

L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE

Mollie Dunsmuir
Division du droit et du gouvernement

Révisé le 22 novembre 2004



Bibliothèque
du Parlement

Library of
Parliament

**Service d'information
et de recherche parlementaires**

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras**.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
DÉFINITION DU SUJET.....	1
CONTEXTE ET ANALYSE.....	1
A. Historique.....	1
B. Considérations juridiques	3
1. Le <i>Code criminel</i> et l'euthanasie.....	4
2. Le <i>Code criminel</i> et l'aide au suicide	6
3. Autres affaires soumises aux tribunaux canadiens	9
4. Le droit de refuser un traitement médical	12
5. Les directives préalables.....	13
6. Ligne directrice et rapports	15
C. La situation dans les autres pays	17
1. Les États-Unis.....	17
2. Les Pays-Bas.....	20
3. L'Australie	24
4. Autres pays.....	26
MESURES PARLEMENTAIRES	27
CHRONOLOGIE.....	30
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE.....	33
JURISPRUDENCE.....	33



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE*

DÉFINITION DU SUJET

En raison des progrès accomplis dans le domaine médical, il est maintenant possible de prolonger la vie et de retarder la mort. Toutefois, la capacité de vivre plus longtemps s'accompagne parfois, chez ceux qui souffrent de maladies dégénératives ou incurables, d'une qualité de vie diminuée. Le désir de se voir épargner une longue agonie, l'incidence accrue de maladies incurables comme le sida et la maladie d'Alzheimer et une meilleure compréhension des moyens par lesquels la technologie médicale peut prolonger la vie et influencer sur sa fin sont quelques-unes des raisons qui ont amené les gens à vouloir avoir leur mot à dire sur les décisions relatives à la vie et à la mort. Ces facteurs ont également ravivé l'intérêt pour l'euthanasie et l'interruption du traitement médical. Plus récemment, on s'est arrêté davantage à la qualité des soins prodigués en fin de vie, mais cette question déborde le cadre du présent document.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Historique

L'euthanasie a beaucoup attiré l'attention des médias ces derniers temps; toutefois, ni cette pratique ni la controverse qui l'entoure ne sont nouvelles. Aujourd'hui, on insiste sur les distinctions conceptuelles qui existent entre l'euthanasie, le suicide et l'interruption de traitement; autrefois, de telles distinctions n'existaient pas et l'euthanasie était généralement synonyme de suicide. La tolérance à l'égard du suicide qui s'est développée dans l'antiquité à l'époque classique traduisait jusqu'à un certain point un mépris pour la faiblesse, la

* La première version de ce bulletin d'actualité a été publiée en février 1992. Le document a été périodiquement mis à jour depuis.

maladie et l'incapacité de jouer un rôle dans la société après un certain âge. Mais, en même temps, elle témoignait du désir de mener une « vie bonne et utile », ce qui était presque impossible lorsqu'il y avait un déclin physique marqué. Dans l'Antiquité, les Grecs et les Romains ont réussi à dissiper l'ombre et le mystère qui entouraient le suicide et à faire en sorte qu'il fasse l'objet du discours et du débat publics.

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

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

En Amérique du Nord, la cause qui a fait date en matière de qualité de la vie et d'interruption de traitement est celle de Karen Ann Quinlan, une jeune femme de 21 ans qui avait subi des lésions irréversibles au cerveau menant au coma après avoir consommé de l'alcool et des drogues. Ses parents ont signé une autorisation permettant aux médecins de débrancher le

respirateur qui maintenait leur fille en vie. Quand l'hôpital a refusé d'obtempérer, les Quinlan ont demandé aux tribunaux de renverser cette décision. En 1976, pour donner suite à une décision de la Cour suprême du New Jersey, l'hôpital a débranché le respirateur. Karen Ann Quinlan est décédée en 1985, dans un foyer de soins de santé où elle avait vécu une dizaine d'années dans le coma et sous perfusion.

Au Canada, la fréquence croissante d'états chroniques, comme la maladie d'Alzheimer, ou de maladies incurables, comme le sida et certaines formes de cancer, a fait que les malades qui en souffraient savaient ce que leur réservait vraisemblablement l'avenir avant de devenir incapables, ce qui en a incité un certain nombre à faire des démarches dans l'espoir d'avoir une influence directe plus grande sur les soins médicaux qu'ils recevaient. Or, certains de ces malades ont demandé qu'on les aide à mourir.

