1.	Un être juridique devant se plier à la loi et à la nature.....	67
2.1.2.	Une personne vulnérable qui a besoin de la prohibition de l'État.....	69
2.2.	Un personnage dont on décrit la souffrance et qui choisit sa mort (2015).....	69
2.2.1.	Une appelante qui souffre et qui revendique une mort choisie	69
2.2.2.	Le paradoxe de la « tutelle » médicale	72
C.	LE ROLE DU MEDECIN	74
1.	<i>Place donnée au médecin</i>	74
1.1.	En 1993.....	75
1.1.1.	Les juges minoritaires	75
1.1.2.	Les juges majoritaires : une place impossible pour la médecine.	78
1.1.3.	Résumé de la place de la médecine en 1993	80
1.2.	En 2015.....	80
2.	<i>Portrait du médecin</i>	81
2.1.	Portrait d'un potentiel « tueur » (1993).....	81
2.1.1.	Des intentions possiblement malsaines.....	81
2.1.2.	Le médecin, blasphémateur du cours naturel de la vie	83
2.1.3.	Le médecin qui aide à mourir est un être immoral.....	84
2.2.	Portrait d'un actuaire libérateur (2015).....	86
2.2.1.	Aider intentionnellement à mourir est une chose normale.....	87
2.2.2.	Un professionnel du corps	88
2.2.3.	Un professionnel du contrôle	89
2.2.4.	Paradoxe de l'actuaire	90
	CHAPITRE 6: DISCUSSION	92
A.	UNE SOUFFRANCE INUTILE OU UN MANQUE D'ECOUTE ?.....	94
B.	LES APPELANTES, DES « BIENTOT DECEDEES »	98
C.	LA QUALITE DE VIE DEFINIE... COMME ABSENCE DE SOUFFRANCE.....	99
	CHAPITRE 7 : LE MOT DE LA FIN	102

BIBLIOGRAPHIE	104
A. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	104
B. LITTÉRATURE JURIDIQUE	109
C. RESSOURCES PRINCIPALEMENT UTILISÉES POUR LES ANNEXES (MEDIAS)	111
ANNEXES	115
ANNEXE A : LES DIVERSES LEGISLATIONS AUTOUR DE LA « FIN DE VIE »	115
1. <i>La Suisse</i>	117
2. <i>Les États-Unis</i>	120
3. <i>La Colombie</i>	120
4. <i>Les pays du Benelux</i>	121
4.1. Pays-Bas	121
4.2. Belgique	121
5. <i>Luxembourg</i>	124
6. <i>Le cas canadien</i>	124
6.1. Nancy B. (arrêt de traitement)	124
6.2. Robert Latimer (meurtre par compassion)	125
6.3. Cas d'euthanasie non punie	125
6.4. Sue Rodriguez (suicide médicalement assisté)	126
6.5. Mr. Mills (sédation terminale)	126
6.6. Katie Lynn Baker	127
6.7. Evelyn Martens (aide au suicide)	128
6.8. Questionnements	128
ANNEXE B : DIVERS TRAVAUX LEGISLATIFS AUTOUR DE LA FIN DE VIE AU CANADA	129

Introduction

« Un peu de poison de-ci de-là, pour se procurer des rêves agréables, et beaucoup de poison enfin, pour mourir agréablement »
Nietzsche (in ainsi parlait Zarathoustra).

Le 6 février 2015, la Cour Suprême du Canada (CSC) rendait nulle la prohibition de l'Aide Médicale à Mourir (abrégée AMM), ou le Suicide Médicalement Assisté¹ (abrégé SMA) :

dans la mesure où elle prive de cette aide un adulte capable dans les cas où (1) la personne touchée consent clairement à mettre fin à ses jours; et (2) la personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition (Carter *c.* Canada, 2015, §4).

Ainsi, à partir du 6 février 2015, la voie était ouverte à l'aide médicale à mourir. Cependant, cette décision émise par la CSC n'est pas suffisante en elle-même pour que l'aide médicale à mourir soit pratiquée *dans un cadre législatif strict* qui arrivera seulement en 2016.

Cette décision de la CSC rend *inconstitutionnels* l'alinéa 241 *b*)² et l'article 14³ du Code criminel canadien (CCC). *L'alinéa 241b*) stipule que quiconque conseille, aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort (que le suicide s'ensuive ou pas), commet un acte criminel, passible de 14 ans d'emprisonnement maximum. *L'article 14*, quant à lui, déclare que nul ne

¹ Notons immédiatement que nous avons, tout au long de ce travail, privilégié l'expression de « suicide médicalement assisté ». Nous justifierons ce choix à la fin du deuxième chapitre.

² « L'alinéa 241*b*) du Code criminel dispose que:

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 » (Smith, 1993).

³ « 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 » (Code criminel canadien, 2015).

peut consentir à ce que la mort lui soit infligée et que même si une personne consent à ce qu'on lui inflige la mort, la personne qui lui aura infligé cette mort devra répondre de sa responsabilité pénale. Mises ensemble, ces deux dispositions du CCC prohibaient tout acte visant à aider une personne à mourir, que cet acte soit *médicalisé* (fait qu'un médecin aide un patient à mourir en lui fournissant ou lui administrant un produit létal) ou *non médicalisé* (fait que n'importe qui, dans n'importe quelle condition aide une personne à mourir).

En rendant ces deux éléments du CCC inconstitutionnels, la décision rendue par la CSC dans l'arrêt Carter suspendait sa déclaration d'invalidité et enclenchait la métamorphose du Code criminel canadien, forçant par la même occasion les parlementaires à modifier les lois entourant le SMA. Le parlement se voyait en effet donner un an pour adopter une loi qui permette de pratiquer le SMA dans un cadre spécifique. Un an plus tard, soit en février 2016, le gouvernement demandait 6 mois supplémentaires de réflexion étant donné la complexité du dossier. C'est finalement en avril 2016 que le nouveau gouvernement en place a déposé en Chambre des communes le projet de loi C-14. Ce projet de loi propose quatre modifications importantes :

1) il crée « des exemptions à l'égard des infractions d'homicide coupable, d'aide au suicide et d'administration d'une substance délétère, dans le but de permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens de fournir l'aide médicale à mourir et aux pharmaciens ainsi qu'à d'autres personnes de leur porter assistance à cette occasion ».

2) il précise « les critères d'admissibilité et les mesures de sauvegarde à respecter préalablement à la prestation de l'aide médicale à mourir ».

3) il permet « d'exiger des médecins et des infirmiers praticiens qui reçoivent des demandes d'aide médicale à mourir ainsi que des pharmaciens qui délivrent des substances dans le cadre de la prestation de l'aide médicale à mourir qu'ils communiquent les

renseignements nécessaires à la surveillance de l'aide médicale à mourir et d'autoriser le ministre de la Santé à prendre des règlements relatifs à ces renseignements ».

4) Il permet enfin « de créer de nouvelles infractions relatives au non-respect des mesures de sauvegarde, à la falsification ou à la destruction de documents relatifs à l'aide médicale à mourir, à l'omission de fournir les renseignements exigés ou à la contravention des règlements ».

Malgré le fait que le projet de loi C-14 soit riche et intéressant, nous nous intéresserons uniquement à la décision émise par la CSC émise en 2015 (arrêt Carter), dont nous parlions plus haut. Mais ce n'est pas tout. Nous nous intéresserons également à une autre décision émise par la CSC, portant également sur le sujet du SMA et émise en 1993 (arrêt Rodriguez). Voyons maintenant d'où viennent ces deux arrêts et leurs contextes respectifs.

La décision émise en 2015 par la CSC est l'aboutissement des parcours juridiques de plusieurs personnes, notamment Gloria Taylor et Kay Carter.

Gloria Taylor est atteinte de la sclérose amyotrophique latérale, aussi connue sous le nom de maladie de Lou Gehrig. Elle expérimente les premiers symptômes de sa maladie en 2003, mais n'est diagnostiquée qu'en 2009. En 2011, Gloria Taylor entreprend alors un recours devant les tribunaux de première instance en Colombie-Britannique, et ceci, afin d'obtenir une aide médicale à mourir. Face à cette demande, « la Cour suprême de la Colombie-Britannique [déclare en 2012] que la loi canadienne interdisant le suicide assisté est inconstitutionnelle. [La juge Smith] accorde dans sa décision [...] une exemption à Gloria Taylor pour permettre à cette malade de 63 ans d'avoir recours à un suicide assisté, si elle le souhaite » (Radio-Canada, 2012). Gloria Taylor n'aura pas le temps d'utiliser cette exemption et de recourir à l'aide médicale à mourir, car elle décédera d'une infection grave assez rapidement à l'hôpital, en 2012. Cependant, après le décès de Gloria Taylor (le 10 octobre

2013), l'exemption accordée à Gloria Taylor par la Cour Suprême de Colombie-Britannique est infirmée par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique « dans une décision partagée (deux juges contre un) » (Butler & Tiedeman, 2015). Les deux juges infirmant la décision de la Cour Suprême de la Colombie-Britannique observent avant tout le principe du *stare decisis*, ou autrement dit « la règle du précédent ». Selon ce principe, les décisions ultérieures doivent suivre les décisions antérieures afin d'assurer la cohérence dans le droit (L'Encyclopédie canadienne, 2015). Dans le cas de Gloria Taylor, la Cour d'appel de Colombie-Britannique remettait en cause la décision de première instance, car cette dernière n'avait pas observé le jugement rendu antérieurement par la Cour Suprême du Canada, en 1993, dans l'arrêt Rodriguez. Dans ce cadre, selon la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, « [s]'il y a lieu d'examiner la constitutionnalité de l'art. 241 du Code sans égard à l'arrêt Rodriguez, c'est à la Cour suprême du Canada qu'il appartient de le faire » (Butler & Tiedeman, 2015).

Ainsi, c'est par la succession des faits mentionnés ci-dessus que le cas de Gloria Taylor fut amené devant la Cour Suprême du Canada, mais également par la conjonction des efforts concertés de son fils aîné Jason Taylor et de sa mère, Anne Fomenoff (Gloria Taylor étant décédée au moment de l'appel en Cour Suprême). Cependant, l'appel effectué par les descendants de Gloria Taylor ne fut pas isolé. En effet, « trois autres demandeurs se sont associés à Mme Taylor, soit le Dr William Shoichet, un médecin qui était disposé à procurer une aide au suicide dans les cas appropriés si la loi était modifiée, ainsi que Lee Carter et Hollis Johnson, respectivement la fille et le gendre de *Kay Carter* [surnom pour Kathleen Carter] » (Butler & Tiedeman, 2015, notre italique).

Kathleen Carter est une femme qui se voit diagnostiquer une sténose du canal rachidien lombaire en 2008. Cette maladie entraîne la compression progressive de la moelle épinière. En 2009, Kathleen Carter voit son état de santé se détériorer « à un point tel qu'elle [a] besoin d'aide pour presque toutes ses activités quotidiennes. Sa mobilité [est] extrêmement réduite et

elle [est atteinte] de douleurs chroniques » (Carter c. Canada, 2015, §17). À la vue de sa situation, Kathleen Carter demande à mourir de manière médicalement assistée, car « vu la progression de sa maladie [...] elle ne [veut] pas vivre le reste de sa vie alitée, comme une [TRADUCTION] ‘planche à repasser’ » (Carter c. Canada, 2015, §17). « Lorsque Kay Carter a jugé que sa condition était devenue intolérable, elle a demandé à sa fille et à son gendre de l'aider à se rendre dans une clinique d'aide au suicide en Suisse » (Butler & Tiedeman, 2015). C'est ainsi que Kathleen Carter ira en Suisse, dans la clinique DIGNITAS en 2010 afin d'y terminer ses jours de manière médicalisée. Lors de son décès, elle sera entourée de sa fille, Lee Carter, et du mari de celle-ci, Hollis Johnson.

Ainsi, malgré le décès de Gloria Taylor et de Kathleen Carter, les descendants de ces deux femmes feront tout pour que leur cas ait gain de cause. Mais ces derniers ne seront pas seuls dans leur cheminement juridique. Ils seront en effet aidés par l'Association des libertés civiles de la Colombie-Britannique (la BCCLA), représentée par Grace Pastine, dont le but premier est que l'aide médicale à mourir soit légalisée. La BCCLA (2016) estime que les gens qui souffrent de manière insupportable à la fin de leur vie devraient avoir le droit de choisir une mort « digne et paisible ».

Mais cette profusion de démarches juridiques auprès de la CSC n'est pas si nouvelle que cela. En effet, la CSC avait déjà statué sur la prohibition de l'aide médicale à mourir en 1993 en décidant de conserver l'interdiction de l'AMM. La personne qui a amené pour la première fois la question de l'AMM devant la Cour Suprême du Canada est *Sue Rodriguez*, une femme atteinte de « la sclérose latérale amyotrophique, qui la privera graduellement de son autonomie » (Radio-Canada, 1994). À la vue de cette maladie et de son espérance de vie (2 à 14 mois), Sue Rodriguez « demande qu'un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdra la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait » (Rodriguez c. Canada,

1993, 520). Avant d'aller jusqu'à la Cour Suprême du Canada, Sue Rodriguez a « demandé à la Cour suprême de la Colombie-Britannique une ordonnance déclarant [l'alinéa 241 b)] invalide en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la « Charte »). Sa demande a été rejetée. Mme Rodriguez a conséquemment porté sa cause en appel devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, qui, à la majorité, a confirmé la décision de la première cour. Mme Rodriguez a ensuite appelé de cette décision devant la Cour suprême du Canada, où elle a soutenu que l'alinéa 241b) violait les articles 7, 12 et 15 de la Charte » (Smith, 1993; voir explication des articles ci-dessous). Mais cet appel de Sue Rodriguez sera rejeté par la Cour Suprême du Canada qui lui refusera (à cinq juges contre quatre) toute exemption constitutionnelle afin de recevoir une AMM et déclarera que l'alinéa 241 b) du Code criminel est et reste constitutionnel. « Finalement, le 12 février 1993, [Sue Rodriguez] meurt, assistée dans son suicide par un médecin anonyme, en présence de Svend Robinson, député aux Communes » (Encyclopédie sur la mort, 2015).

Sue Rodriguez souhaitait une déclaration d'invalidité de l'alinéa 241 b) du CCC en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Selon Sue Rodriguez, l'alinéa 241 b) qui rend criminelle toute personne aidant une autre personne à se tuer, « porte atteinte à ses droits garantis par les articles 7, 12 et 15(1) de la *Charte* et [est] donc inopérant en vertu du par. 52(1) de la Loi constitutionnelle de 1982 » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, 520). L'article 7⁴ de la Charte protège fondamentalement trois droits : le droit à la vie, le droit à la liberté et le droit à la sécurité. Ce que Sue Rodriguez exprime par rapport à ces trois droits est notamment que sa sécurité est mise en danger par la prohibition de l'AMM. Sue Rodriguez pense que ne pas pouvoir choisir de se tuer au moment où elle le souhaite et de la manière qu'elle souhaite (médicalisée), va entraîner pour elle des « souffrances intolérables » et une perte de dignité.

⁴ L'article 7 de la charte des libertés statue que « chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » (*Loi constitutionnelle de 1982 ; partie I : Charte canadienne des Droits et Libertés*).

Sue Rodriguez insiste donc énormément sur son droit à la sécurité, mais aussi à la liberté. Elle voudrait en effet également mourir de manière libre, selon son propre choix, et non par une mort « imposée » (ou non choisie). Les juges majoritaires, représentés par le juge Sopinka diront que Sue Rodriguez fonde principalement son argumentaire sur l'article 7 de la Charte. Mais à côté de cet argumentaire fondé sur l'article 7 de la Charte, Sue Rodriguez amènera également l'idée que *l'article 12*⁵ de la Charte est mis en défaut par l'alinéa 241 b) du CCC en disant qu'elle subit un traitement cruel de la part de l'État, qui lui impose de rester en vie. Elle dira également que l'alinéa 241 b) viole *l'article 15 (1)*⁶ de la Charte en ce sens qu'elle subit une discrimination du fait qu'elle ne peut pas se tuer, comme n'importe qui d'autre pourrait le faire.

L'argumentaire de Sue Rodriguez sera sensiblement repris tel quel par Gloria Taylor et Kay Carter ainsi que leurs descendants dans l'affaire Carter en 2015. La seule différence, c'est que Sue Rodriguez ne visait que l'alinéa 241 b) du CCC, alors que Gloria Taylor et Kay Carter viseront l'alinéa 241 b) *et* l'article 14 du CCC. Malgré cette différence dans les appels faits en 1993 et 2015, les argumentaires seront à peu de choses près fondés sur la même idée centrale, à savoir que la prohibition de l'AMM les prive de pouvoir faire un choix personnel quant à leur manière de mourir. Idée centrale qui trouvera sa justification dans l'argument qui dit que l'alinéa 241 b) et l'article 14 ne sont pas en adéquation avec l'esprit de l'article 7 de la *Charte*, qui protège la vie, mais aussi la liberté de choisir comment, où et quand on veut mourir.

⁵ L'article 12 de la Charte stipule que « chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités » (*Loi constitutionnelle de 1982 ; partie I : Charte canadienne des Droits et Libertés*).

⁶ L'article 15. (1) de la Charte stipule que « 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 » (*Loi constitutionnelle de 1982 ; partie I : Charte canadienne des Droits et Libertés*).

Nous constatons ainsi qu'en 1993 Rodriguez venait avec des revendications très similaires à celles de Gloria Taylor et Kay Carter en 2015. Fait intéressant, ces revendications ont été entendues différemment par la CSC. En 1993, la décision de la CSC avait été rendue à cinq juges contre quatre (représentés par le juge Sopinka), soutenant ainsi le maintien de l'interdiction de recourir à l'AMM. Vingt ans plus tard, cette même Cour Suprême du Canada décide de lever la prohibition pesant sur l'AMM. En d'autres termes, l'interdit d'aider un individu à se tuer lui-même est jugé inconstitutionnel (Chan & Somerville, 2016).

Ce renversement des décisions de la CSC interpelle. Pour le chercheur, il devient pertinent de s'interroger sur l'évolution des discours des juges qui les a conduits à modifier leur position juridique. Plus spécifiquement, dans le cadre de cette recherche, nous nous intéresserons aux schémas discursifs employés par les juges des arrêts Carter et Rodriguez afin de comprendre les différents arguments de la CSC qui ont conduit à une transformation du regard juridique sur le suicide médicalement assisté au Canada. Nous porterons une attention particulière aux changements qui touchent aux statuts et aux rôles donnés par la CSC tant du côté de celui qui veut mettre fin à ses jours que de celui des professionnels de la santé.

Pour ce faire, il importe tout d'abord de revenir brièvement sur le contexte historique entourant le SMA. Celui-ci nous conduira à être attentives à l'évolution des attitudes autour de la mort, mais aussi face à la médicalisation progressive de la société canadienne. Cet aparté temporel permettra de comprendre comment il se fait que les demandes de SMA aient un sens dans la société canadienne actuelle. Dans un deuxième chapitre, nous expliquerons pourquoi nous avons employé l'expression de *suicide médicalement assisté* et non pas celle d'*aide médicale à mourir*. Ensuite, dans un troisième chapitre, nous verrons les arguments pour et contre le SMA présentés par la littérature scientifique. Ces arguments nous montreront comment les concepts fondamentaux présents dans les arrêts Rodriguez et Carter sont questionnables. Ils peuvent en effet être employés tant par les pro-SMA que par les anti-SMA.

Après avoir fait un survol des arguments, nous présenterons, dans un quatrième chapitre, la méthode employée pour analyser les arrêts. Et puis, dans un cinquième chapitre, nous présenterons les résultats de l'analyse faite des arrêts Rodriguez et Carter. Nous verrons alors en quoi les conceptualisations du médecin, du patient et de la notion de choix vont évoluer entre 1993 et 2015. Dans un sixième, nous discuterons des concepts fondamentaux employés par les arrêts Rodriguez et Carter. Ces concepts fondamentaux sont la souffrance, « les mourants » et la qualité de vie. Le lecteur verra, au regard de l'analyse, que la souffrance est une problématique maintes fois soulevée par les appelantes et qui sera soulignée par les Juges de 1993 et 2015 à diverses reprises. Cette accentuation sur la souffrance ne montrera pas pour autant de questionnements profonds des Juges à son égard. Le lecteur verra aussi que les appelantes sont souvent décrites comme des « mourantes » et donc comme des « presque mortes » ; cela soulève la question de la prise en compte de l'humanité des appelantes qui demandent au final de mourir tout en gardant une « qualité de vie », concept qui remplace le « caractère sacré » de la vie. Enfin, dans un septième et très court chapitre, nous clôturerons notre réflexion et ouvrirons cette thèse à de nouveaux horizons de réflexion.

Chapitre 1: Recension des écrits entourant le SMA

L'historique que nous allons présenter n'a pas la prétention d'expliquer pourquoi la CSC a rendu le SMA constitutionnel en 2015 au Canada. Il cible néanmoins trois facteurs majeurs qui permettent de saisir, en partie, pourquoi le SMA est devenu possible au Canada en 2015 et pas avant. Notre état des lieux a été construit sur un mode chronologique afin de rendre la lecture plus aisée. Nous y verrons respectivement :

- Les évolutions autour du suicide et de l'aide au suicide :

qui nous permettent de comprendre que le suicide a toujours été mal vu, d'abord par l'Église, puis par l'État moderne. D'abord péché, puis crime, le suicide est ensuite devenu légal, mais a toujours gardé sa connotation péjorative. Il l'a d'ailleurs toujours dans l'arrêt Carter en 2015, pourtant favorable au SMA, *mais pas au suicide*, considéré trop « répugnant » (Carter *c.* Canada, 2015, §15). Ces évolutions nous permettront de comprendre que le SMA correspond mieux à l'idée de la mort douce que l'on se fait aujourd'hui et que nombre de personnes le souhaiteraient pour elles-mêmes. Nous précisons d'ores et déjà que la plupart des évolutions décrites concernent le monde occidental chrétien européen, et que nous informerons le lecteur quand nous viendrons à nous intéresser au cas canadien en particulier.

- L'évolution de notre rapport à la mort :

qui nous permet de comprendre pourquoi les appelantes à la CSC en 1993 et 2015 demandent une aide médicale à la mort. Elles le font en effet dans un mouvement de rejet à l'égard d'une manière de mourir qui s'est installée au milieu du 20^{ème} siècle, et qu'Illich nomme la mort clinique, soit une mort sous perfusion thérapeutique intense, une mort choisie par le médecin, qui destitue le patient de la présidence de sa propre mort.

- Les effets de la médicalisation de la société

qui nous permettent de comprendre que la vie, la mort et les diverses étapes de la vie (naissance, mort, etc.) ne sont réalisées sous le regard de la médecine que depuis le 19^{ème} siècle et que la mort à l'hôpital n'a lieu que depuis le milieu du 20^{ème} siècle. Mais aussi que cette médicalisation de la mort est précisément un des points rejetés par les appelantes canadiennes à la CSC. Elles souhaiteraient certes être aidées par un médecin (paradoxalement), mais de la manière qu'elles auraient choisies ELLES et pas le médecin.

A. Le suicide : un crime opportun

Vers le 5^{ème} siècle, une prohibition absolue de la mort volontaire sera proclamée par Saint-Augustin. D'autre part, « au Concile d'Arles en 452, [l'église] déclare que le suicide est un acte inspiré par le Diable et le condamne, quoique *seulement moralement* au début » (Martel, 2002, 13, notre italique).

Le suicide ne commencera en fait à être réprimé qu'à partir du 6^{ème} siècle, avec le Concile d'Orléans (553) qui interdira les oblations « pour les suspects qui se tuent avant d'être jugés » (Martel, 2002) et avec « un décret ecclésiastique [... qui imposera] une première sanction religieuse aux suicidés : l'interdiction de toute sépulture chrétienne et des rites qui y sont associés ainsi que l'interdiction de traiter le corps avec respect » (Martel, 2002, 13-14). Et puis, en 1184, l'Église officialisera la condamnation morale du suicide en l'incluant dans le droit canon avec le Concile de Nîmes (Martel, 2002).

Par la suite, au 14^{ème} siècle, le droit séculier associera la mort volontaire au meurtre. Le suicide sera donc criminalisé (Martel, 2002, 17), attirant ainsi l'opprobre sur les corps des suicidés. À ce moment-là, « la justice séculière, surtout pénale et populaire, ajoute des mesures répressives supplémentaires aux proscriptions morales et religieuses déjà incluses dans le droit canon. Des rites de profanations des corps de suicidés sont adoptés, tels que la

mutilation du corps ou bien le refus de sépulture chrétienne au corps. On assiste alors à une répression du suicide jusque-là inégalée » (Martel, 2002, 14).

Si le suicide n'est criminalisé qu'à partir du 14^{ème} siècle, c'est parce qu'« à cette époque, le système féodal amorce son déclin et le système de la *Common Law* commence à apparaître » (Martel, 2002). « Ce système emprunte beaucoup à l'Église et lui emprunte la notion de péché qu'il recouvre de la notion de crime. Si le crime est un péché, le suicide est un péché mortel. Ce système de justice observera le suicide comme un crime d'ordre spirituel (contre Dieu, l'homme s'arroge l'autorité de reprendre la vie) et d'ordre temporel (contre le souverain et ses sujets). Au 14^{ème} siècle, le suicide est classé parmi les pires crimes en Angleterre ; il est placé au rang de *meurtre contre soi-même* (Martel, 2002).

Ce nouveau crime confèrera à l'État moderne naissant le pouvoir de reprendre les biens des suicidés et donc de s'enrichir :

soulignons que la mise en place de la *Common Law* est une des manifestations de l'émergence de l'Etat et d'une volonté naissante de centraliser les instances politiques et le pouvoir. Il devenait, dès lors, intéressant de transférer les biens d'un suicidé des coffres du seigneur dans ceux du roi. Il suffisait alors de considérer le suicide comme une félonie, puisque tous les félons étaient tenus, par la loi, de céder leurs biens au roi. Il semble que ce soit à cette époque que le meurtre de soi-même a été regardé comme félonie et désigné comme *felo de se*, ou traître de soi-même [...]. En fait, la criminalisation du suicide en Angleterre ne peut être comprise que dans le contexte de la transition entre deux systèmes d'économie politique, le passage du féodalisme au capitalisme. Concrètement, elle a contribué à la mise en place de l'État moderne, et ce, de deux manières. D'abord l'invention du crime de suicide sert à étendre les pouvoirs judiciaires des tribunaux en particulier (construction d'un nouvel objet pénal) et les pouvoirs de l'État en général (sur la propriété privée). Ensuite, l'inclusion du suicide dans la catégorie des félonies garantit des revenus supplémentaires à l'État du fait des confiscations. Non seulement ces revenus servent à enrichir l'État central, mais également ils constituent, pour le roi, un moyen de s'attacher les courtisans et les nobles ainsi que les propriétaires terriens bien en vue [...]. En somme, la criminalisation du suicide est, à l'instar d'autres crimes, une source de richesse et de pouvoir pour l'État naissant (Martel, 2002, 18-19).

Martel (2002, 19) ajoutera qu'à ce moment-là, tout le monde ne peut dûment être reconnu de félon contre soi-même. L'idiot et le lunatique⁷ qui se suicident sont jugés *non compos mentis* (non maîtres de leur esprit). Une personne jugée *non compos mentis* échappe alors aux châtements prévus par la loi séculière, comme régulière. Une personne, pour être jugée sous le joug du *felo de se* doit impérativement être saine d'esprit et majeure. Nous noterons que nous retrouvons cet aspect de « maître de son esprit » dans les demandes des appelantes et dans l'un des arguments majeurs de l'arrêt Carter, qui veut que si l'on demande l'AMM, on doit être « capable », dans le sens de « lucide ».

Ce ne sera qu'à partir du milieu du 17^{ème} siècle que l'on arrêtera progressivement de prendre les biens des suicidés. Aux dires de Martel (2002, 24), ce serait moins par respect des morts que les suicidés ne seront plus dépouillés de leurs biens terrestres, que par amour de la propriété privée des descendants des suicidés : « cet intérêt croissant pour la propriété engendre[ra] [en effet] une hostilité grandissante envers la saisie des fortunes et des biens des suicidés ».

B. Rejet du suicide et naturalisation de la mort

Afin de comprendre pourquoi les appelantes à la CSC voient la mort comme la fin de la vie et non pas comme la continuation de la vie il faut par ailleurs saisir l'évolution du rapport à la mort, en particulier comment celle-ci se retrouve progressivement naturalisée.

1. Mort surnaturelle

Les premiers grands changements autour de conceptualisation de la mort se passent vers la fin du 14^{ème} siècle (Illich, 1975). Avant le 14^{ème} siècle, la mort était la continuation de la vie terrestre. Cette mort n'était pas opposée à la vie :

⁷ Idiotie : « terme utilisé autrefois en médecine pour désigner l'arriération mentale profonde, forme la plus grave de l'arriération mentale » (Encyclopédie Larousse, 2016a).

Lunatique : « qui a perdu la raison [par une prétendue influence pernicieuse de la lune] » (CNRTL, 2016).

il se souvint de la façon dont les vieillards mouraient chez lui [...] Ils n'en faisaient pas toute une histoire, ne luttèrent pas [...] Ils prenaient la mort calmement. Ils ne traînaient pas dans la mise en ordre de leurs affaires. Ils se préparaient tranquillement et suffisamment à temps, décidant à qui irait la jument, à qui le poulain [...] puis ils partaient facilement, comme s'ils allaient tout simplement *s'installer dans une nouvelle demeure* (Keyserlingk, 1979, 52, citant A. Solzhenitsyn).

Le moment du dernier souffle n'était pas vu comme exceptionnel, contrairement à aujourd'hui, où l'on peut voir que la « fin de vie » est bien souvent perçue comme un « accident » (Thomas & al., 1982). Les riches et les pauvres se préparaient à mourir leur vie durant et le souhait le plus cher de la majorité des hommes (les croyants) avant le 14^{ème} siècle dans l'Occident chrétien, était d'être enterré près des ossements de saints (Ariès, 1975). La mort était perçue dans une optique surnaturelle, c'est-à-dire un événement issu d'une causalité supérieure à la nature humaine. La mort était d'ailleurs exprimée en termes de symboles généraux ; l'identité personnelle, que l'on retrouve aujourd'hui sur les tombes modernes individualisées, n'était pas présente dans la mort.

2. Naturalisation de la mort

Au 14^{ème} siècle, mourir deviendra un événement naturel. Le surnaturel perd du terrain dans la conceptualisation de la mort. De ce fait, la mort devient l'aboutissement de sa propre vie, comme si l'homme ne faisait plus partie d'un destin commun, *mais qu'il avait un destin qui lui est propre* (Illich, 1975, 172). La mort n'est plus le destin de tous, mais son destin à soi.

Aux 15^{ème} et 16^{ème} siècles, ce mouvement d'individualisation s'accroîtra encore. À cette époque, on redécouvre et on remet au goût du jour les valeurs gréco-romaines que sont l'autodétermination, l'indépendance et l'autonomie : la société devient mercantile et commence à se baser sur le profit et l'individualisme (Martel, 2002, 21). « Pour la première fois depuis l'antiquité, l'individu s'oppose à tout ce qui porte atteinte à sa dignité. Dans certains milieux (les biens nantis), *le suicide devient un exutoire moralement acceptable* pour

éviter le déshonneur et la souffrance » (Martel, 2002, 21, *notre italique*). Cette redécouverte des valeurs d'autonomie et de choix personnel ne sera cependant pas la source de l'acceptation du suicide. Elle influencera par contre notre vision moderne de la souffrance comme étant contraire à la dignité. À cet égard, la mort dans la dignité sera au cœur des débats de la CSC dans les affaires Rodriguez et Carter cinq siècles plus tard.

Toujours au 16^{ème} siècle, le protestantisme viendra mettre davantage en avant l'*individu* en tant que sujet pensant et autonome. La réforme protestante⁸ aura pour conséquence deux choses. Tout d'abord, « cette réforme protestante a eu pour effet d'accroître presque partout l'hostilité populaire à l'égard du suicide » (Martel, 2002, 21). En effet, en réinterprétant les vieilles idées du mal et des démons, notamment en insistant sur la puissance du Diable, les protestants amplifient le caractère diabolique du suicide (Martel, 2002, 21). Cette nouvelle vision du Diable se traduira concrètement, au 16^{ème} siècle, par une augmentation de la fréquence et de la violence des punitions faites aux suicidés. Aussi, les suicidés se voient automatiquement confisquer leurs biens, leurs terres et leurs fortunes. Ensuite, la mort cesse d'être considérée comme un passage vers l'autre monde et l'accent se déplace vers la fin de vie terrestre. La mort devient la *fin de la vie*. Selon Illich (1975, 178), « la mort cesse d'être considérée comme un passage vers l'autre monde et l'accent se déplace vers la fin de vie terrestre. [...] La rencontre avec la mort est une certitude beaucoup plus grande que l'immortalité. [...] La mort n'est plus le but de la vie, elle en est la fin ». On cherche alors à maîtriser l'image de son corps dans la mort. Puisqu'on n'envisage plus cette vie après la mort, on focalise dorénavant notre attention sur nos conditions de vie *jusqu'à* la mort.