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

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

B. Considérations juridiques

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

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

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

1. Le *Code criminel* et l'euthanasie

Un certain nombre de dispositions du *Code criminel* ont une incidence sur l'euthanasie et l'interruption de traitement.

L'article 14 du *Code* prévoit que :

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

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

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

- l'article 45 (Opérations chirurgicales);
- l'article 215 (Devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence)
- l'article 216 (Obligation des personnes qui pratiquent des opérations dangereuses);
- l'article 217 (Obligation des personnes qui s'engagent à accomplir un acte);
- l'article 219 (Négligence criminelle);
- l'article 220 (Le fait de causer la mort par négligence criminelle);
- l'article 221 (Causer des lésions corporelles par négligence criminelle);
- l'article 222 (Homicide);

- l'article 229 (Meurtre);
- l'article 231 (Classification [des meurtres]);
- l'article 234 (Homicide involontaire coupable);
- l'article 245 (Fait d'administrer une substance délétère);
- les diverses dispositions touchant les voies de fait et les lésions corporelles.

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

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

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

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

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

La Cour suprême du Canada a accueilli la requête en appel de M. Latimer aux motifs que le jury aurait peut-être dû avoir la possibilité d'appliquer la défense de nécessité, que le juge de première instance aurait dû aviser le jury que M. Latimer, en tant que fondé de pouvoir de sa fille, avait légalement le droit de décider pour elle qu'elle voulait se suicider, et que la peine minimale dont le meurtre s'assortit était peut-être cruelle et inusitée dans les circonstances, contrairement à ce que prévoit la *Charte*. En janvier 2001, la Cour a confirmé la condamnation et la sentence, mais a signalé que l'article 749 du *Code criminel* reconnaît à la Couronne la prérogative de la clémence, prérogative dont l'exécutif peut se prévaloir, mais non les tribunaux.

2. Le *Code criminel* et l'aide au suicide

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

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

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

b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non.

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

La Cour suprême de la Colombie-Britannique a décidé que l'article 241 ne privait pas M^{me} Rodriguez de son droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne, et qu'il n'amoindrissait pas non plus sa liberté de choix ni ne modifiait sa capacité de prendre des décisions fondamentales à propos de sa vie. De l'avis de la Cour, c'est la nature de sa maladie, et non le système juridique ou l'État, qui enlevait à M^{me} Rodriguez la capacité de réaliser ce qu'elle souhaitait. La Cour a également conclu que l'article 241 n'établissait pas de discrimination contre les personnes au motif de l'incapacité physique.

Il a été appelé de cette décision à la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, qui, en mars 1993, a rejeté l'appel par un vote de deux contre un. De l'avis des deux juges qui ont rejeté l'appel, cette affaire relève davantage du Parlement que des tribunaux. En déterminant si l'article 241 du *Code criminel* va ou non à l'encontre de l'article 7 de la *Charte*, le juge Hollinrake a soutenu que, bien qu'il soit possible que l'article 241 prive M^{me} Rodriguez de son droit à la sécurité de sa personne en vertu de l'article 7 de la *Charte*, il n'est pas contraire aux principes de la justice fondamentale d'interdire l'aide médicale au suicide.

Le juge en chef de la Cour aurait, pour sa part, admis la requête en appel. Il a conclu que l'article 241 était contraire aux droits à la liberté et à la sécurité de la personne dont M^{me} Rodriguez jouit en vertu de l'article 7 et indiqué que « toute disposition qui impose une période indéterminée de souffrance physique et psychologique induite à une personne dont la fin est proche ne peut de toute manière être conforme à aucun principe de justice fondamentale ».

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

La Cour a statué, à la majorité, que, bien que l'alinéa 241*b*) prive Sue Rodriguez du droit à la sécurité de sa personne que lui garantit l'article 7 de la *Charte*, cette privation est justifiée parce qu'elle est conforme aux principes de justice fondamentale. S'exprimant au nom de la majorité, le juge Sopinka a déclaré que le respect de la vie est un principe fondamental au sujet duquel il y a un consensus important au Canada. L'interdiction de l'aide au suicide reflète ce consensus et vise à protéger les personnes vulnérables qui pourraient être incitées à se donner la mort. À son avis, permettre l'aide au suicide porterait atteinte au principe du caractère sacré de la vie et donnerait à penser que l'État sanctionne le suicide. De plus, les craintes d'abus possibles et la difficulté que pose la formulation de garanties destinées à prévenir les abus font qu'il est nécessaire d'interdire l'aide au suicide.

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

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

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

Le juge en chef Lamer a fondé son opinion dissidente sur le paragraphe 15(1) de la *Charte*. Il a soutenu que l'alinéa 241*b*) crée une inégalité du fait qu'il empêche les personnes

physiquement incapables de mettre fin à leur vie sans aide, de choisir le suicide sans contrevenir à la loi; celles qui sont capables de mettre un terme à leurs jours sans aide, toutefois, peuvent le faire en toute impunité. Même s'il a dit craindre que la décriminalisation de l'aide au suicide accentue le risque que les handicapés physiques soient manipulés par d'autres personnes, il a affirmé que de telles conjectures ainsi que l'argument du « doigt dans l'engrenage » ne justifiaient pas l'imposition d'une restriction à ceux qui ne sont pas vulnérables et qui consentent librement à se donner la mort.

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

3. Autres affaires soumises aux tribunaux canadiens

En Colombie-Britannique, il y a eu une enquête sur le décès d'une fillette de 10 ans atteinte du syndrome de Rett, une affection neurologique rare qui cause notamment de graves troubles d'alimentation. Au moment de sa mort, Katie Lynn Baker ne pesait que 22 livres, était gravement handicapée et ne pouvait pas parler, de sorte qu'elle ne pouvait communiquer avec personne, sauf les proches qui lui dispensaient des soins. D'après le rapport du coroner, quand l'hospitalisation est devenue la seule façon de tenir la petite en vie, sa mère a cherché à savoir quelle était sa volonté 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.

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

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

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

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

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

Cette décision a fait l'objet d'un appel que la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse a rejeté en novembre 1998. Le juge Hamilton ne souscrivait pas, pour sa part, à la décision prise à l'issue de l'enquête préliminaire, estimant que des preuves avaient été présentées

au juge chargé de l'enquête qui auraient pu justifier un jury raisonnable à rendre un verdict de culpabilité d'homicide involontaire. Or, cela ne suffisait pas à casser la décision, dans la mesure où le juge Randall avait agi dans les limites de sa compétence, et la Cour suprême a jugé que tel était le cas. En décembre 1998, le ministère public a annoncé qu'il n'appellerait pas du verdict.

En 1998, un cas s'est produit au Manitoba qui a reculé la limite d'application des ordonnances de « ne pas réanimer » (DNR). Le 25 mai 1998, M. Andrew Sawatzky a été admis au Riverview Health Centre de Winnipeg souffrant de la maladie de Parkinson et de divers autres maux. Le médecin chargé de l'admission, le D^r Engel, estimait qu'il ne conviendrait pas de réanimer M. Sawatzky en cas d'arrêt cardiaque, mais il a consenti à la demande de son patient et a ordonné qu'on le réanime au besoin, en dépit de sa propre opinion sur la question.

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

L'état de M. Sawatzky continuant de se détériorer, le D^r Engel a fait une ordonnance DNR à la fin d'octobre 1998. M^{me} Sawatzky a engagé un avocat et demandé une injonction interlocutoire suspendant l'exécution de l'ordonnance DNR jusqu'à ce que sa cause soit entendue. L'hôpital défendeur s'est opposé à la requête aux motifs que (1) cela obligerait un médecin à administrer un traitement médical qu'il pourrait juger ne pas être dans le meilleur intérêt du patient et, ainsi, à enfreindre le Code de déontologie du Collège des médecins et que (2) rien dans la loi ne permet d'obliger un médecin à agir de la sorte.

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

ordonnance de « ne pas réanimer » à laquelle le patient ou la personne habilitée à approuver les traitements médicaux en son nom refuse de consentir?