Il sera à cet égard intéressant de vérifier quelle vision de la mort est mise en avant par les juges de la CSC tant en 1993 qu'en 2015, d'autant que Rodriguez, Taylor et Carter

⁸ Les églises protestantes apparaîtront sous l'impulsion des réformateurs tels que Martin Luther ou Jean Calvin qui se rebellent contre l'autorité de l'église catholique et de ses abus envers les croyants comme la simonie (Encyclopédie Larousse, 2016b).

souhaitaient mourir « dignement », apparaissant préoccupées de l'image qu'elles pourraient projeter le jour de leur mort (Gloria Taylor refusant par exemple de finir comme une « planche à repasser »).

Avec cette nouvelle préoccupation face à la mort, Illich (1975, 181) nous apprend que « la littérature médicale du temps assigne aux thérapeutes deux devoirs opposés : il peut aider à la guérison ou, au contraire, adoucir et hâter la mort » (Illich, 1975, 181). L'important serait de conserver une vie digne et bonne jusqu'à la « fin ». La mort naturelle a par ailleurs contribué « à réduire le corps de l'homme au rang d'objet », à le désacraliser (Illich, 1975, 182). C'est d'ailleurs pour cette raison que le cadavre a perdu son statut légal : il n'est plus considéré comme une personne à part entière (Illich, 1975, 182). Dans ce cadre, les sévices faits aux corps des suicidés deviennent « légitimes ».

C. Médicalisation de la mort

Vers la fin du 17^{ème} siècle et vers le début du 18^{ème} siècle, on assiste à un changement de paradigme. L'individu moderne apparaît et développe une vision nouvelle par rapport au monde qui l'entoure. Il ne croit plus en la transcendance, mais en sa propre source et sa propre fin (Martel, 2002). Il devient de plus en plus sceptique à l'idée du surnaturel (Martel, 2002, 24). Dans ce cadre de naturalisation croissante de la vie humaine et de perte de croyance en la transcendance,

la mort perd définitivement son caractère mystique et est naturalisée. Par ailleurs, des scientifiques commencent à blâmer le comportement suicidaire en mettant au premier plan non plus des machinations sataniques, mais l'état mental de l'individu. [...] *L'interprétation religieuse* du suicide (*acte du démon*) cède alors la place à une *interprétation médicale* (*acte de démence*). [...] à un certain point,] le suicide devient un [...] symptôme de folie (Martel, 2002, 25, notre italique).

Un nouveau type de *client* de la mort apparaît : c'est « un homme riche, qui se refuse de mourir, il veut aller jusqu'au bout de ses forces et mourir en pleine activité. Il n'accepte la

mort que si elle le trouve en bonne santé, avancé en âge, mais toujours vaillant » (Illich, 1975, 185). C'est à cette époque que Francis Bacon commence à prôner la prolongation de la vie (en général) comme le nouveau devoir des médecins (Illich, 1975). « À présent la Bourgeoisie [...] appointe des médecins pour dire à la mort si le moment est venu de frapper » (Illich, 1975, 189). En d'autres termes, au 18^{ème} siècle, l'Homme n'est plus un être intemporel, mais un amalgame d'âme et d'esprit, le tout injecté dans un corps de sang et de peau, que l'on commence tout doucement à voir comme une machine, un objet dissécable, compréhensible, contrôlable.

Vers la fin du 18^{ème} siècle, apparaîtra une autre conception de la mort : « elle est devenue l'issue de maladies spécifiques certifiées par le médecin. [Par la suite] l'espoir qu'avaient les médecins de pouvoir traiter des maladies spécifiques a donné naissance au mythe de leur pouvoir de régir la mort » (Illich, 1975, 190). Avec la médicalisation de la société, le suicide est de plus en plus perçu comme un signe de dérangement mental, le suicide devenant même un symptôme de folie, voire une maladie. Cette conception péjorative du suicide reste encore dominante aujourd'hui (Cassin, 2010).

Cette reconnaissance du suicide comme maladie aura pour conséquence première que le droit sera de moins en moins enclin à punir les suicidés. Vers la fin du 18^{ème} siècle en effet, les suicidés ne sont pour la plupart pas reconnus comme sains d'esprit (Martel, 2002, 25). Les jurés et les coroners deviendront, de ce fait, plus souples en termes de verdicts et auront une tendance croissante à excuser l'acte des suicidés. À un tel point d'ailleurs, que « ce changement d'attitude des coroners et des jurés est considéré par certains comme un signe de relâchement dans l'administration de la justice » (Martel, 2002, 26).

En somme, vers la fin du 18^{ème} siècle, le geste suicidaire, tout comme la mort, est médicalisé, ce qui fait en sorte qu'on reconnaît alors

comme un droit civique le fait, pour un valétudinaire, de mourir sous traitement médical, aux mains d'un clinicien patenté. [...] L'assistance médicale à perpétuité, pour quelque condition clinique que ce soit, est devenue l'exigence absolue pour accéder à la mort naturelle⁹. L'institution de prestations médicales illimitées est devenue un service dont la société est redevable envers tous ses membres (Illich, 1975, 190).

Après la Première Guerre Mondiale (GM), une fois la conception clinique de la mort bien développée, apparaîtra l'idée que le médecin s'interpose entre le patient et la mort (Illich, 1975, 194). Corollairement, apparaîtra aussi l'idée que l'on doit lutter avec la mort. L'individu affronte alors sa propre mortalité, tout comme aujourd'hui on « affronte », on « combat » le cancer. De ce fait, la médecine développe la méthode anatomo-clinique, ce qui permet de connaître l'origine biologique des maladies (Gori & Del Volgo, 2005, 34). L'arrivée des statistiques permettra également de mieux diagnostiquer et de donner des pronostics plus précis quant à l'évolution des maladies. De ce fait, le médecin deviendra capable de savoir si son patient a des chances de s'en remettre ou non de manière assez précise (Dowbiggin, 2003). Or, le fait de pouvoir donner une approximation du moment de la mort d'un patient offrira à la médecine le ticket d'entrée dont elle aura besoin pour se poster en tant qu'autorité de la vie et de la mort.

En s'associant à l'État, la médecine s'organise et se centralise afin de répondre aux problèmes amenés par l'urbanisation croissante ; elle devient « médecine d'État » (Foucault, 1988). En s'organisant, la médecine commence à « trier » le sain du malsain et s'annonce doucement comme garante de la moralité et arbitre du « normal » et du « pathologique ». En d'autres termes, l'*establishment médical* deviendra un référent en termes de moralité (Dowbiggin, 2003). Avec ce nouveau statut, la médecine déclare une « guerre totale » (Illich, 1975, 195) aux maladies causant la mort.

⁹ À cette époque, « 'la mort naturelle' fait son entrée dans les dictionnaires. Une des plus grandes encyclopédies allemandes, publiée en 1909, la définit par ses contraires : 'La mort anormale est l'opposé de la mort naturelle parce qu'elle résulte de la maladie, de la violence, ou de troubles mécaniques et chroniques'. Un très sérieux dictionnaire des idées philosophiques déclare que 'la mort naturelle survient sans maladie préalable, sans cause spécifique définie' » (Illich, 1975, 192).

Cette guerre faite par la médecine aux maladies et à la mort sera accentuée avec la centralisation des soins à l'hôpital. Ainsi durant les années 60, les Canadiens se retrouvent généralement à mourir à l'hôpital (Khalid, 2003). L'hôpital devient alors LA réponse à la maladie (Howart, 2007 ; Blauner, 1966 ; Statistique Canada, 2013). Cette institutionnalisation sera également aidée par une foi renouvelée, mais cette fois-ci, dans le médical. Progressivement en effet, les gens de la population et les membres de la communauté médicale adopteront une croyance dans les « vertus sans limites de la science et de la médecine pour limiter et guérir les maladies » (Quint, 1967, traduction de Arnup, 2013).

De ce fait, une nouvelle culture de la bonne mort hospitalière fera son apparition (Clavandier, 2009 ; Hintermeyer, 2004 ; Howarth, 2007). Dans cette nouvelle culture de la bonne mort hospitalière, le médecin se veut le *gérant des volontés des patients*, pouvant même interdire à un patient de mourir si ces conditions de mort ne correspondent pas à ce que le médecin a prescrit (Illich, 1975, 199). Illich (1975, 199) va plus loin encore et estime qu'« avec la médicalisation de la mort, le soin a accédé au rang de religion mondiale monolithique », où le patient n'a plus le choix de dire non à des soins censés lui sauver la vie, objectif ultime de la médecine moderne.

Avec la médicalisation de la mort, l'individu perd en quelque sorte la maîtrise de sa mort et de sa volonté au profit du choix du médecin (Illich, 1975 ; Howarth, 2007). Certains parleront à ce sujet d'expropriation du corps du malade (Gori & Del Volgo, 2005, 94). « L'homme occidental a perdu le droit de présider à l'acte de mourir. La santé, ou le pouvoir d'affronter les événements, a été expropriée jusqu'au dernier soupir. La mort technique est victorieuse du trépas. La mort mécanique a conquis et annihilé toutes les autres morts », conclut Illich (1975, 202).

Pour Arnup (2013, 8) « les médecins ont fini par se tourner progressivement vers les mesures curatives, si bien qu'on en est venu à considérer bientôt la mort comme un échec de la médecine ». Lorsqu'un patient était sur le point de mourir, on lui administrait toutes les médecines curatives possibles ; une fois que les possibilités curatives étaient épuisées, le mourant était alors laissé dans sa solitude à l'hôpital (Clavandier, 2009) aux soins des infirmières qui ne savaient que trop faire des mourants, car elles n'étaient pas formées à accompagner des mourants, mais à sauver des vies (Arnup, 2013). D'autre part, les mourants subissaient souvent des morts douloureuses, car les médecins leur refusaient une administration de morphine, de peur que leurs patients ne deviennent dépendants à cette médication (Arnup, 2013, 8). Selon Smith & Nickel (2003, traduction d'Arnup, 2013), « les soins de santé modernes de l'époque prospère d'après-guerre étaient axés sur la volonté de sauver des vies, et non sur l'amélioration des soins en fin de vie ».

Résultat de cette progression historique : la médecine tente de vaincre les maladies et la mort, et ce, jusqu'à l'acharnement thérapeutique aux dires de certains (Khalid, 2003 ; Thomas & al., 1982 ; Ariès, 1975, Mitford, 1963 ; pour ne citer qu'eux). En réaction à cette situation de combat contre la mort et de son déni, on voit apparaître les soins palliatifs¹⁰. Progressivement ces soins deviendront une nouvelle branche de l'institution hospitalière et ne feront qu'accentuer ce que les soins palliatifs voulaient combattre au début : soit la longue agonie à l'hôpital dans des conditions plus mécanisées qu'humaines (Clark, 1998). Le *green movement* viendra alors compléter le mouvement des hospices et amènera l'idée que la mort devrait rester naturelle et que donc, on devrait la vivre entièrement, avec une pleine

¹⁰ Aujourd'hui, au Canada, les patients peuvent avoir accès aux soins palliatifs dans une moindre mesure. Certains chercheurs estiment qu'il faudrait d'abord développer les soins palliatifs avant d'aller plus loin avec le SMA. Chan & Somerville (2016) estiment qu'il faudrait d'abord mettre l'emphase sur des soins palliatifs de qualité, pas encore bien développés au Canada, avant d'opter pour le SMA. Gielen & al. (2008) trouvent qu'une majorité de médecins pensent que les patients arrêteront de demander le SMA et l'euthanasie aussitôt qu'ils auront expérimenté les bénéfices de bons soins palliatifs.

conscience tout en contrôlant la douleur (Albery & al., 1993). Des auteurs contemporains dépeignent ainsi la mort à l'hôpital comme solitaire, sans dignité et surmédicalisée.

La critique de la mort hospitalière et de l'acharnement thérapeutique comme étant inhumains se retrouve entièrement dans les demandes de suicide médicalement assisté faites par les appelantes à la Cour Suprême du Canada en 1993 et en 2015. Pour rappel, Rodriguez, Taylor et Carter ne voulaient pas d'une mort « inconsciente sur un lit d'hôpital ». Elles ne voulaient pas souffrir inutilement, perfusées, maintenues en vie sans pouvoir décisionnel, sans autonomie.

D. La séquestration des « mourants »

Ces critiques qui demandent un retour à la mort « naturelle » n'auront pas gain de cause : la majorité des patients continueront à mourir à l'hôpital jusqu'à aujourd'hui. Pour Ariès, la mort est désormais mise loin des regards du public :

À part pour le décès d'hommes d'État, la société a banni la mort. Dans les villes, il n'y a plus moyen de savoir ce qui se passe... La société ne s'arrête plus pour marquer une pause, et la disparition d'une personne n'affecte plus le cours des choses. Tout le monde continue son petit bonhomme de chemin comme si la mort n'existait plus (Ariès, 2008, 560).

Avec la mort à l'hôpital, certains auteurs contemporains parlent de « séquestration de la mort », c'est-à-dire « 'never before have people died as *noiselessly and hygienically* as today, and never in social conditions fostering so much *solitude*' » (Stone & Sharpley, 2008, 584). Cette séquestration de la mort en dehors de l'espace public aura pour conséquence l'apparition d'un nouveau type de citoyen: le mourant. En effet, puisque la mort ne se déroule dorénavant quasiment plus qu'à l'hôpital, le patient qui meurt est mis à l'écart par des murs. Il est donc ségrégué des vivants (Higgins, 2006). Illich (1999, pas de page) dira alors que « dans les pays développés, [...] chacun exige que le progrès mette fin aux souffrances du corps, maintienne le plus longtemps possible la fraîcheur de la jeunesse, et prolonge la vie à l'infini.

Ni vieillesse, ni douleur, ni mort. Oubliant ainsi qu'un tel dégoût de l'art de souffrir est la négation même de la condition humaine » (Illich, 1999, pas de page). C'est donc dans le sillage de cette culture de la santé à tout prix qu'on voit apparaître depuis la fin du 20^e siècle dans plusieurs pays occidentaux des législations autorisant le SMA et l'euthanasie (voir Annexe A pour davantage de précisions et Annexe B pour voir les travaux législatifs précédant l'arrêt Carter).

Chapitre 2 : Le choix du terme de *suicide médicalement assisté*

Il est important, avant d'aller plus loin dans notre thèse, de bien préciser le choix des termes utilisés, car il y a beaucoup de confusion à cet égard. En effet, lorsque l'on interroge des personnes sur l'attitude qu'elles portent à l'égard du SMA, ces dernières n'ont pas d'idées claires de ce que sont euthanasie et aide médicale à mourir. En 2007, un sondage fait sur 991 personnes montrait que 72% pensaient que SMA et euthanasie étaient des synonymes et que 66% estimaient qu'arrêt de traitement et euthanasie étaient similaires (Marcoux & al., 2007). Une autre étude indiquait qu'environ 45% des 271 professionnels de la santé québécois interrogés réalisaient que l'aide médicale à mourir les autoriserait à administrer une médication létale à la demande de leur patient (Marcoux & al., 2015). Un peu moins de la moitié de ces professionnels ne savaient donc pas ce qu'est une aide médicale à mourir.

A. L'expression « *suicide médicalement assisté* »

Le suicide médicalement assisté est un acte qui consiste, pour le patient, à réaliser *l'acte de mettre fin à ses jours, de s'autotuer* ; c'est réellement un *suicide*, mais réalisé de manière assistée, avec l'aide du corps médical (Rivest, 2012). Ainsi, le suicide médicalement assisté n'est pas une euthanasie (encyclopédie sur la mort, 2012a). La distinction fondamentale entre ces deux termes réside dans l'action finale de donner la mort. Avec l'euthanasie, le patient ne réalise pas l'acte final de se tuer par lui-même, c'est le corps médical qui donne la mort au patient (peu importe le mode d'euthanasie utilisé, comme l'euthanasie volontaire ou involontaire).

Soulignons également que le suicide médicalement assisté est un acte *médical* qui n'est pas ouvert à tout le monde et qui doit se dérouler dans des circonstances précises (Carter c. Canada, 2015, §4). Les personnes qui peuvent demander à se suicider de manière

médicalement assistée doivent être « capables »¹¹ et doivent « consentir clairement » à mettre fin à leur vie. Ces personnes doivent aussi être « affectée[s] de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) [leur] causant des souffrances persistantes qui [leur] sont intolérables au regard de [leur] condition » (Carter c. Canada, 2015, §127).

Une fois que ces personnes ont été identifiées comme étant « capables », « consentantes à mourir » et que le médecin a pu voir chez elles des problèmes de santé graves et irrémédiables, le médecin donne son accord pour le suicide médicalement assisté. Au bout du compte, c'est la personne souffrante qui fait le geste final pour se délivrer la substance létale (le pentobarbital usuellement) dans le corps. Cette substance létale est fournie par le médecin possédant les connaissances techniques sur les effets de cette substance. Le tout se passe dans l'institution hospitalière, qui fournit un cadre, un espace et un temps de mort contrôlés.

Le suicide *médicalement* assisté se distingue aussi du suicide *assisté*. Alors que pour le suicide médicalement assisté, c'est un médecin (ou un membre du corps médical) qui aide le patient à se suicider ; pour le suicide assisté, la personne qui aide l'individu à mettre fin à ses jours peut être un ami, un membre de la famille, etc. Il n'y a pas d'acte médical posé. D'ailleurs, le suicide assisté est toujours puni par le Code criminel canadien en 2016.

B. L'expression « aide médicale à mourir »

Pour ce qui est de l'expression d'« aide médicale à mourir », Chochinov (2016) y voit un synonyme « adouci » de l'expression « suicide médicalement assisté ». Le fait d'employer « aide médicale à mourir » au lieu de « suicide médicalement assisté » est un choix

¹¹ Une personne « capable » désigne toute personne « apte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ainsi qu'à communiquer cette décision » (Sénat du Canada, 1995) ; on désigne au contraire une personne comme étant « incapable » celle « qui est inapte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ou à communiquer cette décision » (Sénat du Canada, 1995).

sémantique qui s'expliquerait non pas pour des motifs de « clarifications », mais pour éviter l'utilisation du terme suicide, fort connoté négativement.

Ce « choix sémantique » ou plutôt ce choix d'« adoucissement » terminologique s'expliquerait aussi pour éviter l'utilisation du terme euthanasie. Par exemple, la Commission québécoise sur la question de « mourir dans la dignité » souligne que cette notion est « trop chargée » et qu'elle préfère employer « aide médicale à mourir » :

Bien que le terme 'euthanasie' soit celui utilisé en Belgique et aux Pays-Bas, les auditions publiques ont fait ressortir que ce terme est très chargé¹² et qu'il ne fait pas consensus. Mais surtout, *il n'évoque pas en lui-même l'idée de soutien qui est au cœur de notre proposition*. Tout au long des travaux de la Commission, l'expression 'aide médicale à mourir' s'est imposée graduellement d'elle-même. Le mot 'aide' renvoie à la valeur incontournable de l'accompagnement. Quant au terme 'médicale', il précise la nature de l'accompagnement, qui suppose l'intervention du médecin et du personnel soignant. L'expression 'aide médicale à mourir' est donc celle que nous avons retenue (Commission spéciale 'mourir dans la dignité', 2012, 78, notre italique).

Selon le Thesaurus du gouvernement du Québec, l'aide médicale à mourir est le :

fait pour un professionnel de la santé de fournir un service médical, qu'il s'agisse de soins ou de toute autre intervention, dans le but d'aider son patient à mourir dans des conditions strictes, à la demande de ce dernier, *que ce soit en lui fournissant des moyens de mourir, soit en l'aidant directement à mourir*. Cette aide est limitée aux personnes majeures, aptes à consentir aux soins, atteintes d'une maladie grave et incurable qui provoque des souffrances constantes et insupportables à un stade où le déclin est avancé et irréversible (Thesaurus, 2015, notre italique).

Nous verrons que cette définition rejoint celle présentée par l'arrêt Carter (2015, §40, notre italique) et qui présente l'aide médicale à mourir (en anglais, *physician-assisted death* et *physician-assisted dying*) comme étant « le fait, pour un médecin, de *fournir* ou d'*administrer* un médicament qui provoque intentionnellement le décès du patient à la demande de ce dernier ».

¹² La commission pense ici « par exemple, aux euthanasies non volontaires qui se sont pratiquées au cours de la Deuxième Guerre mondiale » (Commission spéciale « mourir dans la dignité », 2012, 78, note 71).

En d'autres termes, alors que pour le suicide médicalement assisté c'est le patient qui se tue lui-même (le terme « suicide » en témoigne d'ailleurs), pour l'aide médicale à mourir, le patient peut soit mettre fin à ses jours de manière accompagnée par un médecin qui ne posera pas le geste final de la mise à mort, soit demander au médecin d'injecter la dose mortelle. Bien qu'employée par les arrêts Rodriguez et Carter, l'expression d'aide médicale à mourir nous semble être une source de confusion lorsqu'il s'agit d'étudier les deux jugements. Cette expression mélange les idées de mort médicalement assistée et d'euthanasie active volontaire. C'est pourquoi nous préférons employer l'expression de suicide médicalement assisté, qui est pour nous plus claire et directe.

Chapitre 3 : Arguments pour et contre le SMA

Maintenant que nous avons vu pourquoi nous employons l'expression de suicide médicalement assisté, il nous faut également comprendre l'évolution des arguments évoqués par la Cour dans les deux jugements à l'étude. Pour ce faire, il importe de faire un tour d'horizon des arguments que l'on retrouve dans la littérature à propos du SMA.

A. L'idée de la souffrance

Pour les tenants du SMA, la souffrance est un argument de poids. La souffrance physique (et/ou psychologique) justifie que l'on demande à mourir, car vivre en souffrance est insupportable et, de ce fait, jugé illégitime. Selon cette idée, il est cruel de laisser une personne souffrir de manière incontrôlable. On se demande dans ce cadre par exemple pourquoi les animaux auraient droit à une mort sans douleur et non pas les humains ? (Steinbock, 2005). Cet argument est l'argument central de l'arrêt Carter qui perçoit la souffrance comme étant « insupportable » (Carter *c.* Canada, 2015, §57).

Mais l'argument de la souffrance peut aussi être employé dans l'autre sens (Rivest, 2012). La souffrance est alors vue comme légitime, c'est-à-dire qu'elle est vue comme ayant une fonction (Fondras, 2008). Non pas que la souffrance soit louée ou que l'on tombe dans le dolorisme (complaisance à la douleur). Mais on essaie de comprendre ce que peut amener la souffrance physique. Elle peut amener le rapprochement des uns et des autres, une réflexion approfondie sur soi-même, etc. La souffrance peut par exemple permettre à l'amitié de prendre tout son sens en permettant à l'Homme qui aide celui qui souffre de faire une belle action (Rivest, 2012).

B. Le caractère sacré de la vie

le principe du caractère sacré de la vie est *vague et indéfini, mais non sans signification*. Nous n'avons qu'une idée plus ou moins grossière et générale de ce qu'il veut dire. Nous utilisons de diverses façons à son propos les

termes 'valeurs' et 'dignité'. Il soulève et englobe un certain nombre d'affirmations et de questions connexes dont certaines continueront à faire l'objet de discussions (Keyserlingk, 1979, 45).

Dans le cadre du débat sur le SMA, le caractère sacré de la vie renvoie à l'idée de celle-ci comme intouchable, tant par un médecin que *via* la volonté du patient lui-même. Cependant, d'après la littérature (rare) à ce sujet, les termes de caractère sacré de la vie et de qualité de la vie sont tous deux très vagues et souvent employés pour justifier un argumentaire de manière émotionnelle (Keyserlingk, 1979, 3).

D'après Keyserlingk (1979), le caractère sacré de la vie peut être vu sous deux perspectives : l'une religieuse et l'autre empirique. Alors que la première conçoit le caractère sacré de la vie sous sa forme religieuse et implique l'idée que l'Homme est soumis à Dieu et à sa volonté, cette vision ne convient pas à ceux qui n'ont pas la foi. Pour la seconde, le caractère sacré de la vie ne demande pas de passer par la religion pour être valide. En effet, « que l'on ait la foi ou non, l'expérience d'un respect profond pour la vie humaine (tel qu'il est reconnu par exemple dans la Déclaration des droits de l'homme) peut être reliée en fin de compte à l'ordre des choses » (Keyserlingk, 1979, 15). Les deux formes du caractère sacré de la vie ont cependant des points communs (Keyserlingk, 1979) : 1) le caractère sacré de la vie est reconnu comme un principe fondamental dans les deux cas ; 2) on ne peut attenter à la vie humaine sans raison valable et 3) la vie humaine est précieuse et mystérieuse et elle mérite qu'on la protège.

Aujourd'hui, lorsqu'on parle du caractère sacré de la vie, on le fait de manière empirique, selon deux possibilités : soit on le met au centre de tout et on l'estime imperturbable (conception vitaliste), soit on respecte ce concept, mais on ne le met pas au centre de son argumentaire (conception relative). De ces deux conceptions découlent des arguments spécifiques que nous identifierons ci-dessous, car ils sont susceptibles de réapparaître dans notre corpus.

1. Conception vitaliste du caractère sacré de la vie

Selon les vitalistes (Keyserlingk, 1979, 21), dès qu'il y a vie (qu'elle soit difforme, comateuse, etc.), on ne peut pas y toucher, car la vie est inviolable. Pour faire valoir cette position, les vitalistes recourent à quatre arguments (Keyserlingk, 1979).

Le premier est celui de la *pente glissante*. La pente glissante, c'est l'idée d'un abus suite à une perte de contrôle inévitable. C'est l'idée que si l'on ouvre la porte à l'euthanasie ou au SMA sous conditions strictes, on ne sera pas capable d'empêcher les conditions de toujours s'élargir plus (Montero, 2013 ; Schafer, 2013, Mack & Leier, 2016). Par exemple, accepter le SMA pour des personnes âgées atteintes d'une maladie incurable ouvrira tôt ou tard la porte au SMA pour des mineurs souffrant de dépression, voire de déprime. Dans cette idée, il ne vaut donc mieux pas faire le premier pas de la légalisation du SMA (Keyserlingk, 1979, 23).

Les vitalistes emploient également l'argument du *précédent historique*. Cet argument consiste à retourner dans le passé afin de montrer que lorsque l'euthanasie était permise, il y avait des problèmes. On reprend bien souvent l'exemple de l'euthanasie sous le nazisme :

Sous le régime nazi, l'euthanasie et les expériences réalisées ont commencé avec des intentions 'humaines', et n'ont pas à leurs débuts revêtus un aspect raciste. Graduellement, cependant, pas après pas, l'euthanasie volontaire pour les malades en phase terminale s'est transformée en une euthanasie involontaire imposée à toute personne jugée inutile à la société ou aux ennemis de l'État, y compris les retardés mentaux et en particulier les Juifs (Keyserlingk, 1979, 23).

Les personnes qui comprennent le caractère sacré de la vie sous un jour vitaliste estiment également que ceux qui se permettent d'attenter à la vie humaine se *prennent pour Dieu* (Keyserlingk, 1979, 24).

Selon un dernier argument, même si la vie est rude, *elle vaut la peine d'être vécue* jusqu'au bout :

Les tenants de cet argument ne cherchent pas à démontrer que la vie humaine ne comporte pas de problèmes et de maux qui ont besoin d'être corrigés, médicalement, socialement ou autrement. [...] L'argument s'attaque surtout à l'attitude qui consiste à mettre l'accent sur l'aspect imparfait de la vie humaine et donc sur le besoin qui en découle d'y mettre fin, ou même de la prévenir (Keyserlingk, 1979, 25).

2. Conception relative du caractère sacré de la vie

La deuxième grande manière de voir le caractère sacré de la vie est la façon dite empirique. Celle-ci consiste à voir le caractère sacré de la vie comme relatif. Dans ce cadre, la vie n'a pas à être absolument préservée ; on peut l'arrêter dans des situations bien spécifiques. Le caractère sacré de la vie n'est donc pas rejeté d'un bloc, par cette vision, mais simplement relativisé.

Le caractère sacré de la vie y est perçu comme trop strict. Ce n'est pas parce qu'on accepte l'idée du mystère de la vie qu'on doit nécessairement se sentir obligé de la préserver à tout prix (Keyserlingk, 1979). Au lieu de se limiter au caractère sacré de la vie, il faudrait donc instaurer parallèlement des règles afin que l'on puisse interrompre la vie, mais toujours avec des raisons valables (pas trop facilement). Sont alors évoquées les exceptions justifiées (Keyserlingk, 1979). Encore une fois, remplacer partiellement le caractère sacré de la vie par des règles (éthique de la qualité de vie, règle du « tu ne tueras point » ou encore la règle de la bonté) ne doit pas revenir à abandonner ce caractère sacré de la vie, mais plutôt à le reformuler (Keyserlingk, 1979). C'est dans ce contexte qu'apparaît le concept de qualité de la vie.

C. Qualité de la vie (ou mort dans la dignité)

Beaucoup d'auteurs se positionnant pour le SMA invoquent le concept de qualité de la vie. Sue Rodriguez soutenait à cet effet « que le respect de la dignité et de l'autonomie de la personne constitue un principe de justice fondamentale, et que la soumettre ainsi à des

souffrances inutiles la prive de sa dignité » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 592). Ici, elle parle de dignité et d'autonomie dans le sens de qualité.

Kathleen Carter disait également que « j'entends saisir chaque moment de bonheur que je peux encore arracher au temps qu'il me reste à vivre, dans la mesure où il s'agit d'une vie de qualité; mais je ne veux pas d'une vie *sans qualité* » (Carter c. Canada, 2015, §12, notre italique).

Cohen-Almagor (2000) estime en ce sens que la vie devrait être digne jusqu'au bout ; c'est-à-dire sans la prolonger de manière irraisonnée juste parce que l'on croit au caractère sacré de la vie, mais également sans l'arrêter comme le faisait Jack Kevorkian¹³. Pour Cohen-Almagor (2000), un juste milieu est possible et ce juste milieu, c'est le patient qui peut dire où il est, car lui seul peut attester de la qualité de sa vie.

Cependant, certains auteurs observent cet argument de dignité d'un mauvais œil. Roxani (2012, 84), qui soutient un argumentaire contre le « droit à la mort », explique que la dignité présente deux visages, selon qu'on se trouve dans un argumentaire pour ou contre le suicide médicalement assisté. D'un côté, il y aurait la dignité universelle, absolue, « cet 'irréductible humain' qui émane de la propre existence de l'homme et l'accompagne de sa naissance à sa mort, et cela de manière inconditionnelle ». Selon cette conception, la dignité ne peut pas se perdre, et peut encore se voir chez une personne qui est malade, souffrante, sur le point de mourir, en somme, chez des personnes comme les appelantes à la CSC pour le SMA. Mais il existerait aussi une autre façon de voir la dignité, inventée par les philosophes afin de parvenir à justifier l'euthanasie :

¹³ « Surnommé le 'docteur suicide', Jack Kevorkian, né en 1928 à Pontiac, Michigan, États-Unis et décédé le 3 juin 2011 à Detroit, Michigan, affirma avoir aidé près de 120 personnes à mourir. La chaîne de télévision CBS a diffusé en novembre 1998 un reportage le montrant assister médicalement, en septembre de la même année, le suicide de Thomas Youk, 52 ans, atteint de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig ou de Charcot). Ses commentaires provocateurs mettant les autorités au défi de l'arrêter avaient conduit à son inculpation pour meurtre par un juge d'un tribunal de district, à Waterford Township au Michigan, le 9 décembre 1988. Un jury populaire l'a reconnu coupable de meurtre le 26 mars 1999 » (Encyclopédie sur la mort, 2012b).