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

Plus récemment, on a porté des accusations d'aide au suicide en Colombie-Britannique et au Québec. Le 5 novembre 2004, un tribunal de la Colombie-Britannique a acquitté Evelyn Martens, 73 ans, d'accusations d'avoir aidé et encouragé deux femmes à se suicider en 2002. M^{me} Martens était membre active de la Right to Die Society of Canada, avait fait parvenir de la documentation aux deux femmes et aurait apparemment admis avoir été présente au moment de leur décès. Le 28 septembre 2004, Marielle Houle a été accusée d'avoir aidé et encouragé son fils de 36 ans, un auteur dramatique bien connu, à se suicider.

4. Le droit de refuser un traitement médical

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

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

Dans la décision rendue en janvier 1992 dans l'affaire *Nancy B.*, la Cour supérieure du Québec a tranché qu'une patiente adulte capable, atteinte d'une maladie incurable et clouée au lit pour la vie avait le droit de demander à son médecin de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie. Dans sa décision, le juge Dufour a cité les articles du *Code civil du Québec* prévoyant que l'être humain est inviolable et que personne ne peut l'obliger à recevoir un traitement sans son consentement.

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

5. Les directives préalables

Certaines provinces ont tenté de régler la question du traitement médical dans les cas où le patient devient incapable. Les directives préalables sont maintenant considérées comme une solution possible. Communément appelée « testament biologique », une directive préalable est un document signé par une personne capable concernant les décisions en matière de soins de santé qui devraient être prises à son égard si elle devenait incapable de prendre de telles décisions. Dans le *Code civil du Québec*, la directive préalable est désignée sous le nom de « mandat ».

On peut classer les directives préalables dans deux catégories, soit

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

Le « jugement substitué » fait appel à des critères subjectifs pour tenter de déterminer quelle aurait été la décision de la personne incapable si cette personne avait pu prendre cette décision. Le tribunal prend en considération toute opinion au sujet de l'interruption d'un traitement essentiel au maintien de la vie que la personne aurait pu exprimer avant de

devenir incapable. Certains tribunaux ont adopté des exigences plus souples en matière de preuve et accepté les opinions occasionnelles et distantes exprimées par la personne incapable; d'autres encore ont tenu compte des convictions religieuses antérieures de la personne incapable, de ses choix de vie et des opinions de la famille et des amis au sujet du type de traitement qu'elle aurait choisi.

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

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

Beaucoup de ces problèmes découlent de la conception traditionnelle des directives préalables, que l'on croit fondées sur le principe de l'autonomie du patient, alors qu'en fait, on considère de plus en plus qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'un processus de planification et de communication qui aide les gens à se préparer à la mort en tenant compte des êtres qui leur sont chers. Rédiger des directives préalables en matière de soins médicaux peut faciliter les discussions entre les malades et leur famille ainsi qu'orienter et soutenir les fondés de pouvoir dans la prise des décisions difficiles qui leur incombent à l'égard des traitements de maintien de la vie. Lorsque les proches et les médecins communiquent bien, l'interprétation et l'application des directives préalables risquent beaucoup moins de susciter de problèmes. Les directives préalables facilitent le cheminement vers la mort, sont plus réconfortantes et réduisent au minimum le sentiment de culpabilité que pourrait éprouver l'aidant naturel.

De nos jours, on peut se procurer à peu près partout des formulaires de directives préalables, aussi appelées testaments biologiques. Il y en a même sur l'Internet (on trouvera le formulaire de testament biologique du Joint Centre for Bioethics de l'Université de Toronto à <http://www.utoronto.ca/jcb/lwdisclaimer/>).

6. Ligne directrices et rapports

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre du rapport, le Comité spécial a défini l'euthanasie comme « un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances ».

Le Comité a fait ensuite la distinction entre trois types d'euthanasie, tous interdits par le *Code criminel*. L'euthanasie est :

- volontaire, lorsqu'elle est pratiquée conformément aux vœux d'une personne capable;
- non volontaire, lorsqu'elle est pratiquée sans qu'on connaisse les vœux du patient;
- involontaire, lorsqu'elle est pratiquée à l'encontre des vœux d'une personne.

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

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

En novembre 1999, un sous-comité sénatorial a été institué pour voir si les recommandations unanimes faites dans *De la vie et de la mort* faisaient encore l'unanimité, cinq ans après la publication du rapport. Dans son rapport, présenté en juin 2000 et intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, le sous-comité concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicale nécessaires pour soigner les gens en phase terminale » (p. 3).

C. La situation dans les autres pays

1. Les États-Unis

En 1994, une cour fédérale de district à Seattle avait déclaré inconstitutionnelle une loi de l'État de Washington interdisant l'aide médicale au suicide. En mars 1995, une formation de trois juges de la Cour d'appel du neuvième circuit aux États-Unis a annulé cette décision, affirmant que le droit à l'aide médicale au suicide n'a pas sa place dans « les traditions de notre nation » et est contraire à la défense de la vie humaine, « qui est l'une des principales responsabilités de notre gouvernement constitutionnel ». Cependant, en mars 1996, la cause a

été de nouveau entendue devant la Cour du neuvième circuit, cette fois devant tous les juges, qui ont décidé, à une majorité de huit contre trois, que la loi de l'État de Washington interdisant l'aide médicale au suicide est bel et bien inconstitutionnelle et qu'elle viole le principe de liberté prévu en vertu des dispositions du quatorzième amendement touchant l'application régulière de la loi. La décision était exécutoire dans les neuf États de l'Ouest.

En avril 1996, une formation de trois juges de la Cour d'appel du deuxième circuit aux États-Unis a annulé à l'unanimité une loi semblable dans l'État de New York. La Cour a statué que la loi new-yorkaise, qui interdisait aux médecins d'aider les patients en phase terminale à mettre fin à leurs jours, violait la disposition relative à l'égalité de protection que garantit le quatorzième amendement; en effet, elle protégeait le droit des patients d'ordonner le débranchement d'appareils de survie, tout en interdisant un soulagement comparable à d'autres patients en phase terminale, soit les personnes capables qui ne sont pas maintenues en vie par des appareils.

Le 1^{er} octobre 1996, la Cour suprême des États-Unis a accepté d'entendre un appel des décisions des deux cours d'appel. Elle avait d'abord refusé d'entendre un appel d'une décision de la Cour de l'État du Michigan qui confirmait une loi interdisant l'aide au suicide, loi qui avait été adoptée après que le D^r Kevorkian eut commencé sa campagne pour aider les personnes en phase terminale à mourir.

Le 26 juin 1997, la Cour suprême a infirmé la décision des deux cours d'appel et confirmé les lois des États de Washington et de New York qui interdisent l'aide au suicide. Cependant, le fait que la Cour ait jugé ces deux lois constitutionnelles ne signifie pas qu'une loi autorisant l'aide au suicide serait automatiquement jugée inconstitutionnelle.

En novembre 1994, les électeurs de l'Oregon ont voté en faveur du projet de loi 16, selon lequel tout adulte en phase terminale résidant dans l'État et dont l'espérance de vie diagnostiquée serait de moins de six mois pourrait obtenir une ordonnance pour des médicaments lui permettant de mettre fin à ses jours. Les médecins seraient autorisés à délivrer une telle ordonnance, mais à certaines conditions :

- le patient devrait demander les médicaments deux fois de vive voix et une fois par écrit;
- il devrait obtenir l'avis d'un deuxième médecin;
- il devrait s'être écoulé au moins 15 jours depuis la première demande.

Des contestations judiciaires ont empêché la promulgation du projet de loi, et, en août 1995, un juge de la Cour de district l'a déclaré inconstitutionnel et invalide. Toutefois, en

octobre 1997, la Cour d'appel du neuvième circuit aux États-Unis a statué que les demandeurs n'avaient pas la capacité juridique de contester le projet de loi. Elle n'a pas tranché au sujet du bien-fondé constitutionnel de l'aide médicale au suicide, et la Cour suprême des États-Unis a rejeté une requête en appel. En juin 1997, l'assemblée législative de l'Oregon a décidé de soumettre la *Death with Dignity Act* à l'électorat une deuxième fois, soit en novembre 1997. Les électeurs de l'Oregon l'ont alors confirmée par une majorité de 60 p. 100.