à cette fin, ils ont inventé un concept de dignité ‘sacrifiable’ et ‘consommable’. Une dignité pouvant être ‘perdue’ et susceptible de rendre une vie ‘indigne d’être vécue’. Une dignité munie de toutes les excuses permettant de justifier même un geste euthanasique mettant un terme à cette ‘indignation’. [...] Or, aux termes de cette conception, le plus important – plus important encore que la vie en soi – c’est de préserver la ‘dignité’ jusqu’au bout. La mort devient moins grave que la destruction de cette façade. [...] Selon la deuxième doctrine, celle de la ‘qualité de vie’, la vie ne [...] dispose pas d’une valeur absolue et inviolable, mais plutôt d’une valeur instrumentale.

Selon Roxani (2012, 84), si l’on emploie la deuxième version de la dignité, soit celle qui peut être perdue, alors on tombe dans un *absurdum* juridique, car on donnerait plus de valeur juridique à la dignité qu’à la vie elle-même, alors que l’existence de la dignité dépend de l’existence de la vie elle-même.

Roxani (2012, 84) rappelle également qu’ « inscrite dans le préambule et l’article premier de la Déclaration universelle des droits de l’Homme de 1948, la dignité est ‘tout le contraire d’une convenance personnelle, elle est l’affirmation que l’homme est reconnu comme ayant une valeur absolue’ ».

D. Autonomie

Le concept d’autonomie est défini par les tenants du SMA avec des nuances différentes. Certains définissent l’autonomie en termes de degré. Dans ce cadre, l’autonomie absolue (ou liberté absolue) n’existe pas : « for an action to qualify as autonomous ... it needs only a substantial degree of understanding and freedom from constraint, not a full understanding or a complete absence of influence » (Schafer, 2013, 524).

Ces degrés seront paradoxalement mesurés par l’expert médecin qui aura les clefs professionnelles afin de déterminer qui est compétent et qui ne l’est pas (connaissance du patient) et si la situation exige un tel choix (connaissance précise de la situation) (Gather & Vollman, 2013 ; Cohen-Almagor, 2015). Un deuxième médecin est d’ailleurs souvent

recommandé dans le processus afin d'éviter toute manipulation de la part du premier (Gather & Vollman, 2013).

Cependant, l'autonomie n'est pas toujours vue en termes de degrés, mais peut aussi être vue comme un droit primaire (le médecin n'aurait donc pas de place cette fois). Cette vision de l'autonomie est rare et repose sur une vision négative du médecin (le médecin ne devrait pas pouvoir influencer un patient dans sa décision). Selon Cholbi (2015) par exemple, mourir d'après ses valeurs personnelles est un « primary social good ». Il estime que les médecins ne devraient pas avoir le monopole tyrannique et le pouvoir de dire que les personnes en voie de mourir ne peuvent pas choisir de mourir juste à cause de la clause de conscience. Cholbi s'oppose à la clause de conscience des médecins au nom de l'autonomie des patients.

Ce concept d'autonomie peut encore avoir un sens différent, notamment pour les opposants au SMA. Ces derniers estiment que l'on ne peut regarder l'autonomie comme étant une volonté d'une personne individuelle, détachée de son contexte social (Jennings, 2007; Stirrat & Gill, 2005). Bien souvent, les opposants au SMA critiqueront l'idée qu'un individu puisse faire tout de manière autonome, puisque l'individu est de toute manière intégré dans un tissu social.

E. La personne vulnérable

Les opposants au SMA estiment qu'il y a possibilité de contraindre une personne à se tuer. D'après Gather & Vollman (2013), il serait possible d'imaginer qu'un individu incite quelqu'un à mettre fin à ses jours en manipulant ou en réduisant les options qui s'offrent à lui. Pensons au médecin qui pousse son patient à ne pas choisir le SMA en lui disant que cet acte représente un péché mortel et qu'il ira en enfer en agissant ainsi. Dans tous les cas, cet argument de la « personne vulnérable manipulée » voudrait dire que le patient ne peut pas faire de choix sans être influencé par une personne extérieure à lui.

La plupart des personnes qui emploient l'argument d'influence sont celles qui se positionnent contre le SMA et qui voient la manipulation dans le sens où le médecin contraindrait le patient à se tuer. C'était notamment l'attitude du comité spécial du Sénat sur la vie et la mort de 1995, qui exprimait ses peurs face aux morts possibles de personnes vulnérables si le suicide assisté était légalisé. Selon le comité, les personnes voulant en finir avec leur vie « cèdent le contrôle sur leur vie au système et à ceux qui prennent soin d'elles » (Sénat du Canada, 1995). Cette vision des choses repose donc entièrement sur l'idée qu'un patient peut être totalement vulnérable.

Cet argument de la personne vulnérable incitée par un médecin mal intentionné à se tuer est-il vérifié dans les faits ? D'abord, il est impossible de connaître véritablement les intentions des médecins (Procureur & Pochard, 2006). On ne peut donc dire si un SMA résulte d'une mauvaise intention de la part d'un médecin. Ensuite, on peut essayer de voir si des personnes considérées comme plus vulnérables en termes sociaux meurent davantage que les autres. Il semblerait que non. Une étude s'est penchée sur la question des personnes pauvres et sans assurances dans le contexte du SMA et n'a pas trouvé qu'il y avait de dérive à ce niveau-là :

studies on PAS have shown that members of vulnerable groups (including the elderly, people without health insurance, people with low income and a low level of education) both in Oregon as well as the Netherlands were not at higher risk. Quite the contrary was the case: Nearly all of these groups were less likely to die in the context of PAS (Gather & Vollman, 2013).

D'autre part, cette idée de vulnérabilité des individus n'est pas partagée par tous. En effet, certaines personnes demandant à être assistées médicalement pour leur suicide expliquent que ce choix est « un choix 'compatible avec les valeurs qu'elles ont eues toute leur vie et qui reflète leur vécu' » (Carter *c.* Canada, 2015, §65). Dans ce cadre, la Cour ne voit pas les personnes demandant l'AMM comme des personnes vulnérables, mais comme des personnes autonomes, réfléchies et capables de prendre une décision mature pour elles-mêmes.

Cependant, les tenants du libre-choix sont conscients que légaliser le SMA pourrait entraîner des dérives. C'est pour cela qu'ils sont partisans d'un régime strict d'application du SMA, avec des conditions spécifiques.

Maintenant que nous avons vu l'historique du SMA, et les arguments pour et contre et que nous avons une idée plus claire à ce sujet, voyons dorénavant comment nous avons analysé les arrêts Rodriguez et Carter.

Chapitre 4: questions méthodologiques

En guise de rappel, notre question de départ est la suivante : « *quels sont les schémas discursifs employés par les arrêts Carter et Rodriguez et qui ont conduit à un autre regard juridique sur le suicide médicalement assisté au Canada ?* ».

A. Empirie

Au début de notre recherche, nous avons commencé à travailler sur le seul arrêt Carter. Puis, nous nous sommes rendu compte que cet arrêt ne nous permettait pas de comprendre les raisons sous-jacentes ayant amené la Cour Suprême du Canada à rendre constitutionnel le SMA en 2015 et pour quelles raisons elle ne l'avait pas fait auparavant. Nous avons donc décidé d'ajouter l'arrêt Rodriguez, afin de comprendre ce qui avait changé dans le discours de la plus haute juridiction canadienne à 20 ans d'écart.

Certes, nous aurions pu ajouter par la suite des textes provinciaux comme le texte de la Commission sur la mort dans la dignité du Québec, ou certaines contributions d'experts ayant soumis des mémoires à la CSC (pour et contre le SMA). Mais nous nous sommes finalement restreintes à ce corpus empirique précis parce qu'il permettait à lui seul de saisir nombre de glissements discursifs survenus sur des aspects aussi variés que la conception de la mort, le caractère sacré de (la qualité de) la vie, l'épineuse question du droit à disposer de son corps, la dignité humaine, ou encore le statut et le rôle tant de la personne qui veut mettre fin à ses jours que des professionnels de la santé. Voici un résumé des deux arrêts à l'étude¹⁴.

L'arrêt Rodriguez est un jugement avec une dissidence : les juges minoritaires sont Lamer, McLachlin et Cory et l'argumentaire des juges majoritaires est représenté par le juge Sopinka. Bien que nous ayons analysé tout l'arrêt Rodriguez, nous avons mis l'emphase de

¹⁴ En termes d'accessibilité, les deux arrêts de la Cour Suprême du Canada étaient entièrement accessibles en ligne, sur le site du parlement canadien. Nous n'avions donc qu'à nous connecter sur le site du parlement canadien pour obtenir ces deux documents sous format PDF.

manière prioritaire sur le discours des juges majoritaires, représentés par le juge Sopinka. Si nous avons davantage analysé le discours des juges majoritaires, c'est parce que leur discours est celui qui a prévalu en 1993. En effet, ces juges avaient décidé de laisser le SMA prohibé alors que les juges minoritaires (les dissidents) avaient décidé de rendre le SMA possible. Cette décision s'était jouée à une voix seulement. Le discours des juges majoritaires reprend les antécédents historiques relatifs au SMA et explique pourquoi ce dernier devrait rester prohibé.

En ce qui concerne l'arrêt Carter, les juges ont rendu leur décision à l'unanimité. Cet arrêt révèle un fil de pensée unique, qui va dans le sens de la décriminalisation du SMA. L'arrêt Carter introduit le contexte global et l'historique législatif des demandes des appelantes de 2015 (Gloria Taylor et Kathleen Carter) et il présente l'arrêt Rodriguez et explique pourquoi cet arrêt ne peut plus être suivi en 2015. En somme, l'arrêt Carter explique pourquoi il est nécessaire de briser un précédent juridique (l'arrêt Rodriguez), quand bien même l'idée de précédent juridique reste la clef de voûte du système juridique anglo-saxon (c'est le principe du *stare decisis*).

B. Hypothèses

Au début de cette recherche, nous avons formulé trois hypothèses purement intuitives, qui nous paraissaient pouvoir expliquer pourquoi l'arrêt Carter donnait une décision différente de celle donnée par l'arrêt Rodriguez.

1. La piste religieuse

Notre première hypothèse découlait de l'attention que nous avons portée au « caractère sacré de la vie ». Ce concept était en effet employé par les juges majoritaires de l'arrêt Rodriguez comme un fondement de leur argumentaire. *A contrario*, dans l'arrêt Carter, ce concept n'était pas employé comme fondement ; il était accepté par les juges, mais ces

derniers paraissaient davantage se baser sur l'idée de choix personnel. Or, nous pensions au départ que le caractère *sacré* de la vie relevait nécessairement d'une conception religieuse pour les juges majoritaires de la CSC en 1993, et avons dès lors émis l'hypothèse que les juges de 2015 n'avaient pu se détacher de la décision de 1993 qu'en sortant d'une lecture religieuse moralisante du suicide au sens large. Cependant, nous avons bien vite abandonné cette hypothèse dans la mesure où 1) aucun événement historique récent ne permettait d'affirmer que le droit aurait été plus attaché à s'appuyer sur la religion en 1993 qu'en 2015 ; 2) les juges majoritaires de 1993 précisent bien qu'ils emploient le concept de caractère sacré de la vie dans un sens laïc, détaché de toute religion. Surtout, nous n'avions pas de données probantes dans notre corpus empirique pour étayer une telle hypothèse, nous y reviendrons.

2. La piste néolibérale

Notre seconde hypothèse reprenait une piste déjà ouverte par la littérature sur le SMA. Martel (2002) a en effet tenté de comprendre avant nous, pourquoi les juges minoritaires et majoritaires de 1993 avaient une vision du SMA différente les uns des autres. Elle expliquait, certes de manière très succincte, que les juges minoritaires promouvaient une vision néolibérale, là où les juges majoritaires défendaient une vision providentialiste. Lorsqu'elle parlait de providentialisme, Martel faisait essentiellement référence à la grande place donnée à l'État par les juges majoritaires non seulement pour baliser, mais surtout pour condamner moralement le SMA. L'argument principal étant que la gestion par l'État (et seulement par lui) permettrait d'éviter la *pente glissante*. Toujours selon Martel, il en était tout autrement pour les juges minoritaires. Ces derniers auraient en effet préféré que Sue Rodriguez puisse être dégagée de l'ingérence morale de l'État et qu'elle puisse faire ses choix personnels quant à la manière de mourir. Puisque cette explication nous semblait aussi pertinente, au moins partiellement, pour expliquer le changement de discours entre les juges majoritaires de 1993 et celui des juges de 2015, nous l'avons également gardée à l'esprit au moment d'aborder notre

corpus empirique. Et nous verrons d'ailleurs à ce propos que, contrairement à la première hypothèse mentionnée, celle-ci réapparaîtra dans les conclusions de notre analyse, mais substantiellement affinée par rapport à la brève allusion proposée par Martel (2002).

3. Piste de l'effet générationnel

Enfin, notre dernière hypothèse intuitive renvoyait à des enjeux de type générationnel. Il nous apparaissait logique, en tout début d'analyse, que la génération des baby-boomers ait pu influencer la décision Carter en 2015. Notons que les baby-boomers sont les personnes issues du boom des naissances apparu après la Seconde GM. Cette hypothèse découlait de trois réflexions.

- 1) Les baby-boomers ont vécu les Trente Glorieuses et ont donc eu une « belle vie » ; de ce fait, il se peut qu'aujourd'hui, approchant de l'heure fatidique, ils demandent une mort « belle » et « digne » étant donné qu'ils n'auraient connu que cela toutes leurs vies durant.
- 2) Nous observons une explosion législative à partir de 2013 dans notre historique [voir annexe A]. Puisqu'en 2013, beaucoup de baby-boomers approchaient de la mort, nous nous étions alors dit que peut-être, il y avait là un effet générationnel.
- 3) Nous avons également observé que Sue Rodriguez était née en 1950, soit 5 ans après la fin de la seconde GM, et Gloria Taylor en 1948, soit 3 ans après la fin de la deuxième GM. Puisque leurs âges respectifs indiquaient que ces deux femmes étaient effectivement issues du baby-boom d'après-guerre, notre hypothèse semblait quelque peu trouver un autre point d'appui.

Comme pour la première hypothèse, le manque de données probantes dans notre corpus empirique pour asseoir, mais surtout pour densifier une telle hypothèse, nous a convaincus de rapidement l'abandonner.

C. Passage d'une posture militante à une posture de chercheuse

Précisons d'entrée de jeu que nous ne nous sommes jamais attardées ni à la psychologie des juges, ni à leurs intentions personnelles. Nous avons encore moins cherché à déceler des intentions « cachées » chez les juges. Nous avons plutôt analysé trois discours en les considérant comme des tous respectifs, chacun avec une cohérence propre (et ce indépendamment des nuances qui ont pu apparaître entre juges d'un même tout) : 1) celui des juges majoritaires de 1993 ; 2) celui des juges minoritaires de 1993 ; et enfin 3) celui des juges majoritaires de 2015. Nous n'avons par ailleurs pas tant considéré ces discours comme des discours juridiques, mais plutôt comme des témoignages de la société canadienne sur elle-même en matière de SMA, et ce, à travers le droit.

Nous aimerions également aborder notre changement de posture à l'égard de notre objet de recherche. Au cours de la thèse, nous sommes en effet passé du statut de militante (à la fois *pour* la décision Rodriguez et *contre* la décision Carter) à celui, plus neutre, de chercheuse. Dans les lignes qui suivent, nous exposons l'évolution de nos deux manières d'analyser notre corpus empirique.

Au départ, pour pouvoir dénoncer les arguments validant le SMA, nous avons opté pour une analyse du discours qui permet de « mettre en lumière la création et le maintien de normes sociales [...]. L'analyse de discours implique [...] d'examiner comment le langage forme et reflète en même temps les pratiques culturelles, sociales et politiques [notre traduction] » (Starks & Trinidad, 2007, 1374). Par exemple, nous ne considérons pas Gloria Taylor (arrêt Carter) comme une simple appelante à la CSC, mais plutôt comme une militante voulant absolument légaliser le SMA pour elle-même. En somme, nous ne prenions pas en compte les données « factuelles » du discours de la CSC ; nous étions plongées dans nos propres idées. Pour nous, la volonté de Gloria Taylor se limitait alors à éviter sa propre

souffrance (jugée inacceptable). Prenons cet extrait de l'arrêt Carter, qui fait parler Gloria Taylor sur la mort :

Je ne gaspillerai pas le *temps* qui me reste à être déprimée. J'entends saisir chaque moment de bonheur que je peux encore *arracher au temps* qu'il me reste à vivre, dans la mesure où il s'agit d'une vie de qualité; mais je ne veux pas d'une vie sans qualité (Carter c. Canada, 2015, §12, notre italique).

Cet extrait était selon nous représentatif de la manière dont les pro-SMA pensent la vie et la mort. Une manière *moderne*, qui ne pense qu'à la jouissance du temps présent, à *arracher* au temps tout ce qu'on peut lui arracher, lui prendre tout ce qu'on peut lui prendre. Aussi, nous prenions pour acquis le terme de « qualité de vie ». Or, nous verrons que cette notion de qualité de vie est autrement plus complexe à saisir.

D'après notre posture initiale de militante, la seule chose à laquelle nous faisons attention dans cet extrait était le temps et l'idée d'*arrachage*. Nous faisons avant tout attention à la sémantique employée. En d'autres mots, nous avons vite réalisé que nous ne faisons pas une vraie analyse de discours, qui tente de comprendre les enjeux, les liens entre le discours analysé et les personnes extérieures ou les institutions.

Afin d'arriver à une analyse qui soit plus rigoureuse et qui nous protégeait un tant soit peu de nos positions militantes, nous avons alors opté pour une analyse s'inspirant de la *grounded theory* (ou théorisation ancrée). Bien que « l'objectif de la théorisation ancrée [soit] la construction théorique » (Laperrière, 1997, 314), nous n'employons pas cette méthode pour créer une théorie à partir des arrêts Carter et Rodriguez. Nous ne retenons de cette méthode que sa dimension inductive, qui nous rapproche de nos données et nous éloigne de notre position militante. En effet, dans cette méthode, les faits sont « cruciaux ». Ce qui est visé, c'est

la pertinence des concepts élaborés à [propos des données/ faits]. Les observations s'affinent au fur et à mesure des comparaisons successives en vue de préciser les catégories et hypothèses. Dans une telle perspective, les

faits [...] sont considérés comme des indicateurs des concepts et des catégories conceptuelles (Laperrière, 1997, 315).

L'approche inductive nous a permis de dégager des thèmes/ concepts centraux des arrêts étudiés. Pour analyser nos données, nous avons employé le processus de codification défini par Laperrière et qui se structure en trois étapes. Trois grands concepts/thèmes ont ainsi émergé de ce processus de codification.

Étape 1 : recherche de concepts/ thèmes et de leurs propriétés

L'étape 1 « vise à faire émerger des données le plus grand nombre de concepts et de catégories possibles » (Laperrière, 1997, 317). Cette étape se déroule en deux temps. Tout d'abord, le chercheur tente de voir à quels concepts correspondent les données pour ensuite dégager les propriétés de ces concepts.

Afin d'identifier le concept central des deux arrêts, nous nous sommes attardées au thème sur lequel les deux arrêts se divisaient. Les arrêts Carter et Rodriguez se divisent avant tout sur la conception de l'art. 7 de la *Charte* qui traite du droit à la vie et à la liberté. Le point principal de friction entre les deux arrêts est donc l'idée de *choix et de vie*.

L'arrêt Rodriguez (partie des juges majoritaires) traitera en tout premier lieu (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 584, *notre italique*) de l'importance de l'art. 7 avec la question du *contrôle du moment et des circonstances de la mort* (en d'autres termes, l'idée de l'arrêt de la vie). Nous voyons, dans la suite de la réflexion des juges majoritaires, que le *respect de la vie* humaine prend le dessus sur le *choix*. La vie présente un *caractère sacré* qui ne peut être écrasé au nom de la dignité écrit le juge Sopinka (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 592).

L'arrêt Carter fera de même que l'arrêt Rodriguez, en commençant lui aussi sa réflexion sur le droit à la vie et à la liberté (ou au choix) :

il faut déterminer dans le présent pourvoi si la prohibition criminelle qui impose ce choix à une personne viole les droits que lui garantit la *Charte canadienne des droits et libertés* — le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (art. 7) (Carter *c.* Canada, 2015, §2, notre italique).

L'arrêt Carter explique ici qu'il va tenter de voir si la prohibition laissée par l'arrêt Rodriguez est pertinente au regard du choix garanti par la charte. Pour ce faire, l'arrêt Carter remettra en question la vision de la vie des juges majoritaires de 1993 pour mettre de l'avant l'idée de *qualité de vie* (Carter *c.* Canada, 2015, §12). Dans cette perspective, bien que la vie soit importante, la notion de choix prendra le dessus.

Il est clair qu'une personne qui demande une aide médicale à mourir parce que des problèmes de santé graves et irrémédiables lui causent des souffrances intolérables 'le fait à cause d'une croyance profondément personnelle et fondamentale sur la façon de vivre sa vie, ou de mourir' (Carter *c.* Canada, 2015, §68).

Les juges majoritaires de 1993, bien qu'ils aient eu la même vision du caractère sacré de la vie, n'auront quasiment jamais mis l'emphase sur le choix. Bien au contraire, selon eux, Sue Rodriguez ne devrait pas pouvoir choisir sa mort, sinon elle ne choisirait pas la vie, mais la mort (Rodriguez *c.* Canada, le juge Sopinka, 1993, 586).

En résumé, ce premier thème de la vie/ du choix émergeait dès la première lecture, car il mettait clairement en opposition les deux arrêts.

Le second thème était celui du *médecin* ou plutôt du *rôle du médecin*. Dans les deux arrêts, les juges ont réfléchi longuement à ce rôle puisque le médecin est au cœur du suicide *médicalement* assisté. Les juges majoritaires estiment que dès le moment où on parle d'aide à la mort, il faut se donner un garde-fou, à savoir le médecin (Rodriguez *c.* Canada, 1993, le juge Sopinka, 582), même s'il faut par ailleurs s'en méfier. De leur côté, les juges de 2015 ne passent pas un seul instant à parler du suicide assisté et de sa potentielle décriminalisation sans parler du médecin. Le médecin est central au bon déroulement du SMA. Pour les juges,

« la prohibition de l'aide d'un médecin pour mourir à une personne (« aide médicale à mourir ») est nulle » (Carter c. Canada, 2015, §4).

Le troisième thème qui ressortait de notre corpus était celui du *patient, le suicidaire*. Dès les premières lignes, l'arrêt Carter mentionne à propos du patient :

au Canada, le fait d'aider *une personne à mettre fin à ses jours* constitue un crime. Par conséquent, *les personnes gravement et irrémédiablement malades* ne peuvent demander l'aide d'un médecin pour mourir et peuvent être condamnées à une vie de souffrances aiguës et intolérables (Carter c. Canada, 2015, §1, notre italique).

Même constat du côté de l'arrêt Rodriguez, qui commence par souligner la condition de Sue Rodriguez :

l'appelante, mère de famille de 42 ans, est atteinte de sclérose latérale amyotrophique. Son état se détériore rapidement et bientôt *elle* sera incapable d'avalier, de parler, de marcher et de bouger sans aide. *Elle* perdra ensuite la capacité de respirer sans respirateur, de manger sans subir de gastrotomie et sera finalement alitée en permanence (Rodriguez c. Canada, 1993, 520).

Une fois ces trois thèmes dégagés, une attention particulière a été portée aux qualificatifs et adjectifs utilisés par les juges lorsqu'ils abordaient ces thèmes (vie/ choix, médecin et patient). Pour le concept de vie et de choix, la vie est généralement présentée comme *inviolable* et *sacrée* en 1993 alors qu'elle est présentée en 2015 comme devant être *digne*, qui *vaut la peine d'être vécue*. Pour le concept de choix, les juges majoritaires de 1993 n'y prêtent quasiment aucune attention alors qu'en 2015, les juges oscillent entre *choix cruel* (suicide) et *meilleure solution* (SMA). Pour le concept de médecin, en 1993, les juges majoritaires lui accolent l'étiquette de potentiel *Dr Kevorkian*, et le voient possiblement à l'origine de la *pente glissante*. En 2015, le médecin sera désormais décrit comme un *professionnel*, une personne *qualifiée*. Enfin, pour le concept de patient, en 1993, les juges majoritaires lui associent avant tout l'adjectif de *vulnérable*, alors qu'en 2015 ils lui associent l'adjectif de *capable*.

Étape 2 : établissement des relations entre les thèmes

Une fois que nos trois thèmes ont émergé et que nous avons trouvé leurs caractéristiques, il nous fallait « établir les relations entre les catégories dégagées » (Laperrière, 1997, 319). Par exemple, dans le discours des juges majoritaires de 1993, on constate que le concept de vie, qui est au cœur du débat, est questionné au regard du thème du choix. Les juges majoritaires estiment que même si la vie ne doit pas être préservée à tout prix, elle devrait être préservée pour un patient particulier : le patient vulnérable. Aussi, la vie devrait être préservée de manière générale afin d'éviter la pente glissante, et donc, les abus potentiels des médecins.

Dans le discours des juges de 2015, c'est cette fois le concept de choix qui est mis au centre du débat. Le choix est présenté à travers le regard du patient, qui « veut » une mort dans la dignité et non pas mourir dans la souffrance. Le médecin est présenté en lien avec ce choix de mort dans la dignité ; il est le facilitateur de ce choix.

Étape 3 : recherche de la catégorie centrale, de la trame narrative

Enfin, sans prétendre aucunement à l'aboutissement d'une théorisation ancrée, notre analyse nous a néanmoins permis de rendre compte d'une « ligne narrative » (Laperrière, 1997, 320) qui synthétise le cœur du phénomène étudié. Ainsi, pour l'arrêt Rodriguez, nous avons vu que l'idée de protection de la vie est centrale. Autour de ce concept, ceux de patient et de médecin œuvraient davantage comme satellites. Un médecin *guérisseur* doit *protéger* cette vie et tenter d'empêcher le patient de s'enlever la vie. Pour l'arrêt Carter, bien que la vie soit importante, c'est plutôt l'idée de choix qui est mise en exergue. Accompagnant cette idée de choix, le patient est présenté comme *capable* et *éclairé*. Ce patient, bien qu'il soit *affaibli* par la *souffrance*, est assez *fort* pour choisir sa mort, mais toujours sous la tutelle d'un médecin *professionnel*.

Chapitre 5 : analyse

Maintenant que le lecteur a une idée de la manière dont nous avons abordé nos données, nous allons présenter les résultats découlant de l'analyse des arrêts Rodriguez et Carter. Comme nous l'avions mentionné plus haut, nous avons trouvé trois thèmes en analysant les arrêts. La première partie de l'analyse s'arrêtera sur les concepts de la vie et du choix tels qu'ils ont été présentés dans les arrêts Rodriguez et Carter. Le second thème portera sur le statut et le rôle de la personne qui souhaite poser le geste suicidaire. Enfin, nous verrons le rôle et le statut du médecin dans les deux décisions juridiques dans la troisième partie de cette analyse.

A. La vie et le choix

« Ceux qui ont voulu renverser tous les dogmes ont créé à leur usage, nous ne dirons pas un dogme nouveau, mais une caricature de dogme, qu'ils ont parvenus à imposer à la généralité du monde occidental ; ainsi se sont établies, sous prétexte d' 'affranchissement de la pensée', les croyances les plus chimériques qu'on ait jamais vues en aucun temps »

René Guénon (1987, 43).

1. Hiérarchie entre vie et choix

Dans cette première partie, nous verrons quelle place prennent les concepts de vie et de choix dans les arrêts Rodriguez et Carter.

1.1. La préservation de la vie au centre (1993)

Dans l'arrêt Rodriguez, le concept de vie, ou plutôt de « conservation de la vie » prend une place majeure par rapport au concept de choix.

1.1.1. Les juges majoritaires

En 1993, le concept de vie apparaît comme primordial dans le discours des juges majoritaires (représentés par le juge Sopinka). En effet, selon les juges majoritaires, le but de l'interdiction de l'aide au suicide a pour fondement « l'intérêt de l'État à la protection de la

vie » (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 1993, 521) ; cette interdiction traduisant « la politique de l'État suivant laquelle on ne *devrait pas dévaloriser la valeur de la vie humaine en permettant d'ôter la vie* » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 521, notre italique). Le juge Sopinka justifiera cette place donnée à la vie par le fait que « cette politique de l'État fait partie de notre conception fondamentale du caractère sacré de la vie » (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 1993, 521). En d'autres termes, le juge Sopinka parlera de « consensus » ou de « *norme* au sein des démocraties occidentales » (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 1993, 521).

Le juge Sopinka se demandera tout de même si, dans le cadre d'une société attachée au caractère sacré de la vie on ne pourrait pas aussi laisser une place à l'autonomie de la personne. Car, il est important de se souvenir, selon les juges majoritaires, qu'une « école de pensée opposée, fondée sur des notions de liberté et de compassion, a toujours existé » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 596). Le juge Sopinka admettra également que le caractère sacré de la vie est admis à titre de « principe général soumis à des exceptions circonscrites et restreintes dans les cas où les notions d'autonomie personnelle et de dignité doivent prévaloir » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 605). En résumé, les juges majoritaires de 1993 admettent que le caractère sacré de la vie n'est pas absolu et que donc, la vie n'a pas à être *absolument* préservée dans toutes les situations.

Les juges majoritaires de 1993 ne nieront par ailleurs pas la place du choix et reconnaîtront également que priver Sue Rodriguez de faire le choix de se tuer la prive « de son autonomie personnelle et lui cause des douleurs physiques et une tension psychologique d'une façon qui porte atteinte à la sécurité de sa personne » (Rodriguez c. Canada, 1993, 521).

Cependant, cela ne va pas à l'encontre des principes de justice fondamentale¹⁵. Donc, priver Mme Rodriguez de sa sécurité et de sa liberté est *raisonnable*.

1.1.1.1. La peur des abus et dérapages

Afin de justifier la prohibition absolue du SMA malgré le fait que le caractère de la vie ne soit pas absolu, le juge Sopinka fera la distinction entre deux formes d'euthanasie. D'abord *l'euthanasie passive* (comme l'arrêt de traitement) qui est permise parce qu'elle n'implique pas l'intention de tuer directement la personne en fin de vie (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 598). Ensuite, *l'euthanasie active*, qui n'est pas permise, car elle vise « à abrégé la vie d'un patient en phase terminale » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 599). Selon le juge Sopinka, il faut garder la prohibition absolue du SMA en place, même si le caractère sacré de la vie n'est pas absolu. D'après lui, nous risquerions d'ouvrir alors la porte à des dérapages moralement préjudiciables (lors d'euthanasies *actives*), comme la création par le Dr Kevorkian de la machine-suicide¹⁶ (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 582). C'est ce que l'on appelle l'argument de la « pente glissante » (*slippery slope* en anglais).

¹⁵ Les principes de justice fondamentale sont des principes qui permettent de s'assurer que « la restriction du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne doit être compatible pour soutenir un examen constitutionnel » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 590). Les principes de justice fondamentale ne seront pas tout à fait les mêmes entre 1993 et 2015. La raison en est que pour trouver ces principes de justice, il ne suffit pas simplement d'observer « une simple règle de *common law* » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 590). En fait,

« Les principes doivent être le fruit d'un certain *consensus quant à leur caractère primordial* ou fondamental dans la notion de justice de notre société. Les principes de justice fondamentale ne doivent toutefois pas être généraux au point d'être réduits à de vagues généralisations sur ce que notre société estime juste ou moral. Ils doivent pouvoir être identifiés avec une certaine précision et appliqués à diverses situations d'une manière qui engendre un résultat compréhensible » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 590-591, notre italique).

Afin de trouver ces principes de justice fondamentaux « qui régissent un cas particulier, il est utile de se reporter à la *common law* et à l'historique législatif de l'infraction en cause » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, les juges majoritaires, 591). Donc, les principes de justice fondamentale sont des principes interchangeable en fonction des données historiques. Or, entre 1993 et 2015 seront apparues plus d'une dizaine de lois pro-SMA dans le monde. Ce fait poussera les juges de 2015 à penser l'acceptation du SMA comme étant légitime, puisque suivant la tendance globale mondiale à ce sujet.

¹⁶ Le docteur Kevorkian avait inventé le « thanatron », autrement dénommé la « machine-suicide » par les juges majoritaires de 2015. Cette machine a été inventée afin de rendre le suicide médicalement assisté aussi indolore que clinique (The wired, 2007).

Cette distinction passif/actif découle avant tout de la conception de la personne qui demande à mourir comme étant une personne vulnérable. Nous y reviendrons dans la partie B. Cette volonté de préserver la vie humaine est, comme nous le verrons à propos du rôle du médecin, fondée sur l'idée qu'aucun régime fiable ne pourra prévenir les abus venant des médecins. En effet, les juges majoritaires se demandent très sérieusement comment savoir si médecin qui aide une personne à se suicider le fait sans intention maligne¹⁷ de meurtre.