Les adversaires de la *Death with Dignity Act* se sont vite mis à faire des démarches pour que le gouvernement fédéral fasse échec à l'initiative de l'État. En juin 1998, la secrétaire à la Justice, Janet Reno, annonçait que la *Controlled Substances Act* ne permettrait pas aux fonctionnaires fédéraux de poursuivre les médecins qui aideraient des patients à se suicider en Oregon. **Toutefois, sous l'actuelle administration Bush, le procureur général Ashcroft a annoncé qu'il allait entamer des poursuites contre les médecins de l'Oregon qui prescrivent des doses mortelles de médicaments relevant de la réglementation fédérale. Le gouvernement a d'abord essuyé un échec judiciaire, mais, le 9 novembre 2004, le procureur général a interjeté appel devant la Cour suprême des États-Unis.**

En février 1999, le Service de la santé de l'Oregon – qui a pour rôle de demeurer neutre et de recueillir de l'information sur le respect de la loi – a publié le premier rapport annuel sur la *Death with Dignity Act*. **Le 10 mars 2004, il publiait son sixième rapport annuel, décrivant la situation en 2003 :**

1998

Des médicaments mortels ont été prescrits à 24 patients, et 16 d'entre eux sont morts après les avoir pris (dont un en 1999).

En 1998, environ six décès pour chaque tranche de 10 000 décès recensés en Oregon ont résulté d'un suicide assisté par un médecin. Dix-neuf patients cancéreux sur chaque tranche de 10 000 victimes du cancer ont choisi de mettre fin à leurs jours avec l'aide d'un médecin.

2003

Quarante-deux médecins ont prescrit un total de 67 doses mortelles de médicaments. Trente-neuf des patients en question se sont suicidés avec l'aide d'un médecin; trois autres sont décédés en absorbant des médicaments prescrits au cours d'années précédentes; 18 sont morts des suites de leur maladie; et 10 étaient encore vivants à la fin de 2003.

Environ 14 décès sur chaque tranche de 10 000 ont résulté d'un suicide secondé par un médecin.

1998

La peur de ne pouvoir apaiser leurs souffrances et l'inquiétude relative aux conséquences financières de leur maladie n'ont pas motivé la décision de se suicider avec l'aide d'un médecin chez un nombre disproportionné de patients. Ce choix résultait surtout de la peur chez ces patients de perdre leur autonomie et le contrôle de leurs fonctions corporelles.

Les patients qui ont choisi de se suicider avec l'aide d'un médecin en 1998 ne différaient pas des autres Orégonais décédés des mêmes maladies en ce qui a trait à l'âge, à la race et au sexe. En moyenne, ils n'étaient ni plus pauvres (comme le révèle leur fiche Medicaid), ni moins instruits, ni moins assurés, ni privés d'accès à des soins palliatifs. Leur âge moyen était de 70 ans.

Beaucoup d'hôpitaux et de médecins de l'Oregon ont refusé d'aider des patients à se suicider. Les médecins qui ont prescrit des médicaments mortels à des patients pour les aider à se suicider appartenaient à diverses spécialités et divers groupes d'âge et ils comptaient un nombre variable d'années de pratique.

2. Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le terme « euthanasie » a un seul sens très clair et n'est habituellement pas qualifié par des adjectifs comme « volontaire » ou « involontaire ». L'euthanasie désigne l'action par laquelle un médecin agissant au nom d'un malade et conformément à des instructions très strictes met fin délibérément à la vie du malade.

Elle était auparavant interdite par le code pénal hollandais, qui dispose que quiconque inflige la mort à une autre personne à la demande explicite de cette personne commet un acte criminel punissable d'une peine maximale de 12 ans d'emprisonnement. Toutefois, bien qu'elle ait été un acte criminel, l'euthanasie était pratiquée aux Pays-Bas et ne faisait pas l'objet de poursuites tant que certaines directives étaient suivies. Ces directives ont été élaborées en

2003

En 2003, les trois préoccupations de fin de vie le plus souvent mentionnées étaient la perte d'autonomie, une capacité réduite de participer aux activités qui rendent l'existence agréable et une perte de dignité.

De façon générale, les gens s'étant suicidés avec l'aide d'un médecin souffraient plus souvent de néoplasies malignes, étaient plus jeunes et avaient un niveau d'instruction plus élevé que l'ensemble des personnes décédées en en Oregon.

On a rapporté des complications pour trois patients et, dans chaque cas, la régurgitation était en cause.

fonction des verdicts de non-responsabilité criminelle rendus par les tribunaux lorsque des accusations d'euthanasie ont été portées contre des médecins. En vertu de ces directives, il fallait réunir toutes les conditions suivantes :

- le malade devait exprimer explicitement et de manière répétée son désir de mourir;
- la décision du malade devait être bien informée, libre et durable;
- le malade devait éprouver des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective d'un soulagement (mais n'avait pas besoin d'être en phase terminale);
- toutes les autres solutions possibles avaient été épuisées (de sorte que l'euthanasie était un dernier recours) ou le malade devait avoir refusé les autres solutions possibles;
- l'euthanasie devait être exécutée par un médecin qualifié;
- le médecin devait consulter au moins un autre médecin (et pouvait aussi consulter d'autres professionnels de la santé);
- le médecin devait informer le coroner local que l'euthanasie avait été pratiquée.

Avant 1990, il n'existait pas d'estimations fiables de l'ampleur de l'euthanasie aux Pays-Bas. En septembre 1991, la Commission Rummelink (une commission du gouvernement néerlandais chargée de faire enquête sur l'euthanasie et d'autres décisions médicales relatives à la fin de la vie) a indiqué que ses études scientifiques avaient permis de conclure qu'environ 2 300 euthanasies avaient été pratiquées l'année précédente aux Pays-Bas, ce qui représentait 1,8 p. 100 des décès de l'année en question. Les demandes d'euthanasie (environ 9 000) avaient été beaucoup plus nombreuses que les euthanasies proprement dites (environ 2 300). De plus, la plupart des malades qui avaient demandé l'euthanasie (environ 70 p. 100) étaient des cancéreux en phase terminale.

En février 1993, la Chambre basse du Parlement des Pays-Bas a adopté une loi sur la procédure de déclaration des cas d'euthanasie. Cette loi ne légalisait pas l'euthanasie, mais elle garantissait l'immunité de poursuite aux médecins qui respectaient certaines lignes directrices.

En 1994, la Cour suprême des Pays-Bas a tranché un cas controversé, l'affaire *Chabot*, et déclaré, strictement parlant, le D^r Chabot coupable d'aide au suicide. La patiente du D^r Chabot, Hilly Boscher, avait 50 ans et ne voulait tout simplement plus vivre. Elle avait vécu

un mariage violent, un de ses fils s'était suicidé et un second était mort du cancer. Elle souffrait de dépression depuis 20 ans et avait tenté de se suicider tout de suite après le décès de son deuxième fils. Elle était décidée à se suicider, mais voulait le faire humainement, de façon à ne troubler personne.

Le D^r Chabot a travaillé avec elle dans l'espoir de la faire changer d'avis et lui a suggéré de tenir un journal, qui a fait ressortir la volonté arrêtée qu'avait M^{me} Boscher de mourir. Même s'il n'a pas diagnostiqué de maladie physique ou psychiatrique, le D^r Chabot était d'avis que M^{me} Boscher vivait depuis longtemps une intense souffrance psychique, sans espoir d'amélioration. Il a envoyé des transcriptions des sessions de thérapie à sept collègues spécialistes qui se sont tous rangés à son avis. Considérant la situation sans espoir, le D^r Chabot a cru que le moindre des deux maux était de donner à sa patiente le moyen de se suicider sans douleur et de la façon la moins violente possible.

La Cour suprême a accepté le principe voulant que l'aide au suicide soit justifiée même en l'absence de maladie physique, quand il y a une souffrance émotive ou mentale intense. Cependant, elle a précisé qu'il faut faire preuve d'une extrême prudence dans ces situations. À son avis, le D^r Chabot avait enfreint les exigences procédurales, puisqu'aucun des sept spécialistes consultés n'a examiné personnellement M^{me} Boscher. Néanmoins, la Cour s'est refusée à imposer une peine au D^r Chabot, témoignant sans doute de l'ambivalence qu'inspire une situation aussi difficile. La question de l'aide au suicide pour soulager la souffrance non somatique (ou non physique) reste litigieuse.

En 1995, les tribunaux néerlandais ont tranché deux affaires semblables où des médecins ont enlevé la vie à des nouveau-nés gravement handicapés, qui souffraient et allaient sans doute mourir dans les prochains mois. Dans les deux cas, le médecin a agi à la demande expresse des parents de l'enfant. Ces affaires illustrent de façon troublante l'écart qui existe entre le droit des parents de refuser un traitement pour leur enfant, même si la mort est l'issue inévitable, et leur incapacité de soulager la douleur pendant la phase terminale.