1.1.1.2. La pensée du précédent historique

Le juge Sopinka emploiera également un argument historique afin de justifier le primat de la vie sur le choix. Le juge Sopinka se reportera en effet « à la *common law* et à l'historique législatif de l'infraction en cause et, en particulier, à la raison d'être de la pratique (en l'espèce, le maintien de la criminalisation de l'aide au suicide) et les principes qui la sous-tendent » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 521). Ces principes doivent se reporter à l'historique juridique de l'infraction en cause afin que « la croissance future [repose] sur des racines historiques » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 591). Ce retour dans le passé législatif donnera l'occasion au juge Sopinka de voir comment l'Etat a usuellement considéré la mort volontaire et ensuite l'aide à la mort volontaire. Les juges majoritaires estimeront sur cette base historique que l'interdiction du SMA forme une « *norme* au sein des démocraties occidentales » qui est celle « que *la vie humaine doit être respectée* [et qui] trouve son expression juridique dans notre système de droit qui interdit la peine capitale » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 521-522, notre italique). Ce consensus est relié à l'idée que « l'interdiction est liée à l'intérêt de l'État à la protection des personnes vulnérables et reflète des valeurs fondamentales véhiculées dans notre société » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 521-522).

¹⁷ Le terme de « maligne » n'a pas été utilisé par les juges majoritaires. Ce terme est de notre facture. Cependant, nous tenons à préciser que nous employons ce dernier à escient. En effet, nous verrons plus loin que le médecin est en quelque sorte diabolisé par les juges majoritaires de 1993.

De cet état des lieux historique, le juge Sopinka conclura que « l'aide au suicide, prohibée en *common law*, a été interdite par le Parlement dès l'adoption du premier Code criminel du Canada. L'interdiction générale [...] est fondée sur *l'intérêt de l'État à la protection de la vie* et traduit la politique de l'État suivant laquelle *on ne devrait pas dévaloriser la valeur de la vie humaine en permettant d'ôter la vie*. Cette politique de l'État fait partie de notre *conception fondamentale du caractère sacré de la vie* » (Rodriguez c. Canada, 1993, 521, *notre italique*).

1.1.2. Les juges minoritaires

Les juges minoritaires de 1993 insisteront quant à eux davantage sur l'importance du choix que sur l'importance de la vie. Le juge en chef Lamer expliquera qu'« en matière médicale, la *common law* reconnaît dans une très large mesure le droit de chacun de prendre des décisions concernant sa propre personne, en dépit des conséquences parfois très graves de ces choix » (Rodriguez c. Canada, 1993, le Juge en chef Lamer, 554). le juge en chef Lamer ne contredit pas le juge Sopinka sur le fait que « c'est le principe de la préservation de la vie qui sous-tend l'objectif législatif » (Rodriguez c. Canada, 1993, le Juge en chef Lamer, 561). Mais le Juge Lamer s'« empresse[ra] cependant d'ajouter que l'abrogation de l'infraction de tentative de suicide révèle que le législateur ne préservera plus la vie humaine au dépens du droit à l'autodétermination des personnes physiquement capables » (Rodriguez c. Canada, 1993, le Juge en chef Lamer, 561).

Le Juge Lamer sera soutenu par les juges McLachlin (qui sera la Juge en chef lors de l'affaire Carter en 2015) et Cory. La Juge McLachlin renversera les arguments du juge Sopinka en posant la question suivante : « quelle valeur y a-t-il à une vie sans choix de faire ce qu'on veut faire de sa propre vie? » (Rodriguez c. Canada, 1993, la Juge McLachlin, 624). La Juge McLachlin insistera énormément sur l'idée que le choix de s'ôter la vie devrait être offert à tous (que l'on soit « vulnérable » ou non), sans distinction, sans discrimination. Quant

à lui, le Juge Cory n'insistera pas tant sur le choix, mais plutôt sur « l'importance de la dignité humaine dans notre société » (Rodriguez c. Canada, 1993, 630), au sens où la dignité humaine est une composante fondamentale pour la vie humaine. Nous avons expliqué plus haut que ce concept de dignité a deux facettes d'après la littérature sur le sujet. Il existerait en effet une dignité « périssable » et une dignité « pérenne ».

1.2. L'importance du choix (2015)

Tout comme les juges majoritaires de 1993, les juges de 2015 émettront l'idée que « le caractère sacré de la vie est une des valeurs les plus fondamentales de notre société » (Rodriguez c. Canada, 1993, 63) et que ce caractère sacré de la vie n'est pas absolu.

Cependant, les juges de 2015 insisteront non plus sur la préservation de la vie, mais *sur le choix* que devraient pouvoir faire les personnes en phase terminale. Les juges de 2015 expliqueront en effet que « l'article 7 émane d'un profond respect pour la valeur de la vie humaine, mais il englobe aussi la vie, la liberté et la sécurité de la personne durant le passage à la mort[...] *Pour cette raison, le droit en est venu à reconnaître que, dans certaines circonstances, il faut respecter le choix d'une personne quant à la fin de sa vie* » (Carter c. Canada, 2015, §63, notre italique).

1.2.1. Les risques sont minimes

Les juges de 2015 émettront l'idée que définir l'objectif de la loi comme l'ont fait les juges de 1993 est trop « large » (Carter c. Canada, 2015, §77). Selon les juges de 2015, « ce que vise directement la mesure [prohibition du SMA], c'est le but restreint d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse » (Carter c. Canada, 2015, §78). Or la cour va considérer désormais que toutes les personnes en phase terminale ne sont pas vulnérables. Pour eux, un régime légal bien balisé pourra éviter les abus et les dérapages que les juges majoritaires de 1993 redoutaient tant. Les juges de 2015

ajouteront qu'« il n'y a aucune distinction sur le plan éthique entre l'aide médicale à mourir et les autres pratiques utilisées en fin de vie dont l'issue est selon toute vraisemblance la mort » (Carter *c.* Canada, 2015, §23).

1.2.2. Les changements législatifs récents

Tout comme les juges de 1993, les juges de 2015 emploieront un argument historique afin de démontrer que le choix a pris plus d'importance que la valeur de la vie au fil du temps. Selon les juges de 2015, l'histoire permet de voir que « le droit protège depuis longtemps l'autonomie du patient dans la prise de décisions d'ordre médical » (Carter *c.* Canada, 2015, §67). Les juges de 2015 se baseront sur l'idée que depuis 1993, « le débat entourant l'aide médicale à mourir s'est poursuivi » (Carter *c.* Canada, 2015, §6), arguant du fait que « de 1991 à 2010, la Chambre des communes et ses comités ont débattu pas moins de six projets de loi d'initiative parlementaire visant à décriminaliser l'aide au suicide » (Carter *c.* Canada, 2015, §6). Bien qu'aucune des initiatives n'ait été adoptée, les juges de 2015 insisteront sur le fait qu'« une minorité s'est exprimée énergiquement en faveur d'une réforme, faisant ressortir l'importance de la dignité et de l'autonomie de la personne ainsi que la réduction limitée des souffrances par les soins palliatifs » (Carter *c.* Canada, 2015, §6). Les juges de 2015 listeront ensuite tous les régimes étant en place qui permettent le SMA et concluront qu'« ensemble, ces régimes permettent de disposer d'un ensemble de données concernant les rouages pratiques et juridiques de l'aide médicale à mourir, ainsi que l'efficacité des mesures protégeant les personnes vulnérables » (Carter *c.* Canada, 2015, §8).

1.2.3. La place du pronom « je »

Afin d'appuyer plus en avant l'idée que le choix devrait passer avant la préservation de la vie, les juges de 2015 donneront la voix au pronom « je » de Mme Taylor. Cela marque une réelle nouveauté par rapport à l'arrêt Rodriguez. Si les juges de 1993 utilisaient le pronom « je », c'était pour exprimer leurs propres idées sur la prohibition du SMA. Lorsque les juges

de 2015 emploient le pronom « je », c'est pour faire parler directement Mme Taylor. De ce fait, les juges de 2015 donneront une place bien plus importante à la valeur « choix ». Lorsque Mme Taylor dit : « je veux qu'on me reconnaisse le droit de mourir paisiblement, au moment que je choisirai » (Carter c. Canada, 2015, §12) ; nous voyons clairement que le choix surpasse la préservation de sa vie. L'utilisation du pronom « je » de Mme Taylor met l'emphase sur ce qu'elle veut, elle-même et pour elle-même. De plus, la manière dont elle le dit ne laisse aucune place au doute, ni à la confusion mentale et cela permet de voir que son choix est posé et inébranlable : elle dit « je veux » et non pas « je voudrais ».

1.2.4. Éviter la souffrance

Les juges de 2015 affirmeront aussi (en reprenant les termes de la Juge de première instance) « qu'en dépit de l'absence, dans la société, d'un consensus clair sur l'aide médicale à mourir, il existe un fort consensus sur le fait que cette aide ne serait conforme à l'éthique qu'à l'égard d'adultes capables et avisés qui y consentent et qui sont atteints d'une maladie grave et irrémédiable, et lorsque cette aide est [TRADUCTION] « manifestement compatible avec la volonté et l'intérêt du patient et [fournie] *dans le but de soulager la souffrance* » (par. 358) » (Carter c. Canada, 2015, §24, notre italique).

2. Changement de signification donnée à la vie et au choix entre 1993 et 2015

Comment comprendre que l'importance donnée à la vie et au choix ait tant changé entre 1993 et 2015 ?

2.1. La vie

Concernant la vie, serions-nous passés d'une conception religieuse de la vie à une conception laïque ? Ou était-on déjà en 1993 devant une conception laïque de la vie ?

2.1.1. La préservation de la vie comme principe (1993)

En 1993, les juges majoritaires considèrent centrale l'idée de préservation de la vie, du fait d'une conception quasi vitaliste de cette dernière. Dans cette vision de la vie, la mort comme le libre-choix sont exclus.

2.1.1.1 Une conception quasi vitaliste du caractère sacré de la vie

En 1993, les juges majoritaires n'emploieront jamais de référence à la religion pour définir la vie ou le caractère sacré de la vie. Le juge Sopinka précisera en effet qu'il emploie le terme de *caractère sacré de la vie* « dans le *sens non religieux*, [...] pour signifier que la vie humaine possède en elle-même une valeur intrinsèque profonde) (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 585, le juge Sopinka, *notre italique*). Selon cette définition non religieuse du caractère sacré de la vie,

la sécurité de la personne, par sa nature même, *ne peut inclure le droit d'accomplir un geste qui met fin à la vie* de quelqu'un puisque la sécurité de la personne s'intéresse intrinsèquement au bien-être de la *personne vivante*. Cet argument est axé sur la croyance généralement véhiculée et profondément enracinée dans notre société que *la vie humaine est sacrée ou inviolable* (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 585, le juge Sopinka, *notre italique*).

Le juge Sopinka admet ainsi, *en partie*, ce que Keyserlingk (1979) appelle une conception vitaliste de la vie. Une conception vitaliste de la vie voudrait que

dès qu'il y a vie humaine, qu'elle soit [...] *douloureuse [ou non]*, le *principe de l'inviolabilité de la vie est la raison finale et décisive* qui empêche d'y mettre fin, de cesser de la préserver ou de la modifier génétiquement. [...] Ce principe ne souffre aucune autre restriction ou exception. Il doit être appliqué tel quel et de façon identique toutes les fois qu'il y a risque de mettre fin à une vie humaine, de ne pas la préserver ou de la modifier (Keyserlingk, 1979, 20, *notre italique*).

Nous précisons que le juge Sopinka n'a pas une vision purement vitaliste de la vie, car, comme nous l'avons vu, il laisse la porte ouverte à des exceptions, notamment dans les cas d'euthanasie passive (tel que l'arrêt de traitement). Les juges majoritaires empruntent cependant deux arguments vitalistes majeurs, soient celui du précédent *historique* et celui de

la *nature*. Ils emploient d'abord l'argument du *précédent historique* (Keyserlingk, 1979, 21), autrement dit, de la pente glissante. Ils nous mentionnent les abus et dérapages qui ont eu lieu par le passé comme la création de la machine-suicide du Dr Kervorkian afin de montrer que la prohibition absolue est un garde-fou à ces abus potentiels. Les juges majoritaires emploient également l'argument de « la mort naturelle, c'est mieux ». Cet argument veut que la mort soit naturelle « dans le cas de la cessation du traitement, [...] les forces artificielles de la technologie médicale qui ont maintenu le patient en vie sont retirées et la nature suit son cours » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 606). Cependant, dans les cas d'euthanasie active, « le cours de la nature est interrompu, et la mort résulte directement de l'action humaine) (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 606). Or, « la participation active d'une personne dans la mort d'une autre est intrinsèquement blâmable sur les plans moral et juridique » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 601)

Nous précisons cependant là encore que le juge Sopinka n'a pas une conception entièrement vitaliste de la vie, car il admet que sa « conception du caractère sacré de la vie comprend également des notions de qualité de la vie » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 585). Or, « l'optique vitaliste considère donc que le principe du caractère sacré de la vie s'oppose à celui de la qualité de la vie et que les deux sont irréconciliables » (Keyserlingk, 1979, 20). Le juge Sopinka, puisqu'il admet une certaine place à la qualité de la vie, n'est donc pas purement vitaliste.

2.1.1.2. La vie exclut la mort et le libre choix

Dans cette optique quasi vitaliste de la vie, le juge Sopinka ajoutera que « le principe du caractère sacré de la vie signifie l'exclusion du libre choix de s'infliger la mort et certainement l'exclusion de la participation d'autrui à l'exercice d'un tel choix » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge Sopinka, 585). Pourquoi ? Parce que la vie, selon le juge Sopinka, est à mettre sur un autre plan que la mort. Selon ce juge, le suicide médicalement assisté c'est « choisir la

mort au lieu de laisser la nature suivre son cours » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 586). Or, « Même lorsque la mort semble imminente, chercher à contrôler le moment et la façon de mourir constitue un choix conscient de mourir plutôt que de vivre. C'est pourquoi la vie, comme valeur, entre en jeu dans le cas du malade en phase terminale qui demande à choisir la mort plutôt que la vie » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 586). Selon le juge Sopinka, la vie et la mort s'excluent donc mutuellement.

Hormis l'accent qu'il met sur le caractère sacré de la vie, le juge Sopinka n'expliquera pas pourquoi la personne en phase terminale ne devrait pas avoir le droit de choisir la mort plutôt que la vie. Il dira simplement que « la mort est inévitable pour tous les mortels » et que « la participation active d'une personne dans la mort d'une autre est intrinsèquement blâmable sur les plans moral et juridique » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 601). Il admettra que pour les juges majoritaires, la préservation de la vie est un principe édificateur du droit.

2.1.2. Les valeurs personnelles comme principe (2015)

En 2015, cette vision de la vie quasi vitaliste sera en quelque sorte balayée du revers de la main pour laisser place à une vision de la vie plus « personnelle », celle de Gloria Taylor. Cette vision admet que la mort fait partie de la vie et que la vie doit être de qualité (qualité étant définie par Gloria Taylor elle-même).

2.1.2.1. La vie inclut la mort

En reprenant les termes du Juge Cory (dissident) de 1993, les juges de 2015 affirmeront quant à eux que « le droit à la vie [comprend] celui de mourir avec dignité, parce que « la mort fait partie intégrante de la vie » (Carter *c. Canada*, 2015, §60). Cette conception de la vie comme incluant la mort va à l'opposé de la conception de la vie des juges majoritaires qui différenciaient vie et mort de manière catégorique.

2.1.2.2. Une vie de qualité

Cette conception de la vie comme incluant la mort repose sur l'idée que la vie doit être de qualité. En effet, pouvoir choisir sa mort et éviter de souffrir pendant des mois sur un lit d'hôpital est mieux d'après les juges de 2015 que de subir une « souffrance inutile » (Carter c. Canada, 2015, §90). Tandis que les juges majoritaires de 1993 louaient le caractère sacré de la vie, les juges de 2015 quant à eux, donneront la voix à Mme Taylor afin de louer le fait que la vie devrait être de qualité. D'après les mots de Mme Taylor, la qualité de la vie est supposée avoir plusieurs facettes.

La vie est de qualité si elle apporte du bonheur et qu'elle est vécue positivement, plutôt que négativement (au niveau émotionnel). Mme Taylor précisait qu'elle entendait « saisir chaque moment de bonheur que je peux encore arracher au temps qu'il me reste à vivre, dans la mesure où il s'agit d'une vie de qualité; mais je ne veux pas d'une vie sans qualité » (Carter c. Canada, 2015, §12) et qu'elle ne « gaspillerai[t] pas le temps qui [lui] reste à être déprimée » (Carter c. Canada, 2015, §12).

Une vie de qualité, c'est aussi *connaître les circonstances de sa mort* et ne pas attendre dans la peur d'une mort inconnue, aux traits effrayants :

actuellement, ma qualité de vie est diminuée par le fait que je suis incapable d'affirmer avec certitude que j'aurai le droit de demander de l'aide médicale à mourir quand arrivera le moment où 'c'en sera assez'. Je vis dans la hantise d'une mort lente, difficile, désagréable, douloureuse, humiliante et incompatible avec les valeurs et principes selon lesquels j'ai essayé de vivre (Carter c. Canada, 2015, §12).

La qualité de la vie, c'est également avoir un certain *contrôle sur le temps de vie* :

dans certains cas, des personnes s'étaient suicidées *plus tôt qu'au moment où elles auraient choisi de mourir* si elles avaient eu accès à une aide médicale à mourir. Une femme a souligné que le recours aux méthodes de suicide classiques telles l'asphyxie au monoxyde de carbone, l'ouverture des veines ou une surdose de drogues illicites, l'obligerait à mettre fin à ses jours [TRADUCTION] 'alors que je suis encore physiquement apte à

m'enlever la vie, *bien avant* que j'aie effectivement *besoin* de quitter ce monde' (Carter c. Canada, 2015, §15, notre italique).

Une qualité de vie, c'est aussi une vie qui termine par une mort que l'on choisit, sans subir les affres de la médecine et un potentiel acharnement thérapeutique : « Kay a informé sa famille qu'elle ne voulait pas vivre le reste de sa vie alitée, comme une [TRADUCTION] « planche à repasser » (Carter c. Canada, 2015, §17). Dans cette même optique, une vie de qualité ne peut inclure de souffrance : « Mme Rodriguez, comme Mme Taylor, allait mourir de la SLA. Elle revendiquait, elle aussi, le droit de demander une aide médicale à mourir lorsque sa souffrance deviendrait intolérable » (Carter c. Canada, 2015, §42). La seule personne qui pourra dire que sa souffrance est « intolérable », c'est la personne qui souffre. Or, comme nous le verrons plus loin, c'est le médecin qui pourra évaluer qui souffre ou qui ne souffre pas, qui est vulnérable ou qui ne l'est pas, etc. Nous verrons que même si les juges de 2015 laissent une grande place au « choix », ce sera sous l'ombre évaluatrice du médecin.

Quoi qu'il en soit, c'est l'idée de valeur personnelle donnée à la vie qui fait que la vie est définie de manière totalement différente entre 1993 et 2015. Alors qu'en 2015, la vie dépend des choix personnels pour avoir une « valeur » ou une « utilité », en 1993, elle avait une valeur « intrinsèque ». Les juges de 2015 rejeteront la « formulation existentielle » du droit à la vie qui « exige une prohibition absolue de l'aide à mourir, ou que les personnes ne peuvent « renoncer » à leur droit à la vie. [Car cette formulation existentielle du droit à la vie aurait pour conséquence] *une 'obligation de vivre' plutôt qu'un 'droit à la vie'* » (Carter c. Canada, 2015, §63).

2.2. Le choix

Qu'en est-il maintenant de la signification donnée au choix entre 1993 et 2015 ? Est-ce que le choix serait vu différemment entre 1993 et 2015 ?

2.2.1. Un choix inexistant (1993)

On ne peut pas vraiment parler de glissement de sens sur l'idée de choix entre 1993 et 2015 puisqu'en 1993, les juges majoritaires ne laissaient pas de place au choix.

2.2.2. Un choix sous tutelle médicale (2015)

Les juges de 2015 insisteront énormément sur l'idée que la vie doit être de qualité et que pour cela, il faut pouvoir être capable de faire des choix menant à la qualité espérée. D'après les juges de 2015, les personnes comme Mme Taylor se trouvent « devant ce [...] « *choix cruel* » entre mettre fin elle-même à ses jours alors qu'elle était encore physiquement apte à le faire, ou renoncer à la possibilité d'exercer un droit de regard sur le moment et la manière de mourir » (Carter *c.* Canada, 2015, §13, notre italique). Ce choix est aussi décrit comme un « choix 'horrible' » (Carter *c.* Canada, 2015, §14). Un choix terrible donc, mais qui a avant tout comme but de préserver la dignité et les valeurs personnelles de la personne qui demande à mourir (Carter *c.* Canada, 2015, §12).

Cependant le discours des juges de 2015, bien qu'il laisse une grande place au choix de la personne souffrante, ne laisse entrevoir la possibilité de pouvoir choisir sa mort que sous l'œil d'une médecine régulatrice et évaluatrice. Nous reviendrons sur ce sujet un peu plus loin. Mais le choix dont parlent les juges de 2015 est avant tout un « libre choix *en matière médicale* » (Carter *c.* Canada, 2015, §67, notre italique). C'est un choix « libre » fait par le patient après qu'un médecin a évalué « de manière fiable la capacité » (Carter *c.* Canada, 2015, §27) de ce dernier « notamment à l'égard des décisions touchant la vie et la mort » (Carter *c.* Canada, 2015, §27). Le choix est rendu officiel après qu'une évaluation faite par le médecin a permis « de déceler l'existence de contraintes, d'influence injustifiée et d'ambivalence » (Carter *c.* Canada, 2015, §27) et que « le patient soit adéquatement informé de son diagnostic et de son pronostic » (Carter *c.* Canada, 2015, §27). En d'autres mots, le choix autorisé par les juges de 2015 est un choix sous tutelle médicale.

B. Le suicidaire

En 1993 et 2015, la demande effectuée par les appelantes auprès des tribunaux est la même. Sue Rodriguez, Gloria Taylor et Kathleen Carter souhaitent se suicider avec l'aide d'un médecin, avant de devenir trop faibles pour pouvoir agir elles-mêmes et ceci, afin de préserver leur dignité. Cependant, la place laissée à ces appelantes ainsi que le portrait brossé de ces dernières seront totalement différents en 1993 et en 2015.

1. La place laissée à cette personne

Alors qu'en 1993, les juges majoritaires ne laissent presque aucune place à Sue Rodriguez, en 2015, ils en donnent beaucoup plus à Kathleen Carter.

1.1. Une appelante dont on se soucie, mais pas trop (1993)

En 1993 d'abord, la place laissée à Sue Rodriguez est presque inexistante dans le discours des juges majoritaires.

1.1.1. Les juges majoritaires

Ce qui apparaît avant toute chose dans le discours des juges majoritaires de 1993, c'est l'idée que cette personne ne devrait pas se suicider, car c'est mal. Les juges majoritaires de 1993 précisent que « permettre à un médecin de participer légalement à la suppression de la vie indiquerait qu'il existe des cas où l'État approuve le suicide » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, 606). La critique du suicide est implicite ici, mais elle est là. Il est à noter qu'en 2015 le suicide ne sera pas mieux vu qu'en 1993, car il sera décrit à travers les termes de témoins comme « une solution répugnante » (Carter *c.* Canada, 2015, §15).

En 1993, la situation dans laquelle se trouve Sue Rodriguez est décrite de manière très objective, avec tout le détachement que peut procurer un discours juridique. On apprend dans l'arrêt Rodriguez que cette dernière « *est atteinte* » de sclérose latérale amyotrophique ; que « son état se détériore rapidement et [que] bientôt elle sera incapable d'avalier, de parler, de

marcher et de bouger sans aide » (Rodriguez c. Canada, 1993, tous les juges, 520). La place donnée à Sue Rodriguez par les juges est donc une place minime. Les juges ne donnent pas une place émotionnelle à cette dernière. Les juges majoritaires contrediront Sue Rodriguez sur les trois points principaux que cette dernière amènera. D'abord la mort, puis la dignité et enfin l'idée que l'État lui inflige un traitement cruel.

En ce qui concerne la *demande de mort*, Sue Rodriguez ne demandait pas la mort elle-même, mais à pouvoir contrôler le temps et le lieu de sa mort (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 584). Cependant, les juges majoritaires ne seront pas d'accord avec cette demande. Ils estimeront que si Sue Rodriguez décidait de se tuer à l'aide d'un médecin, elle choisirait bel et bien la mort « au lieu de laisser la nature suivre son cours » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 586). Leur argument est que « *la mort est inévitable pour tous les mortels*. Même lorsque la mort semble imminente, chercher à contrôler le moment et la façon de mourir constitue un choix conscient de mourir plutôt que de vivre » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 585-586, *notre italique*). Si l'on suit le raisonnement des juges majoritaires, ceux-ci ne sont pas d'accord avec le fait de choisir la mort, car cela contredit la nature.

D'autre part, Sue Rodriguez demandait à ce que « le respect de la dignité et de l'autonomie de la personne constitue un principe de justice fondamentale » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 592). Les juges majoritaires ne seront pas non plus d'accord avec cette idée. Ils ne réfuteront certes pas « l'importance du concept de la dignité humaine », ni le fait que « le respect de la dignité humaine est l'un des principes fondamentaux de notre société ». Ils ajouteront même que la dignité est « inhérente » à tout être humain (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 585) et que cette dignité est un fondement philosophique de la société canadienne. Les juges auront cependant « de la difficulté à [qualifier la dignité] de principe de justice fondamentale au sens de l'art. 7. » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge

Sopinka, 592). De plus, les juges ajouteront que les principes de justice fondamentale ne devraient pas être « des principes qui sont de justice fondamentale aux yeux de l'intéressé seulement » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 590).

Enfin, Sue Rodriguez alléguera que « la prohibition du suicide assisté a pour effet de lui imposer un *traitement cruel et inusité* en ce qu'elle prolonge ses souffrances jusqu'au moment de sa mort naturelle ou l'oblige à mettre fin plus tôt à sa vie c'est-à-dire à un moment où elle peut encore le faire sans aide » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 609, *notre italique*). Les juges majoritaires seront encore une fois en désaccord avec Sue Rodriguez. Les juges diront clairement qu'« on ne peut dire que l'État inflige à l'appelante une peine au sens de l'art. 12. » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 609). Ils auront toutefois du mal à déterminer le sens du mot « traitement ». Mais après réflexion, ils concluront que « la simple prohibition imposée par l'État à l'égard d'une certaine action, sans plus, ne peut constituer un 'traitement' au sens de l'art. 12 » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 611).

En résumé, les juges majoritaires ne laisseront aucune place aux arguments de Sue Rodriguez. Toute leur énergie ira dans la défense de la préservation de la vie au nom du caractère « sacré » (laïque) de la vie.

1.1.2. Les juges minoritaires

Voyons maintenant quelle place donnent les juges minoritaires à Sue Rodriguez (ainsi que leur manière de la décrire). Notons que si nous voyons le point de vue de chaque juge minoritaire ci-dessous, c'est parce que ces derniers ont beaucoup insisté sur leur vision de l'appelante.

1.1.2.1. Lamer

Le juge en chef Lamer insistera avant tout sur l'idée que Sue Rodriguez subit une inégalité flagrante, qui au regard de l'article 15(1) de la Charte devient une discrimination (car

il empêche Sue Rodriguez de faire le choix de se tuer elle-même). Le juge en chef Lamer parlera à cet effet de la « pire forme d'oppression » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge en chef Lamer, 545). Il estime également que voir Sue Rodriguez comme étant vulnérable, c'est en quelque sorte lui imposer l'idée qu'elle est vulnérable (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge en chef Lamer, 562) alors qu'elle est tout à fait saine d'esprit, consentante, et capable de dire si elle veut mourir ou non (Rodriguez *c. Canada*, 1993, le juge en chef Lamer, 567). Le juge en chef Lamer ne contredira cependant pas l'idée que certaines personnes qui demandent à mourir sont vulnérables à l'influence d'autrui. C'est pour cette raison qu'il insistera sur l'idée de régime, dans lequel le personnage central est le médecin. Il dira qu'un régime médicalisé est tout à fait apte à endiguer les risques d'abus et de dérapages qui pourraient avoir lieu avec des patients vulnérables et qu'un tel régime permet de s'assurer que les appelants sont tout à fait « éclairés » et qu'ils veulent bel et bien mourir. Le juge en chef Lamer sera celui qui dessinera donc en premier la relation paradoxale entre médecin et appelante ; cette relation où la volonté de l'appelante ne se fait que sous le joug de la volonté du médecin, qui « approuve » (ou non) que cette dernière veuille bien se tuer (ou non).

1.1.2.2. McLachlin

La Juge McLachlin quant à lui émettra l'idée que les personnes comme Sue Rodriguez, si elles donnent un consentement éclairé et libre, devraient avoir le droit de mourir dans les conditions qu'elles estiment « dignes » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, La Juge McLachlin, 524, 618). La Juge McLachlin pense que si Sue Rodriguez, qui est capable, éclairée et consentante, ne peut obtenir le SMA, elle est en quelque sorte 'privée' d'un droit qui lui revient » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, La Juge McLachlin, 620). En étant ainsi privée d'un droit, elle devient un « bouc émissaire » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, La Juge McLachlin, 621). La Juge McLachlin, contrairement au juge Sopinka, estimera que l'Etat ne peut empiéter sur le droit d'un individu à choisir sa propre mort (Rodriguez *c. Canada*, 1993, La Juge McLachlin, 622).

En somme, la Juge McLachlin insistera avant tout sur l'idée que Sue Rodriguez subit malgré elle une injustice impardonnable, qui devrait être effacée avec la mise en place d'un régime strict permettant d'éviter les abus sur les personnes vulnérables. Nous noterons que malgré le fait que la Juge McLachlin voit Sue Rodriguez comme une femme libre et éclairée (et donc non vulnérable), elle parlera à un moment donné de cette « vulnérabilité particulière d'une personne qui est incapable physiquement de mettre fin à sa vie » (Rodriguez c. Canada, 1993, La Juge McLachlin, 628). Par là même, la Juge McLachlin se contredira elle-même sur l'idée de vulnérabilité. Mais cela ne devrait point nous étonner puisque la vulnérabilité n'est à aucun moment définie dans l'arrêt Rodriguez.

1.1.2.3. Cory

Le Juge Cory accentuera quant à lui l'idée que Sue Rodriguez est saine d'esprit et expliquera que les personnes comme Sue Rodriguez ne sont pas toutes « incapables ». Il militera en faveur du régime édicté par le Juge en chef Lamer, car d'après lui, « cela garantira à Sue Rodriguez, qui a vécu sa vie *avec tant de dignité et de courage*, de choisir d'y mettre un terme avec *la même dignité et le même courage* » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Cory, 631).

Que ce soient les juges Lamer, McLachlin ou Cory, ces derniers insisteront avant tout sur l'idée qu'un régime permissif serait bon à mettre en place. Ces derniers auront parfois quelques commentaires émotionnels, mais n'insisteront au final pas tant que cela sur la souffrance (sentimentalisée) vécue de l'appelante.

1.2. Une grande place donnée aux appelantes (2015)

En 2015, la place donnée à Gloria Taylor sera bien plus importante que celle laissée à Sue Rodriguez par les juges majoritaires; la souffrance de Gloria Taylor trouvera une place importante dans le discours des juges et Gloria Taylor trouvera une place intime.

1.2.1. Une grande place donnée à la souffrance

En 2015, la première chose qu'on peut lire concernant la situation des appelantes est que Gloria Taylor « *souffrait* d'une maladie neurodégénérative fatale — la sclérose latérale amyotrophique (ou SLA) —, une maladie causant un affaiblissement progressif des muscles » (Carter *c.* Canada, 2015, §11, notre italique). Alors que les juges majoritaires de 1993 parlaient sobrement d'« atteinte », les juges de 2015 emploient directement le verbe de « souffrir ». Cette idée de souffrance sera d'ailleurs très présente dans le discours des juges de 2015 de manière générale. Les juges n'emploieront pas moins de 14 fois l'idée de *souffrances graves et irrémédiables*, mais aussi l'idée de *souffrances aiguës, persistantes, ou intolérables*, ou encore l'idée de *mort atroce*. Aussi, les juges estimeront que le choix devant lequel se trouvent les appelantes (soit celui de se tuer sans l'aide d'un médecin, car le SMA est prohibé) est « cruel » (Carter *c.* Canada, 2015, §1).

Nous pouvons donc observer que la place faite aux appelantes est une place axée sur l'idée de « souffrance », de difficulté, de cruauté. Cette place laissée aux appelantes est une place émotionnelle plus qu'objective/ factuelle (ce qui était davantage le cas dans l'arrêt Rodriguez).

1.2.2. Une place intime

Cette place laissée à la souffrance sera accentuée par l'usage du pronom « je » de Gloria Taylor. Les juges de 2015 donneront en effet un espace où l'intimité de Gloria Taylor sera exposée. Par exemple on peut lire que :

je ne veux pas que ma vie prenne fin violemment. [...] *J'entends* saisir chaque moment de bonheur que *je peux encore arracher* au temps qu'il me reste à vivre, dans la mesure où il s'agit d'une vie de qualité; mais *je ne veux pas* d'une vie sans qualité. [...] *Je vis dans la hantise* d'une mort lente, difficile, désagréable, douloureuse, humiliante et incompatible avec *les valeurs et principes selon lesquels j'ai essayé de vivre* [. . .]. *Ce que je crains*, c'est une mort qui, au lieu d'apporter une conclusion à *ma vie*, en efface les traces. *Je ne veux pas mourir lentement*, à petit feu. *Je ne veux pas*

dépérir, inconsciente, dans un lit d'hôpital. *Je ne veux pas mourir terrassée par la douleur* (Carter c. Canada, 2015, §12, notre italique).

En usant directement du discours de Gloria Taylor, les juges de 2015 donnent une place familière à Gloria et permettent aux lecteurs de se projeter dans le discours de l'appelante plus aisément. Cette projection sera d'autant plus facilitée, à un moment, par l'usage du surnom d'une des appelantes. On remarquera en effet que Kathleen est appelée à un moment par son surnom « Kay » (Carter c. Canada, 2015, §11). Que cela soit voulu ou non, cela donne au lecteur une sensation de « proximité » avec l'appelante et donc une place « intime » à cette dernière. De plus, l'usage du pronom « je » accentue la place laissée à la souffrance, car l'idée qu'autrui puisse souffrir et que cet autrui ne soit pas un inconnu, mais un autre « je », laisse toute la place à l'empathie chez le lecteur. Ce dernier pourrait en effet se mettre à la place de l'appelante et peut-être « souffrir avec » ou « compatir ».

1.3. En résumé

En 1993, la place laissée à la personne qui demande à mourir reste objective et juridique. On parle de cette dernière en termes de droits (à la liberté, à la sécurité et à la vie). Les juges majoritaires ne parlent de Sue Rodriguez que comme une entité juridique, avec une volonté individuelle certes, mais qui reste négligeable face à l'intérêt de l'État. La volonté de Sue Rodriguez de mourir n'est pas comprise par les juges majoritaires qui font reposer tout leur argumentaire sur une logique juridique, celle de la « justice fondamentale ». Ils expliqueront d'ailleurs à cet effet que ces principes ne doivent pas être des principes pour l'appelante seulement. Celle-ci a donc une place minime.

En 2015, les juges décrivent un personnage digne d'une pièce de théâtre, avec des émotions et une voix. Bien que l'on soit dans le cadre d'un jugement rigoureux, celui de la Cour Suprême ; les appelants parlent au « je ». Leur discours n'est pas rapporté par les juges comme une image lointaine, dont on aurait peine à se faire une idée. Au contraire, le lecteur

est directement immergé dans leurs discours personnels ainsi que leurs souffrances du même fait. La place donnée aux appelantes en 2015 est donc très grande *au premier abord*.

2. Les traits donnés à cette personne

Il serait maintenant intéressant de voir de quelle manière Sue Rodriguez et Gloria Taylor sont décrites en 1993 et en 2015.

2.1. Un personnage vulnérable¹⁸ devant être assisté (1993)

En 1993, Sue Rodriguez est vue comme un être faible, vulnérable, qui doit être accompagné et qui ne peut réellement faire de choix personnel.

2.1.1. Un être juridique devant se plier à la loi et à la nature

Le juge Sopinka, au nom des juges majoritaires, expliquera qu'il « *éprouve la plus profonde sympathie* pour l'appelante et sa famille [et qu'il est] conscient que le rejet de sa demande par notre Cour risque de l'empêcher de contrôler les circonstances de sa mort » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 613, *notre italique*). Il admettra également que « la présente affaire est bouleversante d'un point de vue personnel » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 613). Cependant, la logique juridique voudra que toute cette sympathie s'efface au profit de l'al. 241 b) car « l'interdiction prévue à l'al. 241 b) n'est pas contraire aux dispositions de la Charte [des libertés] » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 613). Aussi, selon les juges majoritaires, « il est évident que l'interdiction prévue à l'al. 241b)

¹⁸ Que cela soit en 1993 ou en 2015, les juges considéreront que l'objet de la prohibition du suicide médicalement assisté est de protéger la personne vulnérable (Rodriguez c. Canada, 521,523 ; Carter c. Canada, 2015, 8).

Les juges ne définiront cependant jamais ce qu'est une personne « vulnérable », mais donneront simplement des idées vagues de ce que pourrait être cette vulnérabilité. Les juges majoritaires de 1993 parleront par exemple de vulnérabilité établie « en raison de leur âge ou de leur infirmité » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 603). Ils parleront aussi d'une personne vulnérable comme d'une personne qui pourrait, « dans un moment de faiblesse [...] être incitée à se suicider » (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge McLachlin, 625). Les juges de 2015 ne définiront pas non plus ce qu'est la vulnérabilité de la personne suicidaire. L'arrêt Carter n'offre, comme l'arrêt Rodriguez, que des aperçus brefs de ce qu'est la vulnérabilité. On peut y lire que « l'objet de la loi est d'empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse » (Carter c. Canada, 2015, §86). Les juges de 2015 ne précisent pas cependant ce qu'est la faiblesse dans un tel contexte. Ainsi, quand nous parlerons de vulnérabilité, nous parlerons comme les juges de 1993 et de 2015, avec un flou injustifié.

contribuera à la souffrance de l'appelante si on l'empêche de gérer sa mort dans les circonstances qui, craint-elle, surviendront » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, le juge Sopinka, 584). Mais la souffrance de Sue Rodriguez sera bien vite éclipsée par l'idée que la vie est « sacrée » et qu'elle doit être préservée. Le *laïus* sur la préservation de la vie prendra d'ailleurs quasiment toute la place dans la décision des juges majoritaires.

Le juge Sopinka dépeindra donc Sue Rodriguez comme un être faible qu'il faut protéger et pour qui il a de la sympathie, mais qui doit se plier à la logique juridique, ainsi qu'au « destin ». Dans un ton pseudo-religieux, le juge Sopinka, au nom de la majorité, estimera en effet que « la mort est inévitable pour tous les mortels » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, le juge Sopinka, 586).

Pour souligner cette image de l'appelante sans trop de volonté, les juges majoritaires dépeindront une appelante qui doit se soumettre à la volonté de la nature qui frappe au moment où elle « souhaite » et dans des circonstances inconnues. Les juges emploieront à cet effet un vocabulaire décisif et fataliste. Ils diront que « le moment et les circonstances précises de la mort *demeurent inconnus* jusqu'à ce que la mort survienne effectivement ». Ils ajouteront aussi que l' « on *ne peut prévoir* avec certitude les circonstances précises d'une mort » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, le juge Sopinka, 586, *notre italique*).

L'appelante, dans ce cadre, ne peut absolument pas faire le choix ni de se tuer ni de demander à un médecin de l'aider à se tuer. L'appelante doit se soumettre à une volonté extérieure à elle, celle de la logique juridique basée sur une conception du caractère sacré laïque de la vie. Sue Rodriguez est donc doublement vulnérable. En effet si la « vulnérabilité » devait se définir comme étant la faiblesse à l'égard de l'influence d'autrui, alors Sue Rodriguez serait faible face au médecin, mais aussi face à la nature qui lui « impose » la mort.

2.1.2. Une personne vulnérable qui a besoin de la prohibition de l'État

Avec l'idée que la vie est sacrée et que donc, elle doit être préservée, les juges majoritaires expliquent aussi que « l'intérêt de la société à préserver la vie et à protéger la personne vulnérable rend l'interdiction générale préférable à une loi qui risque de ne pas suffisamment prévenir les abus » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, le juge Sopinka, 601).

Le discours des juges majoritaires décrit une personne « vulnérable » qui semblerait trop faible pour dire non à des incitations au suicide malveillantes, entraînant ainsi des abus de toute sorte. L'État doit ainsi veiller à sa sécurité par le biais d'une prohibition et l'empêcher de mettre fin à ses jours sans qu'elle le veuille. En somme, l'appelante est ici vue comme un être qui n'a pas vraiment de volonté, qui est faible et que l'État doit assister.

2.2. Un personnage dont on décrit la souffrance et qui choisit sa mort (2015)

Les juges de 2015 auront une vision très différente des appelantes par rapport aux juges majoritaires de 1993. Le discours des juges de 2015 présente deux facettes majeures des appelantes : sa souffrance et sa revendication du droit à choisir la manière de mourir. Cette souffrance et cette revendication devant être paradoxalement reconnues par une « tutelle » médicale.

2.2.1. Une appelante qui souffre et qui revendique une mort choisie

Les appelantes sont décrites avant tout en fonction de leurs douleurs physiques et psychologiques, prêtes à se tuer pour éviter une souffrance insupportable et un destin qui les réduirait à l'état de végétaux sur des lits d'hôpitaux.

2.2.1.1. L'emphase sur la souffrance

Les appelantes sont avant tout décrites comme subissant des souffrances terribles. Gloria Taylor est par exemple décrite comme étant « *voué[e]* à d'intolérables souffrances » (Carter *c.* Canada, 2015, §3, notre italique) et « *condamnée* [...] à une vie de souffrances aiguës et

intolérables » Carter *c. Canada*, 2015, §1, notre italique). Elle est aussi « condamnée [...] à des souffrances irrémédiables » (Carter *c. Canada*, 2015, §29) ; elle subit des « problèmes de santé graves et irrémédiables [lui] causant des souffrances physiques et psychologiques persistantes qui [lui] sont intolérables » (Carter *c. Canada*, 2015, §40).

En somme, Gloria Taylor est dans une situation irrémédiable, à laquelle il ne devrait y avoir aucune solution *du côté de la vie*. Elle souffre de manière vraiment atroce ; elle est victime des souffrances physiques qu'entraîne sa maladie, mais aussi des souffrances psychologiques entraînée par sa perte d'autonomie et de dignité. Gloria Taylor souffre dans tous les sens du terme et elle n'en peut plus.

Avec la prohibition en place, la personne qui demande la mort est une personne qui se trouve dans une « obligation de vivre » (Carter *c. Canada*, 2015, §63). En étant interdite de mourir assistée par un médecin, Gloria Taylor subit une « douleur et un stress psychologique », car cela la prive « de la maîtrise de son intégrité corporelle » (Carter *c. Canada*, 2015, §65). Le fait de ne pas pouvoir choisir les circonstances de sa mort laisse « des personnes comme Mme Taylor *subir* de la douleur physique et psychologique et leur *impos[e]* un stress parce qu'il leur [est] *impossible* d'obtenir une aide médicale à mourir » (Carter *c. Canada*, 2015, §65, notre italique).

Gloria Taylor n'est cependant pas simplement victime d'une obligation de vivre qu'on lui imposerait. La maladie qui l'atteint l'oblige à user « d'un soutien à domicile pour accomplir ses tâches quotidiennes, ce qu'elle a décrit comme un affront à sa vie privée, à sa dignité et à son estime de soi » (Carter *c. Canada*, 2015, §12). Gloria Taylor est ici face à une chose qui l'*affronte*, qui lui fait du mal.

2.2.1.2. La revendication d'une mort choisie

Bien que ces problèmes de santé soient « irrémédiables », Gloria Taylor décide de se lever et de scander haut et fort qu'elle ne se laissera pas vaincre par la maladie et les souffrances que celle-ci entraîne. Gloria Taylor ne « [veut en effet] pas mourir lentement, à petit feu » ou « terrassée par la douleur » (Carter *c.* Canada, 2015, §11). Si Gloria Taylor se lève ainsi contre ses propres douleurs, c'est parce que qu'en étant « privée[...] de la possibilité de faire un choix qui peut s'avérer très important pour [son] sentiment de dignité et [son] intégrité personnelle », Gloria Taylor est empêchée de faire un choix « compatible avec les valeurs [qu'elle a eue] toute [sa] vie et qui reflète [son] vécu » (Carter *c.* Canada, 2015, §65, reprenant la Juge de première instance). Gloria Taylor compte donc bien éviter l'acharnement thérapeutique et dire aux médecins qu'elle souhaite mourir selon ses valeurs et ses principes. Gloria Taylor montre, au travers du discours des juges de 2015, qu'elle a une voix personnelle bien à elle.

Parmi les principes personnels de Gloria Taylor on peut voir par exemple qu'elle veut que sa vie soit de qualité. Elle compte rester heureuse jusqu'à son dernier souffle. Elle dit en effet que :

*Je ne gaspillerai pas le temps qui me reste à être déprimée. J'entends saisir chaque moment de bonheur que je peux encore arracher au temps qu'il me reste à vivre, dans la mesure où il s'agit d'une vie de qualité; mais je ne veux pas d'une vie sans qualité (Carter *c.* Canada, 2015, §12, notre italique).*

D'autre part, Gloria Taylor ne souhaite pas seulement vivre heureuse jusqu'au bout, mais aussi mourir d'une belle mort, qui soit paisible, entourée de sa famille :

*je ne veux pas que ma vie prenne fin violemment. Je ne veux pas que la façon dont je mourrai soit traumatisante pour les membres de ma famille. Je veux qu'on me reconnaisse le droit de mourir paisiblement, au moment que je choisirai, dans les bras de ma famille et de mes amis (Carter *c.* Canada, 2015, §12, notre italique).*

Gloria Taylor souhaiterait, paisiblement. Elle souhaite une telle mort, car elle est effrayée de mourir violemment, dans l'agonie :

Je vis dans la hantise d'une mort lente, difficile, désagréable, douloureuse, humiliante et incompatible avec les valeurs et principes selon lesquels j'ai essayé de vivre (Carter c. Canada, 2015, §12).

Gloria Taylor voudrait en somme une mort sans souffrance, paisible. Gloria Taylor souhaiterait en quelque sorte une mort qui paraisse être la continuité de la vie, ce que Mitford appelait l'*american way of death*. Une mort qui prend le visage de la vie en étant paisible, comme dans une publicité à savon (Mitford, 1963).

Gloria Taylor précise également vouloir mourir selon les principes qui l'ont toujours guidée, cependant elle ne précise pas quels sont ces principes. Dans ce cadre, la mort devient une manière pour Gloria Taylor d'exprimer qui elle pense avoir été toute sa vie, même si elle ne précise pas qui elle a été finalement.

Gloria Taylor est donc décrite avant toute chose comme une personne emportée dans le tumulte de souffrances insupportables et dont la volonté est happée par un destin qui la prive de sa dignité ; mais dont la volonté est de contrer cette souffrance et de mourir d'une manière choisie, plus douce et moins douloureuse.

2.2.2. Le paradoxe de la « tutelle » médicale

Les appelantes à la CSC seront d'autre part décrites comme étant des personnes capables de choisir leur mort, elles sont vues comme des personnes capables de dicter leur propre sort. Mais très paradoxalement, ce « pouvoir » des appelantes de choisir leur sort médical est uniquement possible avec l'aide d'un médecin et de son professionnalisme. C'est cela que nous nommons le paradoxe de la « tutelle » médicale.

2.2.2.1. Des appelantes dictant leur propre sort

Les juges de 2015 réfuteront tout d'abord l'idée que toutes les personnes demandant à mourir sont « vulnérables ». Les juges de 2015 voient au contraire Gloria Taylor comme étant une personne « capable [...], bien informée [...], non ambivalente [...], qui n'[a] subi aucune coercition ou contrainte » (Carter *c. Canada*, 2015, §29, reprenant la Juge de première instance). Les juges ajouteront que « la réaction d'une personne à des problèmes de santé graves et irrémédiables est primordiale pour sa dignité et son autonomie » (Carter *c. Canada*, 2015, §66).

Les juges ne parleront cependant pas qu'au nom de la dignité ou de l'autonomie, mais également au nom de la liberté. D'après eux, « les personnes mentalement capables peuvent — et doivent pouvoir — prendre en toute liberté des décisions concernant leur intégrité corporelle » [...]. Ce droit de « décider de son propre sort » permet aux adultes de *dicter le cours de leur propre traitement* médical » (Carter *c. Canada*, 2015, §67). Les appelantes sont donc ici vues comme devant prendre les armes et dicter ce qui leur arrive. Les juges de 2015 parlent même du fait que les appelantes doivent « décider de leur sort » (Carter *c. Canada*, 2015, §67). Les juges de 2015 accordent en ce sens une voix « prophétique » horizontale aux appelantes qui sont vues comme les décideuses de leurs propres vies. Horizontale dans le sens où les appelantes ne suivent pas la volonté d'une entité supérieure, mais bien leur propre volonté, pour elle-même.

Les personnes mentalement « capables » peuvent aussi prendre une décision concernant leur propre sort médical. Cette décision découle de « la *maîtrise* qu'elles exercent sur leur intégrité corporelle [qui] représente leur réaction profondément personnelle à une douleur et à des souffrances aiguës » (Carter *c. Canada*, 2015, §68, notre italique).

2.2.2.2. Un sort approuvé par le médecin

Cependant, ce choix des appelantes sera effacé (ou du moins mis dans l'ombre) lorsque les juges de 2015 mettront la volonté du médecin au-dessus de la volonté des appelantes.

Afin de reconquérir leur dignité, les appelantes devront passer par un médecin « qualifié et expérimenté » afin que ce dernier évalue « de manière sûre la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision » (Carter *c.* Canada, 2015, §106). Ce dernier est le certificateur de leur volonté. Les appelantes sont donc dans une situation où elles ne peuvent rien faire sans l'aval du médecin.

Ce médecin évalue non seulement la volonté des appelantes, mais également leur vulnérabilité, car « la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale » (Carter *c.* Canada, 2015, §115).

En somme, en 2015, les appelantes sont décrites avant tout comme des êtres qui souffrent beaucoup et qui peuvent faire le choix de maîtriser cette souffrance *via* un parcours médical choisi, mais ceci, uniquement avec l'aval du médecin.

C. Le rôle du médecin

Afin de pouvoir obtenir une aide médicale à mourir, les appelantes doivent être évaluées par le médecin. Nous verrons dans cette dernière partie la place donnée au médecin suivi du portrait que les juges brossent de ce dernier.

1. Place donnée au médecin

Quelle importance les juges donnent-ils au médecin ?

1.1. En 1993

En 1993 Sue Rodriguez demandait à mourir à l'aide d'un « *médecin qualifié* [et que celui-ci] soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdra la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait » (Rodriguez c. Canada, 1993, 520, notre italique). Sue Rodriguez ne veut donc pas mourir de n'importe quelle manière, mais accompagnée par un médecin « qualifié ». La place du médecin est donc centrale dans la demande de Sue Rodriguez.

1.1.1. Les juges minoritaires

Nous commencerons ici par voir quelle place les juges minoritaires donnaient au médecin.

1.1.1.1. Le régime de Lamer met le médecin au centre

Le juge en chef Lamer (minoritaire) reprendra ce souci de Sue Rodriguez d'être accompagnée d'un médecin qualifié lors de sa mort en élaborant un régime strict qui mettra le médecin dans une position cruciale. Ce régime est constitué de sept points majeurs. D'abord, l'appelante doit être certifiée « mentalement capable de décider de mettre fin à ses jours [...] *par un médecin traitant et par un psychiatre indépendant* ». Ensuite, *les médecins devraient certifier* que Sue Rodriguez est en phase terminale et qu'elle n'a aucun espoir de guérison, qu'elle souffre de manière intolérable (psychologiquement et physiquement). Aussi, les médecins devraient préciser à Rodriguez qu'elle peut renoncer à son désir de mourir et lui annoncer à quel moment elle va mourir (vraisemblablement). Dans la suite de la procédure, un psychiatre et un coroner doivent certifier une deuxième fois que l'appelante est effectivement mentalement capable « de décider et qu'elle décide effectivement de mettre fin à sa vie ». En cinquième lieu, *les médecins doivent évaluer* le patient quotidiennement avant sa mort afin de vérifier qu'elle a toujours l'intention de se tuer. Sixièmement, pendant 30 jours, personne ne peut aider Rodriguez à mettre fin à ses jours. Après 30 jours, tous les

moyens seront mis en place pour l'aider à mourir. Cette condition est créée afin de s'assurer que l'appelante n'a pas changé d'avis depuis l'examen du psychiatre, 30 jours avant. La toute dernière condition est que « l'acte causant la mort de l'appelante doit être l'acte de l'appelante elle-même, sans aide, et non celui d'autrui » (Rodriguez *c. Canada*, le juge en chef Lamer, 540, *notre italique*).

Le juge en chef est le seul à élaborer un régime parmi les juges minoritaires et majoritaires. Ce régime met le médecin au centre et lui donne l'autorité pour dire qui peut mettre fin à ses jours et qui ne le peut pas. Le juge dira aussi qu'il ne veut pas accorder un délai plus long que 30 jours après que les médecins ont certifié l'appelante comme étant « mentalement capable », car celle-ci pourrait changer d'avis. Face à cela, nous nous demandons « quel mal y aurait-il à ce qu'elle change d'avis puisque ce régime serait créé pour lui laisser la liberté de choix ? ».

Le juge en chef Lamer répondra à cette question en disant que « le droit d'un individu d'être *maître* de son propre corps ne cesse pas d'exister du seul fait qu'il *dépend* maintenant d'autrui pour les soins physiques de son corps; en fait, cette forme d'autonomie est alors souvent essentielle au sentiment de confiance en soi et de dignité d'un individu » (Rodriguez *c. Canada*, le juge en chef Lamer, 560). Si l'on écoute bien ce que nous dit le Juge en chef Lamer, Sue Rodriguez peut être maître de son enveloppe charnelle, tout en étant dépendante du médecin ; d'où l'idée de la présence constante d'un médecin qui évaluerait Sue Rodriguez et sa volonté de mourir. Notons que le juge en chef Lamer justifie cette position paradoxale sur l'autonomie du patient en exprimant l'idée que cette autonomie « prescrite » serait la clef de la dignité et de la confiance en soi. On ne pourrait donc être digne qu'en dépendant d'un médecin ?

1.1.1.2. Les juges Cory et McLachlin

Les juges McLachlin et l'Heureux-Dubé donnent également une place centrale à la médecine en le sens qu'ils souscrivent à l'idée de régime du juge en chef Lamer bien que certaines conditions de temps ne leur conviennent pas. En souscrivant à un tel régime, les juges McLachlin et l'Heureux-Dubé mettent le médecin au centre de leur argumentaire (cf. Rodriguez *c. Canada*, la juge McLachlin, 629).

Le juge Cory quant à lui, précise qu'il ne voit « aucune raison de ne pas permettre aussi qu'un malade en phase terminale et sur le point de mourir puisse mettre fin à ses jours *par l'intermédiaire de quelqu'un* » (Rodriguez *c. Canada*, le juge Cory, 631, notre italique). Le fait de ne pas préciser que cette aide devrait être fournie par un médecin fait en sorte que le juge Cory parle de suicide assisté et non pas de suicide *médicalement* assisté. Mais le juge Cory dira plus loin qu'il aimerait voir être mis en place un régime de la même nature que celui décrit par le juge en chef Lamer. En disant cela, le juge Cory redonne donc une place centrale au médecin. Son discours reste cependant vague concernant la place du médecin.

Avant d'embrayer sur le discours du juge Sopinka, nous aimerions préciser que tous les juges minoritaires, sans exception, ont fait l'amalgame entre suicide assisté et suicide médicalement assisté (même le juge Lamer et le juge Sopinka). Rappelons que le suicide assisté est le fait pour *n'importe qui* d'aider une autre personne à mourir. Alors que le suicide médicalement assisté est le fait, pour *un médecin*, d'aider une personne en phase terminale à mourir ; le suicide médicalement assisté se fait sous l'égide de règles strictes, telles qu'énoncées par le juge en chef Lamer.

Le fait que les juges minoritaires (et ensuite majoritaires) confondent les deux idées dans leur discours dénote une certaine confusion de leur part. Cette confusion pourrait expliquer le fait que les juges (minoritaires comme majoritaires) n'arrivaient pas à se positionner, « que la

Cour a eu du mal à rendre sa décision, et que certains [des juges] pouvaient avoir une opinion un jour et penser autrement le lendemain » (Butler & Tiedeman, 2015).

1.1.2. Les juges majoritaires : une place impossible pour la médecine.

Les juges majoritaires auront un discours qui oscille entre *suicide médicalement assisté* et *suicide assisté* (Rodriguez c. Canada, 1993, le juge Sopinka, 581), sans jamais vraiment insister sur l'idée qu'un médecin devrait absolument aider à mourir. Les juges majoritaires n'élaborent pas un discours clair et cohérent et mêlent l'idée d'assistance médicale à la mort et l'idée d'assistance non médicale à la mort.

Cependant, les juges majoritaires seront très clairs sur une chose. Ils insisteront sur l'idée que « permettre à un médecin de participer légalement à la suppression de la vie indiquerait qu'il existe des cas où l'État approuve le suicide » (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 608). Les juges expliquent ici de manière implicite qu'un médecin ne devrait pas aider quelqu'un à mourir, auquel cas l'État approuverait le suicide. Ils ne le disent pas clairement, mais ils dessinent le suicide comme un acte moralement blâmable. Aussi, les juges majoritaires affirmeront :

qu'une grande partie du corps médical *est opposée à toute participation au suicide assisté* parce qu'un tel geste est à *l'antithèse de son rôle qui est de guérir les malades*, beaucoup de médecins refuseront leur aide, ce qui fait surgir la possibilité de la croissance d'une spécialité macabre qui rappelle le Dr Kervorkian et sa machine suicide (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 582).

En spéculant ainsi sur la volonté du corps médical, les juges majoritaires généralisent leur propre opinion à un corps professionnel entier, sans se justifier. Il emploie également le terme de « suicide assisté », qui désigne l'acte d'aider quelqu'un à mourir de manière *non médicale* (et qui est toujours illégal après que le gouvernement de Justin Trudeau a fait passer une loi légalisant le suicide *médicalement* assisté en 2016). En émettant un tel discours, les juges exacerbent la confusion autour du suicide médicalement assisté.

Si l'on décortique leur discours, les juges majoritaires usent ici d'un syllogisme. Dans une *première prémisse*, ils généralisent l'idée qu'une grande partie du corps médical sera opposée à réaliser le suicide assisté. Ensuite, dans une *seconde prémisse*, ils disent que les médecins sont censés guérir et non pas assister une personne à mourir, ce qui serait l'antithèse de leur rôle « normal ». Ils *concluent* de ces deux prémisses que la majorité du corps médical ne voudra pas aider à mourir et que ce refus généralisé mènera à une spécialité macabre, telle que celle engendrée par le Dr Kervorkian.

Face à un tel raisonnement, nous nous posons la question suivante : pourquoi généraliser l'idée qu'une grande partie d'un corps médical refuserait (hypothétiquement) d'aider à mourir des patients ?

L'idée des juges majoritaires qui dit que les médecins n'aideront pas les patients à mourir sera reprise par les juges de 2015 qui critiqueront cette dernière. Ils diront que les juges de 1993 font reposer leur argumentaire sur une « crainte théorique et hypothétique » (Carter *c.* Canada, 2015, §119) et que « la décision du médecin de participer à l'aide à mourir relève de la conscience » (Carter *c.* Canada, 2015, §132). Ainsi, les juges majoritaires de 1993 spéculent que la plupart des médecins n'aideront pas leurs patients à mourir, tandis que les juges de 2015 ne spéculeront pas et ne feront que souligner l'idée que les médecins agiront selon leur conscience.

Le raisonnement du juge Sopinka « soutenant » l'idée que la plupart des médecins n'aideront pas à mourir, entraînant de ce fait une spécialité macabre, n'est aucunement justifiée. Le juge Sopinka joue clairement sur la peur d'une potentielle spécialité macabre. En faisant cela, le juge Sopinka exclut la médecine en général puisqu'il généralise à « une grande partie du corps médical ». En résumé, le suicide assisté par un *médecin* n'est, semble-t-il, *même pas concevable* par les juges majoritaires.

1.1.3. Résumé de la place de la médecine en 1993

La place laissée à la médecine est centrale aux discours des juges minoritaires, notamment le discours du Juge en chef Lamer qui crée tout un régime basé sur l'idée que le médecin devient le garant de la capacité mentale de l'appelante. Nous noterons cependant l'ambiguïté laissée par ces derniers de par l'usage flou qu'ils feront des termes *suicide assisté* et *suicide médicalement assisté*. Cette médecine est par contre occultée par le discours des juges majoritaires, qui, comme nous l'avons vu, partent de l'idée que la plupart des membres du corps médical ne voudront pas aider une personne à mourir.

1.2. En 2015

En 2015, quelle place les juges donnent-ils au médecin ?

En 2015, l'arrêt Carter déclare que

la prohibition de *l'aide d'un médecin* pour mourir à une personne (« aide *médicale* à mourir ») est nulle dans la mesure où elle prive de cette aide un adulte capable dans les cas où (1) la personne touchée consent clairement à mettre fin à ses jours; et (2) la personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition (Carter *c.* Canada, 2015, §4, notre italique).

L'arrêt Carter présente un discours qui est donc plus clair que le discours des juges majoritaires et minoritaires de 1993. Les juges de 2015 précisent en effet que l'objet de leur discours est avant tout l'aide *médicale* à mourir. Les juges parlent donc effectivement de l'aide prodiguée par un médecin à une autre personne pour mourir. Le médecin est de ce fait mis au centre d'emblée. La seule chose qui change c'est l'emploi de l'idée « d'aide » au lieu de « suicide ». Nous y reviendrons.

Les juges de 2015 estimeront également, tout comme le Juge en chef Lamer en 1993, « qu'un système de garanties soigneusement conçu et surveillé peut limiter les risques associés à l'aide médicale à mourir » (Carter *c.* Canada, 2015, §117). Ce système de garantie

serait celui proposé par la Juge de première instance. Elle proposait un régime permettant d'éviter les abus et les dérapages « assorti d'exceptions, rigoureusement circonscrites et surveillées attentivement » (Carter *c.* Canada, 2015, §29) et qui permettrait d'accorder une aide médicale à mourir aux personnes grièvement malades et condamnées à des souffrances irrémédiables » (Carter *c.* Canada, 2015, §29).

En donnant la place à un régime strict comme l'avait fait le Juge en chef Lamer en 1993, les juges de 2015 laissent donc la porte ouverte au corps médical entier. Les juges de 2015 donneront cependant une place prépondérante au médecin lorsqu'ils concluront que :

L'alinéa 241b) et l'art. 14 du Code criminel portent atteinte de manière injustifiée à l'art. 7 de la Charte et sont inopérants dans la mesure où ils prohibent *l'aide d'un médecin* pour mourir à une personne adulte capable (Carter *c.* Canada, 2015, pages 5-6, notre italique).

Pour résumer, les juges de 2015 accordent une place centrale au médecin en 2015 alors que les juges majoritaires de 1993 ne lui concédaient aucune place.

2. Portrait du médecin

Maintenant, il serait intéressant de voir le changement de signification octroyé au rôle du médecin entre 1993 et 2015. Dans ce qui va suivre, nous verrons uniquement le discours des juges majoritaires de 1993 et le discours des juges de 2015.

2.1. Portrait d'un potentiel « tueur » (1993)

En 1993, le portrait du médecin est foncièrement négatif. Ce dernier est en effet décrit comme un être aux intentions possiblement malsaines, comme un blasphémateur du cours naturel de la vie et comme un être immoral.

2.1.1. Des intentions possiblement malsaines

En 1993, comme nous venons de le voir, les juges majoritaires ne laissent pas de place au médecin. Les juges n'abordent ainsi pas beaucoup la place du médecin. Cependant, lorsqu'ils

l'abordent, les juges majoritaires dessinent les contours d'un personnage malsain, dont les intentions véritables sont difficiles à connaître. Les juges majoritaires poseront à cet effet une série de questions sur l'intention du médecin ; ils se demanderont ce que l'on peut se dire « de l'incitation à un suicide collectif ? » ; ils se demanderont aussi ce qu'il en est « de celui qui, *profitant* de l'état dépressif d'une autre personne, la pousse au suicide pour en tirer un bénéfice pécuniaire ? ». Enfin ils poseront la question de « comment juger le geste de celui qui, *connaissant les tendances* suicidaires d'un adolescent, lui procure des médicaments en dose suffisante pour le tuer ? » (Rodriguez *c.* Canada, le juge Sopinka, 600, reprenant la Commission de réforme du droit).

Ces questions ne sont pas toutes reliées au suicide médicalement assisté, car elles relèvent soit du suicide collectif, soit du meurtre prémédité. Ces questions relèvent également de la peur. Elles sont toutes à connotation alarmiste dans la mesure où elles laissent le lecteur entrevoir la possibilité de morts non voulues par ceux qui meurent. Elles décrivent la personne aidant à mourir comme un personnage aux intentions lugubres, qui connaît les tendances suicidaires de la personne en face de lui mais qui la pousse quand même à se tuer. Le médecin apparaît donc comme une personne à laquelle il est difficile de faire confiance dans le discours des juges majoritaires de 1993.

Les juges ajouteront qu'« aide ou incitation au suicide d'une part et homicide d'autre part sont parfois extrêmement proches l'un de l'autre » (Rodriguez *c.* Canada, le juge Sopinka, 601). En ne voulant pas faire une grande distinction entre homicide et incitation au suicide (autrement dit *suicide assisté*), les juges octroieront au médecin des intentions d'homicide, tout en subtilité. Encore dans ce registre de *mauvaise intention*, les juges se demanderont ce qu'il en est

du médecin qui tient le verre contenant le poison et en *verse le contenu dans la bouche du patient* ? Est-ce une aide au suicide? Est-ce plutôt un

homicide, puisque le consentement de la victime à la mort est indifférent ? Le législateur peut craindre que des *cas d'homicide* de personnes en phase terminale, pour des motifs peu nobles, ne puissent être facilement *déguisés en aides au suicide* (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 601, note italique).

En résumé, les juges majoritaires dépeignent le médecin aidant à mourir comme un personnage dont on ne saurait savoir l'intention première et qu'on ne saurait de ce fait situer juridiquement (homicide ? suicide ?). Plus précisément encore, les juges majoritaires en décrivant le médecin comme versant du poison dans la bouche du patient ou en le dérivant comme un falsificateur d'homicide en suicide ; les juges laissent entendre que le médecin pourrait être un personnage très malsain, digne de films d'horreur. Les juges semblent vouloir brouiller les pistes volontairement entre euthanasie active involontaire, homicide, euthanasie active volontaire et suicide médicalement assisté. Il est à noter que les juges, en dépeignant les intentions du médecin de manière si floue : soulignent soit 1) leur *ignorance* par rapport au sujet du SMA, lequel cas démontrerait que les juges n'ont pas fait un travail basique de définition juridique, ce qui serait un comble au niveau de la Cour Suprême du Canada ; 2) soit, en deuxième cas, brouillent les pistes volontairement pour soutenir leur position anti-SMA, lequel cas démontrerait que les juges émettent une décision basée sur des convictions morales personnelles, menant le droit à suivre les pistes du sentimentalisme.

2.1.2. Le médecin, blasphémateur du cours naturel de la vie

Dans le discours des juges majoritaires, le médecin aura non seulement des intentions très troubles, mais sera également mis face au choix entre laisser agir la nature ou agir sur cette nature de manière artificielle. Le médecin se retrouve en effet devant au choix de réaliser des actes « passifs » ou « actifs » face au patient en fin de vie. *La médecine active*, dans le cadre de la fin de vie, prodigue des actions directes desquelles résulte la mort. C'est « le cas de l'aide au suicide ou de l'euthanasie [où] le cours de la nature est interrompu, et [où] la mort résulte directement de l'action humaine » (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 606). *La*

médecine reste passive face à la personne en fin de vie lorsque les « forces artificielles de la technologie médicale qui ont maintenu le patient en vie sont retirées » (Rodriguez c. Canada, le juge Sopinka, 606) pour laisser la nature suivre son cours.

Dans d'autres termes (des juges majoritaires), lorsqu'un médecin aide une personne à mourir, et qu'il réalise donc un geste *actif*, il choisit « la mort au lieu de laisser la nature suivre son cours » (Rodriguez c. Canada, 1993, 586). Les juges laissent donc entendre que le médecin, lorsqu'il aide un patient à mourir, réalise un geste artificiel, bloque les processus naturels à l'œuvre dans la nature. De cette insinuation ressort l'idée que lorsqu'un médecin aide une personne à mourir, il ne suit pas le cours de la nature et donc empêche la vie de suivre son cours *normalement*.

En parlant ainsi, les juges majoritaires mettent en place une normalité, un principe ou autrement dit une sorte de dogme. Si l'on en croit ce qu'ils disent (en le mettant en lien avec leur croyance sur le caractère sacré de la vie), alors la normalité (naturelle), c'est de rester en vie jusqu'au bout, sans aide du médecin ; si on se fait aider à mourir, alors on choisit la mort, ce qui est contraire au caractère sacré de la vie qui dicte que la vie devrait être préservée (rappelons-nous que les juges ont une optique quasi vitaliste du caractère sacré de la vie).

Ainsi, si les intentions lugubres et inconnues des médecins devaient se réaliser, ceux-ci auraient donc le choix entre agir sur la nature ou laisser la nature suivre son cours. S'il s'avérait que le médecin choisisse d'agir sur la nature, il deviendrait ce *bourreau*, ce *blasphémateur* de la vie et de son cours *naturel*.

2.1.3. Le médecin qui aide à mourir est un être immoral

Les juges majoritaires estiment en outre que « la participation active d'une personne dans la mort d'une autre est intrinsèquement *blâmable sur les plans moral et juridique* et, d'autre

part, il n'existe aucune certitude que l'on puisse prévenir les abus par une interdiction moindre que générale » (Rodriguez *c. Canada*, le juge Sopinka, 601, *notre italique*).

Le médecin est donc blâmable moralement s'il aide quelqu'un à mourir. Le geste du médecin d'aider à tuer est contextualisé par les juges majoritaires dans un contexte très large de consensus ayant eu lieu au sein des démocraties occidentales et qui est celle que l'interdiction du SMA « n'a jamais été jugée inconstitutionnelle ou contraire aux droits fondamentaux de la personne » (Rodriguez *c. Canada*, le juge Sopinka, 605). En disant que le SMA n'a jamais été vu comme constitutionnel, les juges soulignent une deuxième fois que l'idée que l'aide à mourir médicalisée, c'est *anormal*, en plus d'être immoral.

Les juges majoritaires insisteront également une deuxième fois sur l'intention du médecin pour étayer l'idée que l'aide médicale à mourir c'est *mal*. D'après eux en effet, la distinction entre médecine passive et médecine active « est fondée sur l'intention — dans le cas des soins palliatifs, c'est l'intention *d'atténuer la douleur* qui a pour effet de précipiter la mort, alors que dans le cas de l'aide au suicide, l'intention est *indubitablement de causer la mort* » (Rodriguez *c. Canada*, le juge Sopinka, 607).

Nous avons vu un peu plus haut que le juge Sopinka pense que l'on ne peut connaître les intentions du médecin, ce qui est la source d'un risque de dérapage vers une spécialité macabre. Or, nous voyons ici qu'il explique qu'un médecin a pour intention *indubitable* de tuer. Mais donc, s'il a pour intention de tuer, nous savons où le médecin veut en venir n'est-ce pas ? Il veut abrégé les jours de son patient, ce qui est le but du suicide médicalement assisté non ?

Le fait que le médecin aide son patient à mourir relève de la définition de base du suicide *médicalement* assisté. Par définition, le médecin *doit effectivement indubitablement* aider son patient à mourir dans un cas de suicide *médicalement* assisté. Mais alors, pourquoi ajouter

l'adjectif « indubitablement » ici ? En désignant cette intention de tuer comme *indubitable*, le juge Sopinka ne semble pas trouver de légitimité possible à l'intention de tuer, surtout au regard de sa conception de la vie et de son « caractère sacré » (laïque). Aussi, si les juges majoritaires avaient défini ce concept de manière précise, ces derniers ne se seraient peut-être pas posé toutes ces questions.

Nous observons en résumé qu'en 1993, le médecin est dépeint comme un être immoral, tueur, qui ne suit pas le cours de la nature par les juges majoritaires de 1993. Voyons ce qu'il en sera en 2015.

2.2. Portrait d'un actuaire libérateur (2015)

Les juges de 2015 brosseront un portrait totalement différent de celui donné par les juges majoritaires de 1993. Ce portrait sera davantage positif et sera similaire à celui que nous donnait le Juge en chef Lamer (minoritaire en 1993). Rappelons-nous que le Juge en chef Lamer décrivait un médecin fiable et qualifié qui devait être au centre du régime entourant le suicide médicalement assisté.

Nous estimons que si ce portrait est plus avantageux que celui dessiné par les juges majoritaires de 1993, c'est parce que les juges de 2015 visionnent leur réalité à travers une grille sémantique et conceptuelle différente que celle des juges de 1993. Les juges de 2015 ne parlent pas, comme les juges de 1993 le faisaient, de *suicide médicalement assisté*, mais plutôt d'*aide médicale à mourir*. L'aide donnée par un médecin à une personne en phase terminale est décrite comme étant une *meilleure solution* (Carter c. Canada, 2015, §15) que le suicide traditionnel, qui est vu comme une *solution répugnante* (Carter c. Canada, 2015, §15). Dans cette optique, le médecin est le *garant d'une mort digne* (Carter c. Canada, 2015, §12).

Entre 1993 et 2015, les juges passent donc de l'idée de *suicide assisté* à l'idée d'*aide médicale*. Cela ne veut par contre pas dire qu'en 2015, les juges acceptent le suicide comme

nous l'avions vu plus haut. Les juges de 2015 ne verront pas le suicide de manière positive et réemploieront le vocabulaire usité par des malades qui disent que les formes traditionnelles de suicide son « répugnantes » (Carter *c. Canada*, 2015, §15). Par contre, le suicide sera admis par ces derniers dans le cas d'un suicide *médicalisé, fait sous autorité médicale*.

De ce fait, il paraît logique que le médecin soit vu de manière plus positive en 2015 qu'en 1993, puisque ce dernier ne sera plus vraiment associé à l'idée de suicide, mais plutôt à celle d'aide.

2.2.1. Aider intentionnellement à mourir est une chose normale

Dans ce cadre sémantique d'aide au lieu de suicide, les juges estiment que le médecin a pour intention d'aider son patient à *mourir*. Les intentions de ce dernier sont donc claires, contrairement à ce que pensaient les juges majoritaires de 1993. L'intention du médecin est limpide en 2015 : l'aide médicale à mourir décrit le fait, pour un médecin, « de fournir ou d'administrer un médicament qui *provoque intentionnellement le décès* du patient à la demande de ce dernier » (Carter *c. Canada*, 2015, §40, notre italique). Le médecin est là pour *aider une personne à mourir*, ni plus ni moins. Cela était vu de manière péjorative par les juges majoritaires de 1993. Aussi, en 2015, le fait d'aider une autre personne à mourir pour un médecin sera vu comme normal et bien.

Les juges de 2015 renverseront donc subtilement la pensée des juges majoritaires sur l'idée de norme en disant « que la prohibition de l'aide médicale à mourir avait pour effet de *forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie*, par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables » (Carter *c. Canada*, 2015, §57-58). Ici, les juges de 2015 sont en train de dire que la prohibition tue ou du moins qu'elle force des personnes à se tuer, et ce, de manière prématurée. Les juges de 2015 ajouteront à cet égard que « la preuve de *mort prématurée* n'a pas été contestée devant notre Cour. Il est donc

établi que la prohibition *prive certaines personnes de la vie* » (Carter c. Canada, 2015, §57-58, notre italique).

Les juges de 2015 voient donc la prohibition comme un état anormal des choses qui force des personnes à se tuer, et ceci, de manière prématurée. Nous noterons que les juges de 2015 estiment que l'on peut être *privé* de la vie. L'aide médicale à mourir apparaît donc dans le cadre de ce discours, comme l'élément ramenant les choses à la normale, où les personnes en fin de vie ne seront pas forcées à s'enlever la vie prématurément et où ces dernières pourront mourir au moment T où la mort est censée se dérouler (à savoir au moment de leur choix). On observe que l'idée de normalité est renversée en 2015 par rapport au discours des juges majoritaires de 1993. En 2015, l'aide médicale à mourir ramène à une situation normale, contrôlable en termes de temps ; alors que dans le discours des juges de 1993, l'aide médicale à mourir (appelée en ce temps *suicide médicalement assisté*) rendait les choses anormales et immorales.

2.2.2. Un professionnel du corps

En 2015, le médecin est également décrit comme un être libérateur. D'après les juges de 2015, « tous les témoins » parlent fréquemment d'un même thème : « ils souffrent de *se savoir privés de la faculté de mettre fin paisiblement à leurs jours* au moment et de la manière de leur choix » (Carter c. Canada, 2015, §14, notre italique). Avec la possibilité du suicide médicalement assisté, les médecins apportent au patient l'idée que celui-ci peut se tuer s'il le souhaite. Les médecins apparaissent donc ici comme des agents libérateurs de la souffrance du patient. Aussi, le médecin est dessiné comme étant un être qui libère en douceur et qui permet au patient d'éviter les affres du suicide traditionnel répugnant. Le médecin a en effet la science pour prescrire un produit létal qui permettra au malade en phase terminale de mourir tout en douceur.

Nous pourrions presque voir les relents des fonctions du prêtre qui devait s'assurer que la personne passe à un état d'existence paradisiaque plutôt qu'infernal, grâce à l'extrême onction (entre autres). Sauf que le médecin s'assure ici simplement du bon déroulé du passage du corps de l'état de vivant à l'état de mort clinique, selon un processus doux et non pas douloureux. Les médecins sont donc vus en 2015 comme des « professionnels du corps » (Pouchelle, 1976, 250), qui permettent au corps du malade de s'éteindre sans trop de bruit ni de fracas. Les médecins sont en ce sens des techniciens défendant une mort sans bruit, une mort qui ne choquerait pas. En étant ces techniciens, les médecins sont donc des personnages qui permettent à l'idéologie dictant que la mort devrait être tue (car la vie se doit de toujours être belle) d'exister (Ariès, 1975).

2.2.3. Un professionnel du contrôle

En même temps d'être un professionnel de la belle mort, de la mort digne, du bonheur des malades en phase terminale, le médecin est mis au centre du régime créé par les juges de 2015. En ce sens, les juges lui donnent le rôle de garde-fou de tous les abus potentiels (Carter *c. Canada*, 2015, §24). Les juges estiment donc que le médecin serait la clef d'un régime pro-suicide médicalement assisté.

Le médecin devient un ingénieur social qui peut dire qui est apte à se suicider ou qui ne l'est pas en 2015. En fait, le médecin devient la nouvelle façade du suicide. Le suicide « traditionnel » est « répugnant » et contient des risques ; pour changer cela, les juges décident de « redorer le blason » des personnes choisissant de se suicider. Le médecin vient donner un goût « managérial » et « contrôlé » au suicide. L'acte de suicide reste mal vu en 2015. Aucun changement n'a été réalisé à cet égard. Mais le médecin permet de donner l'illusion que l'on peut se tuer de manière « propre ».

De ce fait, nous pensons que ce qui change entre 1993 et 2015, c'est l'importance donnée au *management*. Le médecin est vu davantage comme un gestionnaire sûr en 2015. Cela lui confère une image de confiance. Cela rejoint l'emploi de la blouse blanche dans les publicités pour dentifrice. Quel avantage avons-nous à regarder une publicité présentée par une personne portant une blouse blanche plutôt qu'une personne sans blouse ? Cela donne davantage confiance au consommateur et donne une légitimité au produit vendu.

Malgré cette couleur objectivante donnée au médecin par les juges et qui donne au médecin un visage d'ingénieur social, ce dernier n'est pas vu entièrement comme un personnage entièrement là pour faire taire la mort. Il a aussi son mot à dire. Nous appelons cela le paradoxe de l'actuaire sensible.

2.2.4. Paradoxe de l'actuaire

D'un côté, le médecin prend les traits d'une personne devant agir selon sa propre conscience. Selon les juges de 2015, le médecin qui aide un malade à mourir ne sera en effet aucunement contraint « à dispenser une aide médicale à mourir » (Carter *c.* Canada, 2015, pages 9-10). « La décision du médecin de participer à l'aide à mourir relève de la conscience et, dans certains cas, de la croyance religieuse » (Carter *c.* Canada, 2015, §132). Contrairement à ce que disait le juge Sopinka, c'est-à-dire que la plupart des médecins refuseraient d'aider un patient à mourir, on observe qu'en 2015, le médecin est vu comme entièrement libre de faire ce qu'il souhaite. S'il refuse, il refuse ; s'il accepte, il accepte.

Toutefois, d'un autre côté, le médecin apparaît comme un évaluateur fiable et qualifié. Les juges de 2015 estiment en effet qu'il est « possible pour un médecin *qualifié et expérimenté* d'évaluer de manière *sûre* la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision, et que la coercition, l'abus d'influence et l'ambivalence [peuvent] tous être évalués de façon *sûre* dans le cadre de ce processus [un régime strict] » (Carter *c.* Canada, 2015,

§106). Le médecin est donc vu, selon cette deuxième facette, comme un évaluateur fiable de la volonté de mourir du patient. Le médecin est de ce fait dépeint comme un actuaire, qui, grâce à sa connaissance objective, peut se permettre de prédire comment un patient va se comporter face au choix de mettre fin à ses jours dans un contexte médicalisé. Dans ce cadre, le médecin aurait une casquette d'évaluateur, répondant aux exigences d'une société qui veut programmer la mort, la contrôler, en faire sa chose. Le médecin est, en d'autres termes, mis dans la position de celui qui gère la mort programmée, « c'est-à-dire organisée, planifiée par une institution qui en fait sa chose ; *une chose qui ne doit pas perturber l'intérêt général* » (Thomas & al., 1982, 20, notre italique).

Or, en étant décrit avec ces deux casquettes (d'actuaire et de personne ayant une conscience propre), le médecin se retrouve dans la délicate position de celui qui impose à la personne qui souhaite mourir une mort qui convient à l'ordre général et non pas à la personne qui veut mourir elle-même. Le médecin se retrouve être décrit comme celui qui impose la belle mort à travers son évaluation fiable, mais aussi comme celui qui peut refuser d'aider une personne à mourir pour raisons personnelles, et donc pas forcément objectives.

Chapitre 6: Discussion

Que retenir de ces deux jugements de la Cour suprême sur le SMA ? D'abord, rappelons que l'objectif général de la présente étude était de comprendre les transformations dans les discours des juges de la CSC entre les jugements de 1993 et 2015 sur le suicide médicalement assisté. Plus précisément, la question initiale était posée comme suit : « quels sont les schémas discursifs employés par les arrêts Carter et Rodriguez qui ont conduit à un autre regard juridique sur le suicide médicalement assisté au Canada ? ».

Notre analyse nous aura conduites à abandonner rapidement les pistes religieuse et « générationnelle » évoquées précédemment pour expliquer l'évolution entre les deux décisions. Quant à notre troisième piste intuitive, soit celle qui énonçait le glissement d'une pensée providentialiste à une pensée néolibérale dans les discours de la CSC¹⁹, notre corpus laisse entrevoir que même si nous n'avons pas réussi à exploiter celle-ci de façon suffisamment convaincante pour la creuser davantage, elle pourrait être féconde pour au moins deux raisons. D'abord parce qu'on trouve dans certaines affirmations des juges de 2015 des extraits comme le passage suivant : « *il n'est pas acceptable que l'État puisse contrecarrer l'exercice du droit de l'accusé [...] et restreindre ainsi les droits reconnus à l'accusé par l'art. 7* ». (Carter c. Canada, 2015, §80, notre italique). Ce type de commentaires, qui critique le rôle interventionniste d'un État paternaliste, paraît en effet vouloir donner un rôle croissant à l'individu dans sa capacité à choisir lui-même son destin. Ensuite, parce que le néolibéralisme renvoie moins à un retrait de l'État qu'à la mise en place, par lui, d'autres formes de gouvernance (« gouvernement à distance »), et renvoie moins à une stricte gouvernance de l'individu par lui-même qu'à un « gouvernement à travers sa 'liberté' » (Rose, 1996). Or, dans plusieurs passages de la décision Carter, on voit cette idée de gouvernance de soi par soi, soumise à d'autres contrôles, tel le contrôle médical.

¹⁹ Martel (2002) évoquait ce glissement pour distinguer les arguments des juges majoritaires de ceux avancés par les juges dissidents en 1993.

En effet, le médecin est celui qui permet de dire qui est capable ou non de se tuer. Les juges de 2015 estiment que « les médecins [sont] en mesure d'évaluer de manière fiable la capacité d'un patient, notamment à l'égard des décisions touchant la vie et la mort » (Carter *c.* Canada, 2015, §27). Le médecin est également « qualifié et expérimenté [pour] évaluer de manière sûre la capacité du patient et le caractère volontaire de sa décision » (Carter *c.* Canada, 2015, §106).

Ainsi, alors qu'en 1993 la Cour dit vouloir protéger la vie grâce à l'intervention de l'État, qui prohibe purement et simplement le SMA, en 2015, la Cour tient tout de même à s'assurer de la volonté éclairée des patients par l'entremise de la décision médicale. Le malade en phase terminale est en effet supposé faire un choix *éclairé* qui le mènera à son « auto-délivrance »²⁰, mais ce choix ne pourra être libre que s'il est « prescrit » par un médecin qui aura dû approuver au préalable le geste de suicide. Autrement dit, derrière l'apparente émancipation du suicidaire, se profile un nouvel assujettissement de l'individu, cette fois au pouvoir médical, qui doit avoir le dernier mot sur le dernier geste.

Aussi, comme le lecteur aura pu s'en rendre compte, nos résultats n'auront pas forcément pu répondre à notre question de recherche. Notre analyse des arrêts Rodriguez et Carter nous a plutôt permis de saisir nombre de glissements discursifs survenus sur des aspects aussi variés que la conception de la mort, le caractère sacré de (la qualité de) la vie, l'épineuse question du droit à disposer de son corps, la dignité humaine, le regard porté sur la personne qui veut mettre fin à ses jours, mais également sur les professionnels de la santé (en particulier sur leurs rôles et leurs statuts respectifs).

²⁰ Nous employons ici sciemment le terme d'*auto délivrance*. Nous faisons de ce fait un clin d'œil au jargon employé par E.X.I.T, une association Suisse-romande dont le but est d'aider des personnes à se tuer. E.X.I.T. explique qu'elle ne veut pas parler de « suicide », mais d'auto délivrance. Cette association « pense que tout adulte lucide, qui après avoir tout essayé, estime que la vie lui est devenue absolument insupportable, a le droit de prendre en charge sa mort et d'y être aidé. Il s'agit de ne pas prolonger l'agonie et la souffrance, jugée intolérable par la personne concernée et lui permettre de mourir dignement et sereinement. C'est pourquoi EXIT A.D.M.D. Suisse romande préfère ne pas parler de suicide, mais 'd'auto-délivrance' » (EXIT, 2016)

Si dans l'analyse, nous avons surtout insisté sur ce qui distinguait les deux décisions de la CSC, nous aimerions maintenant revenir succinctement sur les concepts phares des jugements de 1993 et de 2015 : la lecture du concept de souffrance, de la catégorie des « bientôt décédés » (les « mourants ») et de la qualité de vie.

A. Une souffrance inutile ou un manque d'écoute ?

Les appelantes de 1993 et de 2015 souhaitent vivre et mourir paisiblement. Elles militent pour une mort douce et une « vie de qualité ». De leur côté, tant les juges de 1993 (arrêt Rodriguez *c.* Canada, le juge en chef Lamer, 537 ; le juge Sopinka, 592) que ceux de 2015 (Carter *c.* Canada, 2015, §90) s'interrogent sur l'idée de souffrance, et plus encore de souffrance « inutile » ; il y aurait une souffrance « utile » et une autre « inutile ». La souffrance semble donc être abordée par les juges de façon utilitariste et binaire. Mais est-ce que cette manière est la seule existante ? Il semblerait que non, puisque la douleur n'a pas toujours été vue comme « utile » ou « inutile » :

L'Ancien Testament parle de la douleur avec une *telle richesse de nuances* que les traducteurs de la Bible au II^{ème} siècle avant J.-C. se virent obligés de rendre *treize mots hébreux différents* par *un seul mot grec* signifiant la « douleur ». Dans leur majorité, les mots juifs désignant l'expérience du mal sont enracinés profondément dans le corps, chaque mot implique l'affection d'un organe spécifique. Mais ces organes étaient conçus chacun comme le siège d'une émotion particulière et, malgré cette richesse des renvois à l'expérience corporelle, *la catégorie médicale moderne de « douleur physique » était totalement étrangère* au texte hébreu (Illich, 146-147, 1975, notre italique).

La douleur a donc pu, à un moment donné, être perçue sous les voiles d'un jour plus complexe. Or, dans les arrêts Rodriguez et Carter, elle n'est abordée que dans ses dimensions négatives voire « néfastes ». On voit ainsi que dans l'arrêt Carter, la souffrance est décrite comme « intolérable » (Carter *c.* Canada, 2015, §40), « insupportable » (Carter *c.* Canada, 2015, §57) « aiguë » (Carter *c.* Canada, 2015, §68), mais aussi, et surtout comme un phénomène qui « prive [les malades] de la possibilité de décider ce qu'il faut faire de leur

corps et du traitement à lui réserver » (Carter *c.* Canada, 2015, §90). Dans l'arrêt Rodriguez, la souffrance est juste décrite comme un phénomène inutile qui prive Sue Rodriguez de sa dignité (Rodriguez *c.* Canada, 2015, 592).

Comment expliquer une telle réduction du concept de douleur dans les discours des juges ? La littérature à ce sujet nous porte à penser que simplifier ainsi la douleur viendrait de la difficulté des sociétés à l'accepter comme ayant une quelconque valeur. En effet, il semblerait qu'aujourd'hui, la douleur soit systématiquement refusée (Mellor, 1993, 418). Nietzsche ira même jusqu'à dire qu'« on déteste maintenant la douleur, [...] on dit d'elle plus de mal que jamais, on trouve même presque insupportable l'existence d'une douleur, ne fût-ce que comme idée » (Nietzsche, 1989, in Fondras, 2008, 197).

Aujourd'hui, si nous continuons à parler de la douleur, ce serait afin de l'objectiver pour mieux la contrôler (Fondras, 2008, 197). Nous l'objectivons ou plutôt nous la simplifions à outrance lorsque nous tentons de la comprendre sous l'angle de dysfonctionnements chimiques ou sensoriels. La douleur a été technicisée dira Giddens (1991, 161), la médecine souhaitant en faire un objet mesurable par divers types d'échelles. Parallèlement à ce refus de « vivre la douleur », Fondras (2008, 197) dira qu'« on voit croître aujourd'hui la revendication d'un droit à la santé, voire d'un 'droit au bonheur' où la médecine est la première sollicitée ». L'homme devient pour ainsi dire le maître de sa destinée, celui qui repousse les éléments qui le gêneraient dans sa quête du bonheur et qui croit avec conviction qu'il peut « éliminer les aspects perçus comme indésirables (handicap, vieillissement) » (Dongois, 2014).

Malgré cette lecture de la douleur qui nous semble pauvre dans les arrêts Rodriguez et Carter, il apparaît également que cette douleur est « parlée » davantage dans l'arrêt Carter. C'est-à-dire que dans Carter *c.* Canada, les Juges mettent beaucoup plus l'emphase sur la

souffrance de Gloria Taylor que les Juges majoritaires n'avaient pu le faire sur la souffrance de Sue Rodriguez. Peut-être pourrions-nous voir là un effort des Juges de la CSC de laisser plus de place aux souffrances des appelantes ?

À cet égard, il nous semble qu'il y aurait peut-être des questions à se poser sur la manière dont la souffrance des personnes atteintes de maladies incurables est entendue aujourd'hui ; par les proches, par les soignants, les Juges etc. Selon Hudson & al. (2006), les patients, en demandant un SMA a) expriment simplement leurs émotions face à leur situation (peur de la mort, perte d'autonomie, etc.) ; b) communiquent simplement leur détresse et leur souffrance ; c) essaient de voir les réponses possibles à la situation dans laquelle ils sont ; enfin, d) demandent éventuellement à être aidés dans le suicide. La demande de SMA recouvrirait ainsi avant tout une demande d'écoute plutôt qu'une demande concrète de SMA.

Si les personnes qui demandent à mourir de manière médicalement assistée le font pour la plupart afin de voir les options qui leur sont offertes et si très peu gardent en tête le choix du SMA après avoir bien discuté avec leur médecin, qu'est-ce-que cela veut dire ? Cela pose toute la question de l'ouverture des personnes entourant les malades en phase terminale à la souffrance de ces derniers. Nous devons donc nous poser des questions : comment écoutons-nous nos « mourants » ? Comment les aide-t-on à passer à travers les dernières étapes de leur vie ? Comment peut-on entendre une demande de SMA ? Réellement comme une demande d'aide à la mort ? Comment comprendre réellement la souffrance ?

À ce sujet, Stefan (2016) a écrit un ouvrage sur la manière dont les lois peuvent répondre aux demandes des appelants. Cette auteure sonde les cœurs des suicidaires et les raisons qui les ont poussés à choisir le suicide (non médicalement assisté). Elle démontre que les ressources communautaires simples (écoute par les pairs, discussions, lieux de vie simples) ne sont pas vraiment employées et que l'on préfère davantage envoyer un suicidaire dans une

institution hospitalière afin de dissuader, de prévenir une autre tentative (solutions prévues par les lois). Stefan pose un problème majeur, critiqué par les appelantes à la CSC : la médicalisation à outrance de la société canadienne ; est-il raisonnable, en effet, de mettre une personne en souffrance dans un cadre froid et en isolement lorsque celle-ci a voulu se tuer ? Ne devrait-on pas au contraire entourer cette personne de gestes bienveillants et lui apporter une écoute sans jugement ? Une sorte de vision d'une espérance plus grande ? Pareillement pour le suicide médicalement assisté : ne devrait-on pas essayer de voir, dans tous les cas, si la personne ne fait pas état d'une simple demande de reconnaissance de sa souffrance ? Ne devrait-on pas lui proposer une écoute sans faille et sans jugement ?

Il y a quelques recherches par ailleurs qui montrent que les patients seraient davantage pour l'idée abstraite du SMA mais que peu choisiraient cette option pour eux-mêmes. De manière générale, les patients canadiens interrogés sont en majorité (62%) pour la légalisation de l'euthanasie et du SMA (Wilson, Chochinov, McPherson & al. 2007). Ces résultats sont similaires aux résultats obtenus par Emanuel, Fairclough, & Emanuel, 2000 ainsi que ceux précédemment obtenus au Canada par Wilson & al., 2000.

Sur ces 62%, seulement 40% disent considérer qu'ils passeront un jour par l'euthanasie ou le SMA. Et si l'euthanasie et le SMA avaient été légaux au moment de l'entrevue, seulement 5,8% des patients auraient choisi ces options pour eux-mêmes (Wilson, Chochinov, McPherson & al. 2007). Parkinson & al. (2006) trouvent que beaucoup de patients entre 1989 et 2003 sont pour l'euthanasie et le suicide médicalement assisté de manière générale, mais moins comme option personnelle. Emanuel & al. (2000) ont trouvé que la majorité des patients interrogés sont pour un SMA abstrait. Mais, lorsqu'il s'agirait de pratiquer concrètement le SMA sur eux, seulement 10% l'ont considéré sérieusement et seulement 4% en ont discuté avec un médecin.

Les patients canadiens interrogés par Wilson & al. (2000) précisent également qu'ils préfèrent l'euthanasie au suicide médicalement assisté. La raison est qu'ils pensent que le médecin est le mieux placé pour dire quand un patient est prêt pour mourir ou non. Le SMA est donc un souhait souvent bien plus abstrait que réel.

B. Les appelantes, des « bientôt décédées »

Une autre chose est à remarquer dans les deux arrêts. Aucun d'eux ne voit les appelantes comme des personnes pleinement vivantes, mais plutôt comme des personnes vulnérables affectées d'une maladie (Rodriguez *c. Canada*, 1993) ou comme des personnes souffrantes (Carter *c. Canada*, 2015). Les arrêts Rodriguez et Carter voient, en d'autres termes, les appelantes comme des « bientôt décédées ».

Dès qu'ils parlent des appelantes, les juges de 1993 et de 2015 insistent sur leur mort. Alors que les juges de 1993 insistaient sur la mort inévitable, imminente de Sue Rodriguez (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 586), les juges de 2015 quant à eux insistent sur la mort héroïque, combative de Gloria Taylor. En effet, en 2015, l'appelante est présentée comme « un adulte capable qui cherche dans la mort *un remède à des problèmes de santé graves et irrémédiables* » (Carter *c. Canada*, 2015, §2). On est donc bien loin du patient qui va se laisser happer par une mort inévitable. Ce dernier est décrit comme une personne qui prend la mort par les rennes ; elle en fait un « remède ».

En parlant ainsi des appelantes, les juges mettent ces dernières dans la catégorie des mourantes. Selon Higgins (2006), la modernité aurait vu naître la catégorie des mourants, laquelle est constituée de personnes en phase terminale, pour lesquelles plus rien n'est possible en termes médicaux : les mourants ne seraient plus en ce sens dans la catégorie des vivants, mais bien dans celles des morts en devenir. Ils sont parmi les marginaux de la société, ni dedans ni dehors. Le seul soulagement pour eux semble être la disparition ; la seule issue,

celle de s'effacer définitivement. Les mourants sont vus comme des victimes de leur statut, victimes de leur destin. Un destin qui n'est plus vu comme normal et commun, mais comme exceptionnel et relevant d'un accident ou d'une malchance (Thomas & al., 1982 ; Higgins, 2006 ; Higgins, 2003).

Le mourant est « victime non pas de sa condition mortelle et commune, qu'il s'agit dans toutes les sociétés humaines de partager. Il est victime d'une mort qui approche et que l'on s'efforce de traiter 'comme une maladie', médicalement » (Higgins, 2006, 37). Au final, « celui qui meurt ne va plus 'rejoindre les morts' » (Higgins, 2006, 37) ; il est tout simplement différent des vivants. Higgins (et Seale, 1995) tient à noter cependant que si le mourant est vu comme une victime, il est paradoxalement aussi héroïsé : « 'le mourant' est une victime paradoxale, car en même temps il est héroïsé positivement. Mais le paradoxe n'est qu'apparent, cette héroïsation témoignant également de son statut d'exception, et du refoulement de notre finitude et de notre condition mortelle commune » (Higgins, 2006, 37).

Cette catégorisation des appelantes comme des « bientôt décédées » repose la question de la manière dont on les voit. Que ce soit l'arrêt Rodriguez ou l'arrêt Carter, il nous semble important de se questionner sur la manière dont on parle des personnes qui vont bientôt mourir. Pourquoi les couper de la normalité, comme si la mort ne faisait pas partie de la vie ? Pourquoi les mettre à part, comme si la mort ne nous affectait pas nous tous sans exceptions ? Ne serait-ce pas parce que les appelantes se sentent mises au banc de la société en tant que « bientôt mortes » qu'elles demandent à mourir ? Qui peut supporter d'être mis à l'écart, de ne pas être aimé pour qui il est sans exceptions, même dans l'agonie et la souffrance ?

C. La qualité de vie définie... comme absence de souffrance

Enfin, nous noterons que dans les deux arrêts, les appelantes demandaient à retrouver (au moins en partie) une « qualité de vie » (expression employée comme synonyme de « dignité »

par Gloria Taylor). Mais qu'est-ce que la qualité de vie ? Keyerslingk (1979, 54-55) estime que le concept de qualité de vie

n'a pas de définition unique, acceptée par tous. [...] Il est évoqué dans des contextes tout à fait différents (environnemental et médical par exemple), pour appuyer des positions totalement différentes (par exemple, l'amélioration de la qualité de l'air, ou la cessation d'un traitement médical) qu'il semble n'engager à rien de précis et qu'il reçoit ainsi rarement un contenu concret.

Keyerslingk (1979) dira de ce concept qu'il est polarisant puisque « les uns pensent qu'il répond à toutes les questions, les autres, qu'il ne répond à aucune. Les uns voient d'un œil favorable la substitution d'une éthique de valeur relative de la vie humaine à l'éthique 'traditionnelle' de sa valeur absolue. Les autres considèrent que toute reconnaissance des facteurs de la qualité de la vie présente un danger contre lequel il faut se défendre à tout prix » (Keyerslingk, 1979, 54-55).

Corten (1998, 10) ira alors plus loin et expliquera que ce concept est souvent défini de manière négative, soit par « absence de symptôme, absence de troubles fonctionnels, absence de souffrance ». La qualité de la vie, comprise comme l'absence de souffrance, sera d'ailleurs l'argument le plus souvent mentionné par les appelantes à la CSC. Dans l'arrêt Rodriguez, on lit que si certains voient le SMA comme positif, c'est bien parce que celui-ci permettrait d'« éviter de grandes souffrances » (Rodriguez *c. Canada*, 1993, 601). Dans l'arrêt Carter, c'est la même histoire. La qualité de la vie est décrite par Gloria Taylor comme l'absence de symptômes désagréables ou de souffrance. Gloria Taylor estime que sa vie ne serait plus de qualité dans le cas où elle aurait une « mort lente, difficile, désagréable, douloureuse, humiliante et incompatible avec les valeurs et principes selon lesquels [elle a] essayé de vivre » (Carter *c. Canada*, 2015, §12). Elle craint avant tout une vie qui se terminerait « à petit feu » (Carter *c. Canada*, 2015, §12). En d'autres termes, la qualité de vie selon Gloria Taylor, c'est « ne [...] pas mourir terrassée par la douleur » (Carter *c. Canada*, 2015, §12). On voit

donc clairement que, dans les deux arrêts, la qualité de vie est définie de manière négative, c'est-à-dire comme une absence de symptômes.

Mais la demande regagner une certaine qualité de vie au travers du SMA est aussi vue comme une demande de « retrouver sa dignité ». La dignité est donc vue comme éphémère et non pas comme une chose inhérente à l'homme, que celui-ci ne pourra jamais perdre, même dans l'agonie. Cette vision des choses naît de l'idée que dépendre des autres lorsqu'on n'est plus autonome physiquement est misérable. Mais une vie bonne ne serait-elle pas au contraire cette vie d'interdépendance aux autres, aux frères ? Butler dit à cet égard que

si je dois vivre une vie bonne, ce sera une vie bonne vécue avec les autres, une vie qui ne serait pas une vie sans ces autres. Je ne perdrai pas ce moi que je suis ; qui que je sois, mon moi sera transformé par mes relations avec les autres, puisque ma dépendance à l'égard de l'autre et l'essence même de cette dépendance sont nécessaires pour vivre et pour vivre bien (Butler, 2012, 109).

Nous laisserons le lecteur méditer là-dessus.

Chapitre 7 : Le mot de la fin

Afin de conclure, nous dirions qu'entre 1993 et 2015, les Juges de la Cour Suprême du Canada ont émis un discours très différent. En 1993, la vie doit être conservée à tous prix, sans égard à la souffrance de Sue Rodriguez, le médecin ne peut l'aider à mourir car il semblerait être un tueur potentiel et Sue Rodriguez n'a pas son mot à dire. Tandis qu'en 2015, Gloria Taylor est décrite comme une patiente qui souffre beaucoup, mais qui peut choisir la mort car elle est éclairée par un médecin professionnel qui peut évaluer sa capacité de « discerner ».

Notre recherche s'est uniquement focalisée sur les glissements discursifs existants entre les discours des Juges cristallisés dans les arrêts Rodriguez et Carter. Cependant, comme nous avons pu l'effleurer dans notre discussion, la question de la souffrance, de la mort et de la qualité de la vie sont des questions non seulement épineuses, mais qui incluent également les notions de subjectivité et de mystère. Ces concepts ne sont pas forcément pleinement saisissables objectivement, ils nécessitent un travail d'introspective. À cet égard, Spivak (2010) et Marsh (2015) sont deux auteurs qui questionnent les recherches sur le suicide en mettant à la lumière la difficulté de parler pour toutes celles et ceux qui veulent se suicider ou qui ont tenté de se suicider. Notre recherche est en ce sens limitée, puisqu'elle ne prend pas en considération ni la subjectivité des appelantes de la CSC, ni la subjectivité des Juges. Mais cette limite trouve sa justification dans la méthodologie d'analyse discursive choisie.

D'autre part, il est important de préciser que traiter le sujet du SMA en étudiant des arrêts de la CSC, et donc, un discours juridique, est en soi limitatif. Nous avons souvent eu des difficultés avec les termes de caractères sacré de la vie ou de qualité de vie par exemple, pour la simple et bonne raison que les discours juridique de la CSC ne définissent pas forcément ce type de termes. Les arrêts n'avaient pas non plus cherché à définir ce que sont la vie ou la

mort. Le juridique n'inclut pas de réflexion philosophique, ni spirituelle. Or, le SMA, comme nous l'avons vu avec la question de la souffrance est peut-être plus un questionnement de fond que de forme. C'est pour cette raison que nous pensons que cette thèse devrait être poursuivie par quelques travaux philosophiques et théologiques, questionnant l'importance de la dignité, de la qualité de la vie, de la mort dans la société moderne actuelle. Mais également par des travaux interrogeant l'importance de ces concepts pour les suicidants, sans toutefois aller vers des recherches macabres où le chercheur s'insère dans le processus de SMA pour tenter de « comprendre » certains mécanismes ou toutes autres choses.

Dans tous les cas, nous poussons fortement les chercheurs à penser le SMA de manière critique comme Marsh (2015), avant que le réflexe ne remplace la réflexion et que nous allions vers des recherches sentimentalises, sans réelle intelligence, à la limite de l'éthique. Nous poussons notamment les chercheurs à poser la question de la légitimité du politique sécularisé à décider de la vie et de la mort ; la question de la place de la souffrance dans le discours des suicidants ; la question du soulagement de la souffrance par l'écoute ; la question de la place de la mort dans le monde moderne ; etc.

Bibliographie

A. Littérature scientifique

- Albery N., Elliot G. & Elliot J. (1993). *The Natural Death Handbook*. London: Virgin.
- Ariès P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-âge à nos jours*. Paris : éditions seuil.
- Ariès P. (2008). *The Hour of Our Death*. New York : Vintage Books
- Arnup K. (2013). Les familles canadiennes, la mort et la mortalité. *L'institut Vanier de la Famille*, 4-32.
- Blauner, R. (1966). Death and Social Structure. *Psychiatry*, 29, 378-394.
- Butler, J. (2012). *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Condé-sur-Noireau : manuels Payot.
- Chochinov, H.M. (2016). Physician-Assisted Death in Canada. *JAMA*, 315(3), 253-257.
- Cholbi M. (2015). The right to die and the medical cartel. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(4), 486-493.
- Clark D. (1998). Originating a movement: Cicely Saunders and the development of St Christopher's Hospice, 1957–1967. *Mortality*, 3(1), 43-63.
- Clavandier G. (2009). *Sociologie de la mort, vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris : éditions Arman Colin.
- CNRTL. (2016). *Définition de "lunatique" en vieux français*. Document consulté en ligne le 11 octobre 2016 de <http://www.cnrtl.fr/definition/lunatique>.
- Cohen-Almagor R. (2000). A circumscribed plea for voluntary physician assisted suicide. *Annals New York academy of sciences*, 127-143.
- Cohen-Almagor R. (2015). An argument for physician-assisted suicide and against euthanasia. Un argument pour le suicide médicalement assisté. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 431-441.
- Corten P. (1998). Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *L'Information Psychiatrique*, 9, 922-932.

- Dongois M. (2014). La dérive de la médecine des 20 dernières années. *Actualité Médicale*, 35(3), 4.
- Dowbiggin, I.R. (2003). *A merciful end: the Euthanasia movement in modern America, 1952-2003*. Oxford : Oxford University Press.
- Encyclopédie Larousse [en ligne]. (2016a). *Idiotie*. Document en ligne consulté le 25 mars 2016 de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/idiotie/41451>
- Encyclopédie Larousse [en ligne]. (2016b). *Protestantisme*. Document en ligne consulté le 25 mars 2016 de <http://www.larousse.fr/encyclopedia/divers/protestantisme/83790>
- Encyclopédie sur la mort. (2012a). *Euthanasie au Canada*. Document en ligne consulté le 7 nov. 2016 de http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/euthanasie_au_canada
- Encyclopédie sur la mort. (2012b). *Kevorkian Jack*. Document en ligne consulté le 9 juillet 2016 de http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/kevorkian_jack
- Encyclopédie sur la mort. (2015). *Rodriguez Sue*. Document en ligne consulté le 26 décembre 215 de http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/rodriguez_sue
- Fondras J-C. (2008). Métamorphoses de la douleur. Du dolorisme à l'algophobie. *Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique*, 7, 195-198.
- Foucault M. (1988). Histoire de la médicalisation. *C.N.R.S. Éditions* / « Hermès, La Revue », 2(2), 11-29.
- Gather, J. & Vollmann, J. (2013). Physician-assisted suicide of patients with dementia. A medical ethical analysis with a special focus on patient autonomy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 444-453.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. England: Cambridge Polity Press.
- Gielen J., Van Den Branden S., & Boeckeaert B. (2008). Attitudes of European Physicians Toward Euthanasia and physician assisted suicide : a review of the recent literature. *Journal of Palliative Care*, 24(3),173-192.
- Gori R. & Del Volgo M.J. (2005). *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : éditions Denoël.

- Guénon R. (1987). *Orient et Occident. Chapitre II - la superstition de la science*. Paris : éditions Guy Trédaniel, Éditions de la Maisnie.
- Higgins R.W. (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, 291(1), 139-169.
- Higgins R. W. (2006). La mort ? Une exception. *Éthique & Santé*, 3, 35-42.
- Hintermeyer P. (2004). Les critères du bien mourir. *Fondation nationale de gérontologie / « Gérontologie et société »*, 1(108), 73-87.
- Howarth, G. (2007), *Death & Dying. A sociological Introduction*. Cambridge : Polity.
- Hudson, P.L., Kristjanson L.J., Ashby M., Kelly B., & al. (2006). Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliative Medicine*, 20(7), 693-701.
- Illich I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris : éditions Seuil.
- Jennings, B. (2007). *Autonomy*. In B. Steinbock (Ed.), *The Oxford handbook of bioethics* (72–89). Oxford: Oxford University Press.
- Khalid M.B.M. (2003). Quand mourir rime avec interdire. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 20(1), 79-103.
- Laperrière A. (1998). *La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées*. Un article publié dans l'ouvrage « la recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques ». Sous la direction de Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires [Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives].
- L'encyclopédie canadienne [en ligne]. (2015). *Stare decisis*. Document en ligne consulté le 2 février 2016 de <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/stare-decisis/>
- Mack, C. & Leier, B. (2016). L'enjeu de la confiance: que va nous coûter l'aide médicale à mourir? Brokering trust: estimating the cost of physician-assisted death. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 63(3), 252-255.

- Marcoux I., Mishara B.L., & Durand C. (2007). Confusion Between Euthanasia and Other End-of-Life Decisions: Influences on Public Opinion Poll Results. *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de Santé Publique*, 98(3), 235-239.
- Marcoux I., Boivin A., Arsenault C., Toupin M., & Youssef J. (2015). Health care professionals' comprehension of the legal status of end-of-life practices in Quebec: study of clinical scenarios. *Canadian family physician / Médecin de famille canadien*, 61(4), 196-203.
- Marsh I. & al. (2015). *Critical suicidology : transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver British Columbia ; Toronto Ontario : UBC .
- Martel, J. (2002). *Le suicide assisté. Héault des moralités changeantes*. Ottawa : les presses de l'Université d'Ottawa
- Mellor P., & Shilling C. (1993). Modernity, Self-Identity and the Sequestration of Death. 27(3), *Sociology*, 411-431.
- Mitford J. (1963). *The American Way of Death*. New York : Simon & Schuster.
- Montero, E. (2013). *Rendez-vous avec la mort : dix ans d'euthanasie légale en Belgique*. Editions Anthemis.
- Nietzsche F. (1972). *Ainsi parlait Zarathoustra*. Paris : éditions Poche.
- Parkinson L., Rainbird K., Kerridge I., & al. (2006). Patients' Attitudes towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Review of the Literature Published over Fifteen Years. *Monash Bioethics Review*, 25(4), 20-39.
- Pouchelle M-C. (1976). La prise en charge de la mort : médecine, médecins et chirurgiens devant les problèmes liés à la mort à la fin du Moyen Âge (XIIIe -XVe siècles). *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie / Europäisches Archiv für Soziologie*, 17(2), 249-278.
- Procureur O., & Pochard F. (2006). Suicide médicalement assisté. *Presse Med.*, 35, 296-269.
- Quint J.C. (1967). *The Nurse and the dying patient*. New York : Macmillan.
- Rivest H. (2012). *Dignité et euthanasie - Peut-on justifier l'euthanasie et le suicide assisté au nom de la dignité humaine ?* Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et

postdoctorales de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en philosophie pour l'obtention du grade de Maître ès arts (M.A.). Faculté de philosophie université, Laval, Québec.

- Rose N. (1996). Governing « advanced liberal democracies », in Barry A., Osborne T., Rose N., *Foucault and Political Reason, Liberalism, Neo-Liberalism and rationalities of Government*, Chicago, Chicago U., 37-64.
- Schafer A. (2013). Physician assisted suicide: The great Canadian euthanasia debate. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 522-531.
- Seale C. (1995). Heroic death. *Sociology*, 29(4), 597-613.
- Smith S.L., & Nickel D. (2003). *Nursing the dying in post Second World War Canada and the United States*. In *Women, Health and Nation: Canada and the United States since 1945*, ed. Georgina Feldberg. Montréal : McGill-Queens University press, 330-354.
- Spivak, G.C. (2010). *Can the subaltern speak? : reflections on the history of an idea*. New York : Columbia University Press
- Steinbock B. (2005). The case for physician assisted suicide: not (yet) proven. *Journal of Medical Ethics*, 31(4), 235-241.
- Stefan, S. (2016). *Rational suicide, irrational laws : examining current approaches to suicide in policy and law*. New York, NY : Oxford University Press.
- Starks H., & Trinidad S.B. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Statistique Canada. (2013). *Décès en milieu hospitalier et ailleurs, Canada, provinces et territoires*. Tableau CANSIM n° 102-0509. Document en ligne consulté le 27 septembre 2013 de <http://bit.ly/16J09Pe>.
- Stirrat, G. M., & Gill, R. (2005). Autonomy in medical ethics after O'Neill. *Journal of Medical Ethics*, 31, 127–130.
- Stone P. & Sharpley R. (2008). Consuming dark tourism: a Thanatological Perspective. *Annals of Tourism Research*, 35(2), 574–595.

Thesaurus (2015). *Définition du terme « aide médicale à mourir »*. Document en ligne consulté en ligne le 22 septembre 2015 de <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=15035>

Thomas L.V., Ariès P., Fabre D., Vovelle M., Chartier R., Beussant P., Croix A., & Cousin B. (1982). *La mort aujourd'hui*. Cahiers de Saint-Maximin. Collège d'échanges contemporains. Marseille : éditions rivages.

B. Littérature juridique

Butler M. & Tiedemann M. (2015). *Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir*. Publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Division des affaires juridiques et sociales.

Carter c. Canada (Procureur général), 2015, CSC 5.

Chan B. & Somerville M. (2016). Converting the 'right to life' to the 'right to physician-assisted suicide and euthanasia': an analysis of Carter v. Canada (attorney general), Supreme Court of Canada. *Medical Law Review*, 24(2), 143-175.

Charte canadienne des droits et libertés. (2016). *Partie I de la loi constitutionnelle de 1982*. Document en ligne consulté le 7 novembre 2016 de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>

Code criminel canadien (2015). *Article 14 : consentement à la mort*. Document en ligne consulté le 23 février 2016 de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-3.html#docCont>

Code criminel canadien (2016). *Article 241 b) : Fait de conseiller le suicide ou d'y aider*. Document en ligne consulté le 7 novembre 2016 de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-53.html?txthl=article+241+b#s-241>

Commission spéciale « mourir dans la dignité ». (2012). Rapport daté de mars 2012. Document consulté le 13 mars 2015 et accessible en ligne de <http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/rapportcsmd.pdf>

Déclaration universelle des droits de l'Homme. (1948). Document en ligne consulté le 20 août 2015 et accessible de <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

- Emanuel E.J., Fairclough D.L., & Emanuel L.L. (2000). Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. *The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2460-2468.
- Keyserlingk E.W. (1979). *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie. Du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit : étude écrite pour la commission de réforme du droit du Canada*. Commission de réforme du droit du Canada. Reproduction digitale de 2011.
- Ministers Schippers (VWS) en Van der Steur (VenJ). (2016). Lettre ministres du sport et de la justice néerlandais, au sujet de la « vie achevée ». Document consulté le 5/1/2017 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/12/kabinetsreactie-en-visie-voltooid-leven>
- Nicol J., & Tiedemann M. (2016). *Projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*. Résumé législatif du projet de loi C-14. Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada.
- Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), 1993, 3 R.C.S. 519.
- Roxani F. (2012). De l'euthanasie aux soins palliatifs : la nécessité d'une réponse au-delà du strict droit positif. *Médecine et droit*, 76-92.
- Sénat du Canada (1995). *De la vie et de la mort, Ottawa, Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté*. Consulté le 22 septembre 2015 de <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/351/euth/rep/lad-f.htm#ii>
- Smith M. (1993). *L'affaire Rodriguez : examen la décision rendue par la Cour suprême du Canada sur l'aide au suicide*. Publications du gouvernement du Canada. Division du droit et du gouvernement. Consulté le 26 décembre 2015 de <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp349-f.htm>
- Tiedemann M., Butler M., Nicol J., & Valiquet D. (2013). *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada (étude générale)*. Publication n°2010-68-F révisée le 15 janvier 2013, bibliothèque du parlement.

Wilson, K.G., Scott J.F., Graham I.D., & al. (2000). Attitudes of Terminally Ill Patients Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Archives of Internal Medicine*, 160(16), 2454-2460.

Wilson K.G., Chochinov H.M., McPherson C.J., & al. (2007). Desire for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in Palliative Cancer Care. *Health Psychology*, 26(3), 314–323.

C. Ressources principalement utilisées pour les annexes (médias)

BCCLA. (2016). *Death with dignity case*. Document en ligne consulté le 23 février 2016 de <https://bccla.org/our-work/blog/death-with-dignity-case/>

Cassin, B. (2010). *L'origine et les significations du mot "suicide" avec la linguiste et philosophe Barbara Cassin*. Document télévisuel consulté en ligne le 15 septembre 2015 de <http://www.universcience.tv/video-l-origine-et-les-significations-du-mot-suicide-809.html>

Council of Canadians with disabilities. (2003). *Crown Will Not Lay Charges in Death of Katie Lynn Baker*. Document consulté en ligne le 8 novembre 2016 de <http://www.ccdonline.ca/en/humanrights/endoflife/latimer/1999/12>

EXIT. (2016). *Notion d' « auto-délivrance »*. Document en ligne consulté le 10 août 2016 de <http://www.exit-geneve.ch/Buts5A.htm>

Genethique. (2015). *Un suicide assisté « légal » en Colombie*. Document en ligne consulté le 11 octobre 2016 de http://www.genethique.org/fr/un-suicide-assiste-legal-en-colombie-63503.html#.V_0hZ8ky73h

Illich I. (1999). *Un facteur pathogène prédominant. L'obsession de la santé parfaite*. Document en ligne consulté le 11 octobre 2016 de <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>

La Presse. (2013). *Des jumeaux belges euthanasiés: unis à la vie, à la mort*. Par Judith Lachappelle. Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de <http://www.lapresse.ca/international/europe/201301/17/01-4612135-des-jumeaux-belges-euthanasies-unis-a-la-vie-a-la-mort.php>

La Presse. (2013). *Québec dépose son projet de loi sur l'aide médicale à mourir*. Document en ligne consulté le 17 novembre 2016 de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201306/12/01-4660445-quebec-depose-son-projet-de-loi-sur-laide-medicale-a-mourir.php>

Le Figaro (2013). *Des jumeaux sourds euthanasiés*. Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2013/01/15/97001-20130115FILWWW00479-des-jumeaux-sourds-euthanasies.php>

Le journal international. (2015). *Colombie : premier suicide assisté légalement autorisé*. Document consulté le 11 octobre 2016 de http://www.lejournalinternational.fr/Colombie-premier-suicide-assiste-legalement-autorise_a2969.html

Le Monde Europe. (2014). *La Belgique légalise l'euthanasie pour les mineurs*. Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de http://www.lemonde.fr/europe/article/2014/02/13/la-belgique-va-etendre-l-euthanasie-aux-mineurs_4365959_3214.html

Le Monde santé. (2014). *Légalisation de l'euthanasie : où en sont les pays européens ?* Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/02/14/legalisation-de-l-euthanasie-ou-en-sont-les-pays-europeens_4366306_1651302.html

Le Parisien santé. (2013). *Euthanasie et suicide assisté: autorisés dans 4 pays européens*. Document en ligne consulté le 15 novembre 2016 de <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/euthanasie-et-suicide-assiste-autorises-dans-4-pays-europeens-01-07-2013-2944737.php>

L'express. (2016). *Pays-Bas: le suicide assisté étendu à ceux qui estiment avoir "assez vécu"?* Document en ligne consulté le 18 octobre 2016 de http://www.lexpress.fr/actualite/monde/pays-bas-le-suicide-assiste-etendu-a-ceux-qui-estiment-avoir-assez-vecu_1840875.html

Libération. (2015). *La procédure d'euthanasie d'un prisonnier belge finalement abandonnée*. Document en ligne consulté le 15 novembre 2016 de

http://www.liberation.fr/planete/2015/01/06/la-procedure-d-euthanasie-d-un-prisonnier-belge-finalement-abandonnee_1174724

L'OBS avec Rue89. (2008). *Un nouveau « kit euthanasie » crée l'émoi en Suisse*. Par Robert Zimmerman. Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de <http://rue89.nouvelobs.com/2008/03/28/un-nouveau-kit-euthanasie-cree-lemoi-en-suisse-7626>

Radio-Canada. (1994). *Sue Rodriguez : lutter pour une mort digne*. Document en ligne consulté le 26 décembre 2015 de http://archives.radio-canada.ca/societe/criminalite_justice/dossiers/1154/

Radio-Canada. (2004). *Suicide assisté: une femme de 74 ans acquittée*. Document en ligne consulté le 8 août 2016 de <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/index/nouvelles/200411/04/008-suicide-assiste-cb.shtml>

Radio-Canada (2012). *Démythifier la sclérose latérale amyotrophique (SLA). Un tribunal invalide la loi sur le suicide assisté au Canada*. Document en ligne consulté le 23 février 2016 de <http://ici.radio-canada.ca/regions/colombie-britannique/2012/06/15/001-verdict-cour-supreme-suicide-assiste.shtml>.

RTBF. (2016). *Deux femmes témoignent de l'euthanasie traumatique de leur sœur*. Par Johanne Montay Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de https://www.rtf.be/info/belgique/detail_deux-femmes-temoignent-de-l-euthanasie-traumatique-de-leur-soeur?id=9203497

RTS. (2010). *Des suicides à l'hélium proposés par Dignitas*. Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de <http://www.rts.ch/info/suisse/1181468-des-suicides-a-l-helium-proposes-par-dignitas.html>

Swissinfo (2010). *Des urnes funéraires au fond du lac de Zurich*. Document consulté en ligne le 28 juillet 2016 de <http://www.swissinfo.ch/fr/des-urnes-fun%C3%A9raires-au-fond-du-lac-de-zurich/8918234>

Swissinfo (2012). *Première loi sur l'aide au suicide adoptée en Suisse*. Par Federico Bragagnini. Document en ligne consulté le 28 juillet 2016 de http://www.swissinfo.ch/fr/canton-de-vaud_premi%C3%A8re-loi-sur-l-aide-au-suicide-adopt%C3%A9e-en-suisse/32920784

The Wired. (2007). *The Thanatron, Jack Kevorkian's Death Machine*. By Rob Beschizza.
Document en ligne consulté le 9 juillet 2016 de
https://www.wired.com/2007/06/the_thanatron_j/

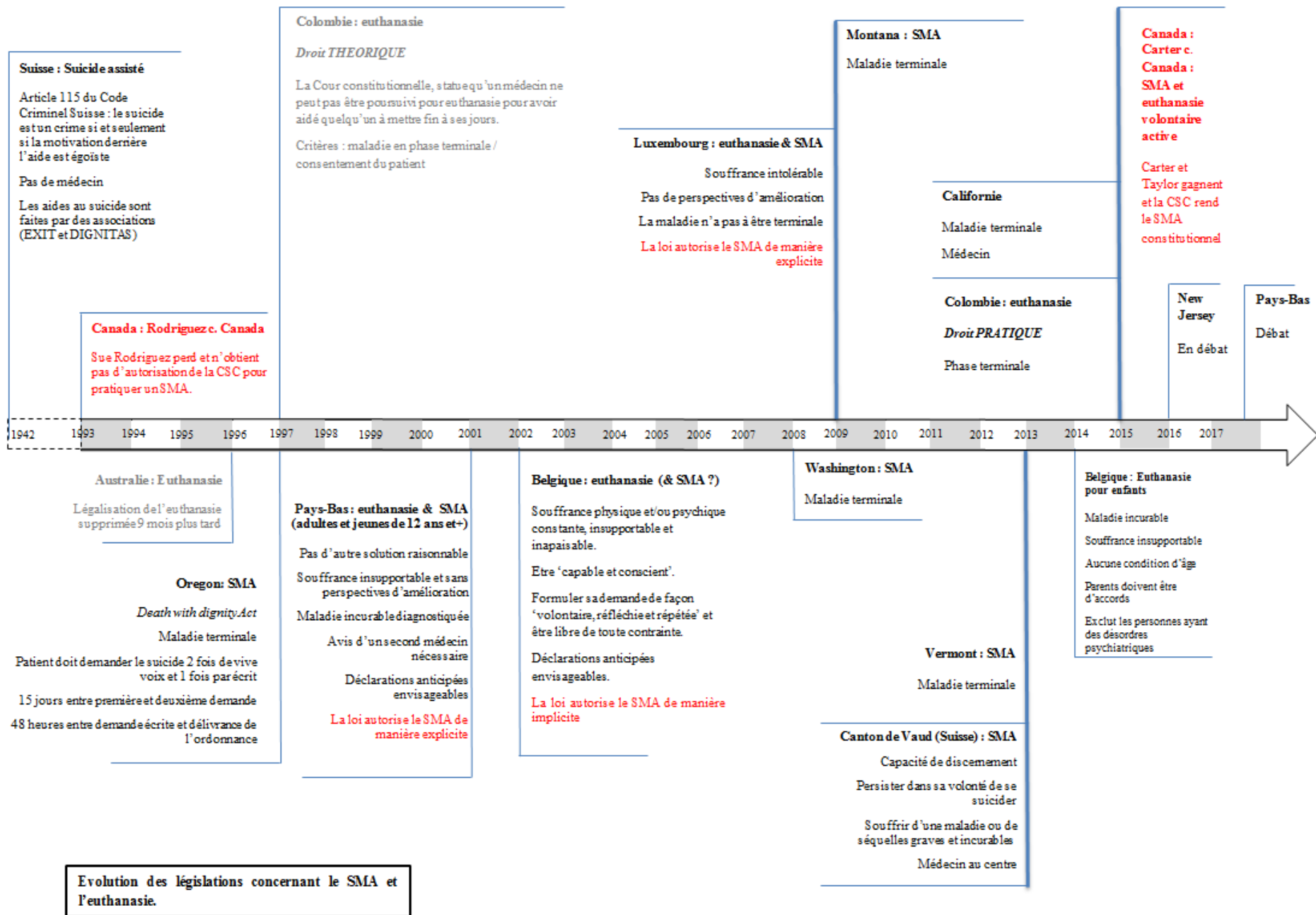
Zénova A. (2001). *Tuer « par compassion »*. Document en ligne consulté le 21 février 2016
de <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/dossiers/latimer/index.htm>

Annexes

Annexe A : les diverses législations autour de la « fin de vie »

Les diverses législations existantes ont été faites entre 1997 et aujourd'hui, à l'exception du changement du Code Criminel Suisse, qui a été fait en 1942. Nous référons le lecteur à la page suivante, où il verra avec clarté les diverses législations faites autour du SMA et de l'euthanasie, ainsi que les critères principaux de ces législations.

Il est important de noter que ces diverses légalisations forment l'un des arguments majeurs de l'arrêt Carter de 2015 qui estimera que, puisqu'en 2010 « une certaine forme d'aide à mourir était permise à huit endroits du monde : les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse, l'Oregon, l'État de Washington, le Montana et la Colombie » (Carter *c.* Canada, 2015, §8), alors il serait peut-être temps de réfléchir à installer une forme d'aide à mourir au Canada.



La frise présentée ci-dessus permet de voir que :

- La première vraie loi date d'il y a vingt ans à peine (Oregon, 1997) ;
- En effet, la Suisse n'avait pas de vraie loi, votée, jusqu'en 2013. Jusque-là, seul le Code criminel était permissif, il n'y avait pas de cadre légal strict ;
- Après l'apparition de la première loi en Oregon, les Pays-Bas et la Belgique ont suivi en légalisant le SMA, respectivement en 2001 et 2002 ;
- Il aura ensuite fallu attendre 6 ans pour que l'État de Washington suive ;
- On note une « explosion législative » à partir de 2013 puisque pas moins de six lois seront votées ;
- Nous noterons également que la Belgique aura élargi ses critères de « personne adulte » à « enfants » entre 2002 et 2014 ;
- Nous noterons enfin que les Pays-Bas ont émis l'idée, en 2016, d'élargir leur critère de « malade incurable » à « personne fatiguée de vivre » ; en néerlandais « voltooid Leven ». Ce critère fera l'objet de la construction d'un nouveau cadre juridique, à côté du cadre juridique déjà en place pour l'euthanasie (Ministers Schippers (VWS) en Van der Steur (VenJ), 2016 ; cf. L'express, 2016, pour l'information en français).

Ces remarques faites, nous décrivons succinctement ces diverses législations, si décisives pour l'arrêt Carter. La rapide revue des polémiques nous permettra de comprendre quelles étaient les peurs qui retenaient l'arrêt Rodriguez de légaliser le SMA, mais aussi quels types de situations problématiques l'arrêt Carter mettra de côté (Chan & Somerville, 2016).

1. La Suisse

La Suisse sera le tout premier pays à modifier son Code criminel en matière d'aide au suicide en 1942. L'article 115 du Code criminel suisse dit que l'aide au suicide est un crime si et seulement si la motivation derrière l'aide est *égoïste*. Il est important de préciser que la

Suisse n'avait pas de loi rigoureusement votée jusqu'en 2012 (lorsque le Canton de Vaud a émis une loi provinciale).

Bien qu'un motif égoïste soit dur à déterminer et surtout à prouver, l'aide au suicide se pratique très régulièrement par deux associations, EXIT et DIGNITAS. Cette aide au suicide ne nécessite la présence du corps médical que pour la prescription du produit létal. De ce fait, le médecin n'est pas présent tout au long du processus.

Précisons qu'en Suisse,

l'euthanasie active directe (par exemple l'administration d'un poison à un malade dans le coma) est assimilée à un homicide et est donc punissable. *L'euthanasie active indirecte* (par exemple l'administration de fortes doses de morphine pour soulager la douleur) n'est pas punissable. *L'euthanasie passive* (suspension d'une thérapie) n'est pas punissable. *L'aide au suicide passive* (le futur suicidé est accompagné, mais procède lui-même au geste fatal) est autorisée (Swissinfo, 2012).

Le cas suisse est cependant particulièrement controversé, justement parce que le médecin n'est pas au centre du dispositif de mort assistée, mais aussi parce que certains des suicides assistés réalisés par DIGNITAS²¹ ont été au cœur de polémiques. La société DIGNITAS serait par exemple suspectée d'avoir déposé plusieurs dizaines d'urnes funéraires dans le lac suisse de Zürich, chose interdite par le gouvernement du canton de Zurich « pour des raisons éthiques et sociales » (Swissinfo, 2010).

Trois controverses ont également été très médiatisées. La première est la controverse des véhicules et se passe en octobre 2007. À cette époque, DIGNITAS avait aidé des ressortissants allemands à se suicider, dans des véhicules à moteur. « Cette solution avait été choisie en raison d'une interdiction de pratiquer dans les hôtels et les locatifs » (RTS, 2010). Par la suite, en 2008, DIGNITAS referra parler d'elle avec une deuxième controverse.

²¹ Pour information, DIGNITAS a été fondée par l'avocat et journaliste Ludwig Minelli en 1998, après s'être séparée de l'association EXIT ADMD. L'association EXIT ADMD a été créée en 1982 ; et serait née du mouvement EXIT pour le droit de mourir dans la dignité né en Angleterre en 1935.

DIGNITAS proposera un « kit à euthanasie », c'est-à-dire un suicide moins dispendieux que le suicide au pentobarbital « classique » (habituellement visible dans les vidéos accessibles au public *via* YouTube et mises en ligne par DIGNITAS). Il s'agit d'un suicide à l'hélium :

Dans ce suicide, c'est aux personnes souhaitant mourir, quand elles se jugent prêtes, de mettre ce dernier sur leur tête, de le fermer avec une sangle à la hauteur du cou et ensuite de libérer l'hélium. La mort est rapide, sans douleur, sans trace, selon Dignitas. Après environ une minute, la personne perd conscience et son cœur s'arrête de battre quelques instants après. Pour l'association [...] le recours à l'hélium est aussi une manière de passer outre l'avis des médecins. Jusqu'à aujourd'hui, ils étaient les seuls à [prescrire le] natrium pentobarbital (NAP), un psychotrope létal de la famille des barbituriques. Et pour mieux expliquer sa nouvelle démarche, mais aussi se couvrir judiciairement, Dignitas diffuse largement les images de personnes qui se sont données la mort en utilisant de l'hélium, un système bon marché : 300 francs contre 40 000 francs pour le cocktail de la mort au NAP (l'OBS avec Rue 89, 2008).

Dernière controverse : du fait que DIGNITAS accepte d'aider des personnes de nationalité étrangère (contrairement à EXIT), un « tourisme de la mort » a vu le jour. « Ces 'touristes de la mort' représentent même 85% des suicides organisés par DIGNITAS [144 en 2011] » (Swissinfo, 2012). C'est d'ailleurs en Suisse, au sein des murs de DIGNITAS, que Kathleen Carter (appelante à la Cour Suprême du Canada dans l'affaire Carter) mettra un terme à ses jours.

Enfin, toujours en Suisse et en juin 2012, le canton de Vaud en Suisse sera le premier canton suisse à encadrer le suicide assisté de manière légale, en créant une loi provinciale. Cette loi du Canton de Vaud sera la seule à encadrer rigoureusement le SMA en Suisse. Les différences entre cette loi et le changement de code criminel de 1942 sont : 1) leur application spatiale et 2) l'implication des médecins. En effet, tandis que le changement de code criminel était valable sur *tout le territoire* (fédéral) suisse et exploité uniquement par les *associations* DIGNITAS et EXIT, la loi (provinciale) du canton de Vaud sera valable *uniquement dans le canton de Vaud* et uniquement exploitable par *des médecins*.

2. Les États-Unis

En ce qui concerne les États-Unis, l'Oregon aura été le tout premier État américain à légaliser le SMA,

pour les patients majeurs résidant dans l'État, en [novembre] 1997 par référendum. Le critère est celui de '*la maladie terminale*'. Le patient doit demander le suicide deux fois de vive voix et une fois par écrit. Il doit s'écouler au moins quinze jours depuis la première demande et quarante-huit heures entre la demande écrite et la délivrance de l'ordonnance (Le Monde santé, 2014).

L'exemple de l'Oregon sera suivi par l'Etat de Washington en 2008, l'Etat du Montana en 2009, l'Etat du Vermont en 2013 et enfin la Californie en 2015. Le New Jersey serait en train de débattre autour d'une potentielle législation à l'heure où nous écrivons.

3. La Colombie

À peu près au même moment que l'Oregon, en 1997, mais cette fois-ci en Colombie, la plus haute juridiction du pays, la Cour constitutionnelle

a rejeté la contestation et statué qu'un médecin ne pouvait pas être poursuivi pour euthanasie pour avoir aidé quelqu'un à mettre fin à ses jours si cette personne était atteinte d'une maladie en phase terminale et avait donné son consentement. Néanmoins, le '*meurtre par compassion*' reste un crime en Colombie si ces conditions ne sont pas réunies (Tiedemann & al., 2013, 20).

Ainsi, depuis 1997, le SMA n'était qu'un « droit » théorique en Colombie. Mais ce dernier est devenu effectif en avril 2015, avec un décret ministériel, ouvrant l'application de ce droit (Genethique, 2015). Le tout premier SMA aurait eu lieu peu après l'apparition de ce décret : « Ovidio Gonzalez, âgé de 79 ans, est devenu le premier Colombien à être euthanasié légalement. Atteint d'un cancer incurable de la gorge, [il] a dû se battre contre les médecins et les administrateurs de l'hôpital pour que le décret du ministère de la Santé soit appliqué » (Le journal international, 2015).

4. Les pays du Benelux

4.1. Pays-Bas

Les Pays-Bas auront été les suivants à légaliser l'euthanasie en 2001. Aux Pays-Bas, le médecin est au cœur du SMA :

Il doit avoir la conviction qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable pour le patient et la souffrance doit être '*insupportable et sans perspective d'amélioration*', due à une maladie diagnostiquée comme incurable. L'avis d'un second médecin est nécessaire. Des '*déclarations anticipées*' sont prévues pour le cas où le patient ne serait pas en état d'exprimer sa volonté. Les Pays-Bas, qui n'ont officiellement recensé que cinq cas de mineurs depuis cette loi de 2002, n'autorisent l'euthanasie que pour les jeunes de plus de 12 ans (Le Monde santé, 2014).

4.2. Belgique

Par la suite en septembre 2002, la Belgique a légalisé l'euthanasie. Afin de pouvoir être euthanasié là-bas :

Le patient doit être confronté à une '*souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable*', être '*capable et conscient*', formuler sa demande de façon '*volontaire, réfléchie et répétée*' et être libre de toute contrainte. Il peut exprimer ses volontés dans une '*déclaration anticipée*' valable cinq ans ou en faire la demande expresse s'il est en état de s'exprimer. Rien n'est en revanche prévu concernant le suicide assisté (Le Monde santé, 2014).

Par la suite, le 13 février 2014, la Belgique légalisera « l'euthanasie pour les enfants et adolescents atteints de maladie incurable et affrontant '*des souffrances insupportables*' » (Le Monde Europe, 2014) :

Pour les mineurs, les enfants gravement malades, en phase terminale, affrontant '*des souffrances physiques et insupportables*' – la notion de souffrance psychique a été écartée – pourront demander l'euthanasie à condition que leurs deux parents soient d'accord. Plutôt qu'un critère d'âge, les parlementaires belges ont jugé qu'il faut déterminer si la demande d'un patient est éclairée et s'il est '*en capacité d'en apprécier toutes les conséquences*'. Ce discernement du mineur sera estimé au cas par cas par l'équipe médicale et par un psychiatre ou un psychologue indépendant (Le Monde santé, 2014).

Il est important de noter, cependant, que l'euthanasie *made in* Belgique sera au cœur de diverses controverses au fil des ans. Ces dérapages successifs étaient l'un des arguments

hypothétiques majeurs des juges majoritaires de 1993, qui étaient réticents à rendre le suicide médicalement assisté constitutionnel. D'après eux, « il n'exist[ait] aucune certitude que l'on puisse prévenir les abus par une interdiction moindre que générale » (Rodriguez *c.* Canada, 1993, 601). Notons que les juges de 1993 s'exprimaient dans un contexte où aucun pays n'avait encore légalisé, ni l'euthanasie, ni le suicide médicalement assisté ou le suicide assisté (mis à part la Suisse, mais ce n'était pas une réelle légalisation gouvernementale, comme nous l'avons vu, mais un changement du Code criminel). Cet argument sera renversé par les juges de 2015 qui estimeront, au contraire, après avoir pu observer le fonctionnement de divers régimes législatifs, que les abus survenus en Belgique (notamment) ne sont pas pertinents pour le cas canadien, car :

le régime permissif de la Belgique résulte d'une culture médico-légale très différente. L'aide à mourir y était [TRADUCTION] 'déjà répandue et intégrée à la culture médicale' avant sa légalisation (par. 660). Le régime ne fait que réglementer une pratique courante qui existait déjà (Carter *c.* Canada, 2015, §112).

Mais de quels dérapages et controverses parle-t-on concernant la Belgique ? En voici deux exemples. L'histoire la plus récente est celle de Tinne Nys, une femme de 38 ans qui demandait, il y a cinq ans, d'être euthanasiée suite à une rupture amoureuse. Le fait troublant dans l'histoire de Mme Nys est que les médecins lui ont diagnostiqué un autisme soudain deux mois avant sa mort. Puisque ce diagnostic arrivait dans un contexte de demande d'euthanasie, les deux sœurs de Mme Nys s'étonnent alors que la demande d'euthanasie poursuive malgré tout son chemin et que les médecins ne proposent pas de traitement pour l'autisme subitement découvert. En effet, pour être euthanasié en Belgique il faut entre autres être « capable et conscient ». Un autisme remet toutefois en cause ce critère. D'autre part, les sœurs de Mme Nys se disent choquées de la manière dont s'est déroulée l'euthanasie. Voici leurs mots à cet égard :

[le médecin] a pris l'exemple d'un animal de compagnie aimé qu'on soulage par une piqûre ; en plus, il n'avait pas le matériel nécessaire pour l'injection, le baxter était posé sur le fauteuil, il est tombé sur le visage de Tinne quand elle est morte. Le médecin a demandé à notre père de tenir l'aiguille dans son bras, car il avait oublié les sparadraps. Et quand elle est morte, il a demandé à nos parents s'ils voulaient contrôler l'arrêt du cœur avec le stéthoscope (RTBF, 2016).

Les deux sœurs de Mme Nys ont recouru à une procédure civile, car il leur a semblé que leur sœur aurait pu recevoir un traitement (en regard de son autisme déclaré soudainement), plutôt que d'être euthanasiée. Nous pourrions ajouter qu'après une rupture amoureuse il aurait également pu être de bon augure de proposer un traitement psychologique plutôt que d'accepter une demande d'euthanasie de la part des médecins.

Nous pouvons également penser à cette autre affaire belge controversée, celle des frères jumeaux Marc et Eddy Verbesssem, sourds de naissance, qui avaient demandé à être euthanasiés ensemble, car ils commençaient à perdre la vue et ne voyaient plus de ce fait l'intérêt de rester en vie (La Presse, 2013). Les jumeaux Verbesssem ont été euthanasiés à l'hôpital UZ Brussel en 2013 (Le Figaro, 2013). Cette affaire est devenue controversée, car ces deux hommes n'étaient pas mourants.

Pour en finir avec les controverses belges, il nous fallait également citer l'histoire de Frank Van Den Bleeken. Frank Van Den Bleeken était interné depuis 26 ans, du fait qu'il avait commis plusieurs viols et un meurtre. Monsieur Van Den Bleeken estimait être trop dangereux pour être remis en liberté, mais considérait ses conditions de détention comme inhumaines. Il avait donc demandé à être transféré vers un établissement psychiatrique spécialisé aux Pays-Bas. Devant le refus de la justice belge, la seule option viable qui lui restait, selon lui, était de se faire euthanasier. « À cinq jours de la date prévue pour son euthanasie, les médecins [de] Frank Van Den Bleeken ont décidé de mettre fin à la procédure, qui suscitait la polémique en Belgique [...]. Franck Van Den Bleeken sera transféré dans un centre psychiatrique de Gand, [dans l']ouest du pays » (Libération, 2015). « Cette affaire a

souligné les limites de la loi de 2002 autorisant dans certaines conditions l'euthanasie, dont la présence *'d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable'* » (Libération, 2015).

5. Luxembourg

Pour terminer avec les Pays du Benelux, en mars 2009, le Luxembourg promulguera un texte légalisant l'euthanasie active et le suicide assisté, par une même loi (Le Parisien santé, 2013) :

Ce dispositif, interdit pour les mineurs, concerne les patients en situation médicale *'sans issue'*. Comme aux Pays-Bas et en Belgique, le médecin est placé au cœur du système et la situation médicale doit être sans issue. La demande doit se faire par écrit. Si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle peut le faire sous la forme d'une *'disposition de fin de vie'* (Le Monde santé, 2014).

6. Le cas canadien

Tous les régimes législatifs présentés succinctement ci-dessus inspireront donc l'arrêt Carter, émis par la Cour Suprême du Canada en 2015. Mais ce ne seront pas les seuls. Des cas concrets d'euthanasie et d'aide au suicide fleuriront également au Canada entre 1993 et 2015. La réaction des diverses juridictions à l'égard de ces cas nous montre que, même dans le cas où le SMA était prohibé, les juridictions se sont montrées plus ou moins clémentes.

6.1. Nancy B. (arrêt de traitement)

Au Québec, un des cas les plus connus est celui de Nancy B., une jeune Québécoise atteinte du syndrome de Guillain-Barré. Nancy B. ne souhaitait pas vivre paralysée et alitée dans un hôpital pendant des années. Nancy B. sera finalement débranchée : en janvier 1992, « la Cour supérieure du Québec statue, dans le cas de Nancy B., une femme atteinte d'une maladie incurable, que débrancher son respirateur à sa demande et laisser la nature suivre son cours *ne constituerait pas un acte criminel* » (Butler, Tiedeman, Nicol & Valiquet, 2013, notre italique).

6.2. Robert Latimer (meurtre par compassion)

Le cas suivant sera celui de Robert Latimer. Ce dernier tuait sa fille Tracy en 1993 par empoisonnement au monoxyde de carbone. Tracy était lourdement handicapée au niveau cérébral et ne pouvait ni manger, ni marcher par elle-même, ni parler (Zénova, 2001). Bien que le cas de Robert Latimer ne soit pas un suicide médicalement assisté, mais un meurtre par compassion, il reste cependant intéressant d'observer que la justice canadienne a eu du mal à juger cette affaire.

Robert Latimer aura un cheminement juridique chaotique. La seule chose que Latimer voudra tout au long des procédures judiciaires sera d'être reconnu non coupable. Mais cette reconnaissance n'arrivera jamais (Butler, Tiedeman, Nicol & Valiquet, 2013).

Reconnu coupable de meurtre au second degré et condamné à la perpétuité (10 ans avant d'être éligible à une libération conditionnelle), Latimer conteste le verdict et la peine devant la Cour Suprême du Canada. La Cour suprême maintient la peine et le verdict, mais assortit sa décision d'indicateurs qui témoignent d'un certain malaise. Elle rappelle que Robert Latimer était un bon père de famille et qu'il ne représente pas un danger pour la société. La Cour encourage surtout implicitement le gouvernement en place à gracier Latimer. Mais ce dernier ne demandera jamais la clémence parce que la demander reviendrait sans doute à reconnaître sa culpabilité là où il n'a vu qu'un geste d'amour.

6.3. Cas d'euthanasie non punie

En avril 1993, un médecin ontarien aurait injecté une substance mortelle à un cancéreux gravement malade. Ce médecin sera condamné à trois ans d'emprisonnement avec sursis, après avoir plaidé coupable à une accusation d'administration d'une substance dangereuse dans le but de mettre la vie en danger. Le médecin avait d'abord été accusé de meurtre au

deuxième degré, mais cette accusation a été retirée (Butler, Tiedeman, Nicol & Valiquet, 2013).

6.4. Sue Rodriguez (suicide médicalement assisté)

En 1993 éclatera également la première affaire canadienne à propos du SMA : celle de Sue Rodriguez. Comme nous l'avons déjà vu plus haut, Sue Rodriguez était atteinte de sclérose amyotrophique latérale. Lorsqu'elle demande à ce qu'on l'accompagne dans la mort, Sue Rodriguez est déjà très malade. Ce qu'elle souhaite avant tout, c'est de pouvoir vivre jusqu'au bout de manière normale, sans trop souffrir. À cette époque, la loi rendait le souhait de Sue Rodriguez impossible à réaliser. De ce fait, Sue Rodriguez s'est battue légalement et est allée jusqu'en Cour Suprême afin de dire que la loi était discriminatoire envers les personnes n'étant pas physiquement capables de se tuer elles-mêmes. Finalement Sue Rodriguez n'aura pas gain de cause. Cependant, elle décidera d'outrepasser la loi et de se faire aider par un médecin et Svend Robinson (un député), au moment de son choix afin de mourir dans les conditions de son choix. Il est important de noter dans cette affaire, que malgré la décision de la Cour Suprême à son égard et la loi interdisant l'aide au suicide, que ni le médecin, ni Svend Robinson ne furent poursuivis par la justice. La Justice était donc déjà, dans les faits, favorable au SMA ou n'y était en tout cas pas si hostile.

6.5. Mr. Mills (sédation terminale)

En 1996, le patient Mills « souffrait d'un cancer de l'œsophage, et son état obligeait à faire l'ablation de l'œsophage et à déplacer l'estomac pour effectuer le raccord » (encyclopédie sur la mort, 2012a). Les médecins avaient tenté tous les traitements possibles, sans succès. Après consultation de la famille, il est décidé de mettre un terme aux mesures de maintien de la vie de Mr Mills (encyclopédie sur la mort, 2012a).

Puisqu'il n'y avait plus aucun espoir de guérison et que la famille s'accordait sur l'arrêt des traitements, la Dre Morrison arrêta le respirateur et administra des antidouleurs au patient Mills. Malgré les antidouleurs, le patient Mills est demeuré très souffrant. En conséquence, la Dre Morrison lui a administré de la nitroglycérine puis du chlorure de potassium.

Administré de cette façon et en pareille dose, le chlorure de potassium arrête le cœur. *En février 1998, le juge Hughes Randall a refusé de citer la Dre Morrison à procès, soulignant que M. Mills avait reçu d'énormes quantités de Dilaudid, de morphine et d'autres médicaments antidouleur avant même qu'elle n'intervienne pour la première fois. Ces doses, même si elles pouvaient causer la mort, avaient été administrées légalement, bien que sans succès, dans le but de soulager l'intense souffrance qu'éprouvait manifestement M. Mills après l'arrêt du respirateur. Le juge Randall a statué que, indépendamment de l'intention avec laquelle la Dre Morrison lui avait prétendument administré du chlorure de potassium, M. Mills aurait pu mourir des doses massives de médicaments antidouleur qu'il avait déjà reçues avant, ou même de causes naturelles, puisque la ligne intraveineuse par laquelle ces médicaments lui étaient administrés était obstruée. À la lumière de ces conclusions, le juge Randall a déclaré en substance que s'il recevait des instructions claires, un jury ne pourrait pas reconnaître la prévenue coupable de l'infraction dont elle était accusée, ni d'une infraction incluse, ni d'une autre infraction et qu'en conséquence, la prévenue était libre (encyclopédie sur la mort, 2012a, notre italique).*

6.6. Katie Lynn Baker

Par la suite, en 1997, Katie Lynn Baker, âgée de 10 ans, mourait. Elle ne pesait plus que 22 livres et ne pouvait pas parler. Katie Lynn Baker était atteinte du syndrome de Rett, une affection neurologique rare causant de graves troubles d'alimentation.

D'après le rapport du coroner, quand l'hospitalisation est devenue la seule façon de tenir la petite en vie, sa mère a cherché à savoir quelle était sa volonté face à la possibilité d'être branchée ou alimentée artificiellement. Selon l'interprétation de la mère, l'enfant a refusé d'être soumise à un traitement de ce genre. Pour empêcher que Katie ne soit soumise à un traitement auquel elle ne consentait pas, sa mère l'a retirée de chez elle et l'a emmenée ailleurs; la petite est décédée quelques jours plus tard (Tiedemann & al., 2013).

La mère de Katie Lynn Baker n'a jamais été poursuivie pour ce crime, car il n'y avait pas assez de preuves pour l'estimer coupable (Council of Canadians with disabilities, 2003).

6.7. Evelyn Martens (aide au suicide)

L'affaire suivante se déroule en 2002. À cette époque, Evelyn Martens était accusée d'avoir aidé deux femmes en phase terminale à mourir en Colombie-Britannique en 2002.

La Couronne fondait ses accusations sur le fait que Mme Martens était au chevet des deux femmes le jour de leur décès, et que de la documentation sur le suicide assisté avait été trouvée chez elle. La défense maintenait pour sa part que Mme Martens était en contact avec les deux femmes avec la seule intention de leur fournir du réconfort. Selon Mme Martens, la preuve fournie contre elle était insuffisante pour la condamner (Radio-Canada, 2004).

Le 5 novembre 2004, Evelyn Martens sera acquittée de cette accusation par un jury de Duncan en Colombie-Britannique.

6.8. Questionnements

Finalement, que nous montrent toutes les légalisations et toutes les affaires présentées ci-dessus ?

Concernant les diverses affaires canadiennes, ce que l'on peut dire, c'est que malgré leurs différences (suicide médicalement assisté pour Rodriguez, suicide assisté pour Evelyn Martens, arrêt de soins pour Mr Mills, etc.), ces affaires montrent que la justice a souvent été clément. Il semblerait donc qu'avant même que l'arrêt Carter naisse, la justice ne se montrait pas vraiment hostile à l'idée d'aide à mourir dans des cas où les personnes souffraient.

Quant à ce qui a trait aux diverses légalisations faites entre 1997 et aujourd'hui, nous noterons que ces dernières se rejoignent autour de points communs : ne pas souffrir / mourir « dignement » / la mort est un instant T contrôlable. Ces législations se nourrissent partiellement, nous le verrons, des mêmes idées que celles présentes dans l'arrêt Carter de 2015, ainsi que dans le discours des juges minoritaires de l'arrêt Rodriguez de 1993. Toutes ces légalisations représentent donc le terreau nécessaire de l'arrêt Carter de 2015.

Annexe B : divers travaux législatifs autour de la fin de vie au Canada

Voici un résumé des rapports et des initiatives parlementaires au Canada en matière de SMA. Ce tableau s'inspire très largement du travail réalisé par Tiedemann & al. (2013).

L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE NE DOIVENT PAS ÊTRE DÉCRIMINALISÉS	
1983	<p>La Commission de réforme du droit du Canada publie le rapport intitulé <i>Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement</i>.</p> <p>Dans ce dernier, elle recommande que l'euthanasie volontaire active ne soit ni légalisée ni décriminalisée. Elle recommande également que l'aide au suicide rendue à un malade en phase terminale ne soit pas décriminalisée.</p>
SUPPRESSION DE L'EMPRISONNEMENT	
Juin 1987	<p>La Commission de réforme du droit du Canada recommande que l'euthanasie soit considérée comme un meurtre au deuxième degré (« meurtre ordinaire ») plutôt que comme un meurtre au premier degré (« meurtre prémédité »). Le meurtre au deuxième degré n'entraînerait ainsi aucune peine d'emprisonnement fixe ou minimale.</p> <p>Il est à noter qu'aujourd'hui il existe une peine minimale pour le meurtre au deuxième degré.</p>
QUATRE PROJETS PARLEMENTAIRES FAVORABLES AU SMA	
Mars 1991 à décembre 1992	<p>Quatre projets de loi d'initiative parlementaire voient le jour (C-351, C-203, C-261 et C-385). Les projets C-351, C-203 et C-385 sont des projets modifiant le Code criminel pour les personnes en phase terminale. Le projet C-261 est un projet de loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie aux personnes qui le demandent et qui sont atteintes d'une affection irrémédiable, concernant l'abstention et l'interruption de traitement et modifiant le Code criminel (aide au suicide).</p>
IMMUNITÉ REFUSÉE POUR LES AIDANTS AU SUICIDE	
Mars 1993	<p>Les députés de la Chambre des communes rejettent une motion demandant au gouvernement d'envisager d'adopter une loi sur la question de l'euthanasie et de garantir l'immunité de poursuite aux personnes qui aident des malades en phase terminale à mourir.</p>
Septembre 1993	<p>Arrêt Rodriguez <i>c.</i> Canada</p>
D'AUTRES PROJETS DE LOI	
Février 1994 à octobre 1999	<p>Un projet de loi d'initiative parlementaire, le projet C-215 : Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide) franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Il est rayé du Feuilleton le 21 septembre 1994, à la suite d'un débat.</p> <p>Et trois projets émis par des sénatrices voient le jour. Les projets S-13 (protection des soignants), S-29 (protection des patients et des soignants) et S-2 (Loi facilitant la prise de décisions médicales légitimes relativement aux traitements de survie et au traitement de la douleur).</p>
Juin 1995	<p>Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté publie son rapport intitulé <i>de la vie et de la mort</i>. Ce rapport recommandait 1) le développement des soins palliatifs, car il observait que la demande de ces soins était supérieure à la demande de ces derniers ; 2) que le Code criminel soit modifié afin de clarifier la situation</p>

	concernant l'administration d'un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abrégé la vie ; 3) qu'on modifie le Code criminel et qu'on adopte les dispositions législatives nécessaires pour reconnaître explicitement et clarifier les circonstances dans lesquelles l'abstention et l'interruption de traitement de survie sont légalement acceptables ; 4) que les provinces et les territoires qui ne l'ont pas encore fait adoptent des mesures législatives concernant les directives préalables ; 5) qu'aucune modification ne soit apportée à l'alinéa 241a) du Code criminel, qui interdit de conseiller le suicide ; 6) que l'acte par lequel on met fin aux jours d'une personne contre sa volonté (euthanasie involontaire) constitue un meurtre et doit continuer d'être traité comme tel ; 7) que l'euthanasie volontaire demeure une infraction criminelle.
Novembre 1999	Un sous-comité sénatorial a été institué pour voir si les recommandations unanimes faites dans <i>de la vie et de la mort</i> faisaient encore l'unanimité, cinq ans après la publication du rapport. Dans son rapport, présenté en juin 2000 et intitulé <i>des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit</i> , le sous-comité concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicale nécessaires pour soigner les gens en phase terminale ».
CHAQUE CANADIEN DEVRAIT AVOIR DROIT À DES SOINS DE FIN DE VIE DE QUALITÉ	
Juin 2000	Le sous-comité sénatorial institué pour examiner les suites des recommandations unanimes faites dans <i>de la vie et de la mort</i> en 1995 présente son rapport, intitulé <i>des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit</i> .
PROJET C-407 SUR LA MORT DIGNE AVORTE	
Juin 2005	La députée Francine Lalonde présente le projet de loi C-407 : Loi modifiant le Code criminel (droit de mourir dignement).
RÉAFFIRMATION DE L'INTERDICTION D'AIDER A MOURIR CHEZ LES MÉDECINS	
Mai 2007	Le Comité d'éthique de l'Association médicale canadienne interdit toujours aux médecins de participer à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté.
LES MÉDECINS QUÉBÉCOIS PRÔNENT L'EUTHANASIE COMME UN SOIN	
Novembre 2009	Le collège des médecins du Québec publie un papier qui prône l'euthanasie comme un soin de fin de vie approprié.
DEMANDE D'UN SYSTÈME PERMISSIF	
Novembre 2011	La Société royale du Canada publie <i>prise de décisions en fin de vie</i> . Dans ce rapport, la société demande « un système permissif, mais étroitement réglementé et surveillé » à l'égard de l'aide à la mort. De plus, la Société recommande la modification du Code criminel de manière à permettre l'euthanasie et le suicide assisté.
SIMPLIFICATION DU RECOURS A L'EUTHANASIE ET AU SMA	
Mars 2012	La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité dépose son rapport, dans lequel elle recommande la simplification du recours à l'euthanasie.
Juin 2014	Le projet de loi québécois C-52, faisant suite à la commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, naît. Ce projet de loi concerne les soins de fin de vie. « Le dépôt du projet de loi 52, Loi concernant les soins de fin de vie, à l'Assemblée nationale du Québec le 12 juin 2013 a eu lieu après un examen de la question de l'aide médicale à mourir mené sur plusieurs années par l'Assemblée nationale et le gouvernement de la province. La mesure législative, qui a reçu la sanction royale le 5 juin 2014, établit, notamment : les droits des personnes relatifs aux soins de fin de vie; les règles que doivent observer les dispensateurs des soins de fin de vie; les règles régissant la sédation palliative continue;

	les pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux; les règles régissant les directives médicales anticipées; les règles applicables à l' 'aide médicale à mourir' » (Nicol & Tiedemann, 2016).
Février 2015	Arrêt Carter <i>c.</i> Canada
Avril 2016	Le projet de loi C-14, faisant suite à l'arrêt Carter <i>c.</i> Canada, voit le jour. Ce projet de loi encadre le suicide médicalement assisté (cf. l'introduction de ce travail).