En août 1995, l'Association médicale royale des Pays-Bas a adopté de nouvelles directives en matière d'euthanasie et d'aide au suicide. C'est maintenant le patient, quand c'est possible, plutôt que le médecin, qui doit administrer le médicament. Les nouvelles directives soulignent également que le deuxième médecin consulté doit être une personne d'expérience qui n'a aucun lien professionnel ou familial avec le patient ou le premier médecin.

En août 1999, le ministre de la Justice et celui de la Santé ont déposé à la Chambre basse du Parlement un projet de loi visant à légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. La mesure a été adoptée à la Chambre basse le 28 novembre 2000 par 104 voix contre 50 et au Sénat le 10 avril 2001 par 46 voix contre 28. **La Loi est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002.**

La nouvelle loi ne change rien, pour le fond, aux motifs pour lesquels l'euthanasie (le fait de mettre fin à la vie d'une personne à sa demande) et le suicide médicalement assisté sont permis, mais précisent davantage les critères déjà énoncés de diligence raisonnable déjà énoncés dans la loi actuelle. Ainsi, le médecin doit :

- être convaincu que le patient fait sa demande de son plein gré et qu'il l'a bien mûrie;
- être convaincu que les souffrances du patient sont intolérables et qu'il n'existe aucune possibilité d'amélioration de son état;
- informer le patient de son état et de son pronostic;
- discuter de la situation avec le patient jusqu'à ce que tous deux conviennent qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable;
- consulter au moins un autre médecin étranger au cas, lequel médecin doit alors voir le patient et attester par écrit que son médecin traitant a respecté les critères de diligence raisonnable énoncés ci-dessus;
- mettre fin à la vie du patient ou l'aider à y mettre fin en lui prodiguant tous les soins médicaux et l'attention requis.

L'élément le plus controversé de la nouvelle loi était une disposition permettant aux enfants de demander l'euthanasie ou l'aide médicale au suicide dès l'âge de 12 ans, mais le texte qui a été adopté reprend les exigences de la *Loi sur les contrats de traitement médical*, qui exige le consentement des parents lorsque la demande émane d'un malade âgé de moins de 16 ans. En principe, les jeunes de 16 et 17 ans peuvent prendre la décision eux-mêmes, mais leurs parents doivent toujours participer aux discussions qu'ils ont à ce sujet avec leurs médecins.

En juin 2004, un article paru dans *The Lancet* faisait valoir qu'on pourrait assouplir la réglementation stricte de l'euthanasie aux Pays-Bas, entre autres parce qu'elle pourrait donner lieu à des sous-déclarations. En ce qui concerne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies non terminales, la situation demeure quelque peu ambiguë.

3. L'Australie

En février 1995, le ministre en chef du Territoire du Nord, en Australie, a présenté à l'Assemblée législative un projet de loi d'initiative parlementaire sur les droits des personnes en phase terminale, le *Rights of the Terminally Ill Bill (1995) (NT)*. L'intention du projet de loi était de donner aux personnes en phase terminale le droit de demander l'aide d'une personne compétente sur le plan médical pour s'enlever volontairement la vie. Un comité spécial sur l'euthanasie a été formé pour étudier le projet de loi et en faire rapport à l'Assemblée législative. En mai 1995, après avoir apporté plus d'une cinquantaine d'amendements au projet de loi, l'Assemblée législative l'a adopté dans une proportion de 15 voix contre 10. Le Territoire du Nord est ainsi devenu le premier ressort au monde à légaliser l'euthanasie et le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin.

Chose peu surprenante, le projet de loi a entraîné une controverse considérable, tant en Australie qu'à l'échelle internationale. On a exigé l'abrogation de la loi et le gouverneur général de l'Australie a été exhorté à l'annuler en vertu de la *Northern Territory (Self-Government) Act, 1978*; cependant, l'Administrateur du Territoire du Nord a sanctionné la loi en juin 1995 et son règlement d'application en juin 1996. Celui-ci est entré en vigueur, en même temps que la *Loi* elle-même, le 1^{er} juillet 1996. Entre-temps, l'Assemblée législative du Territoire du Nord avait de nouveau amendé le projet de loi, portant à trois, au lieu de deux, le nombre de médecins concernés, dont un devrait être un psychiatre reconnu et un autre, un spécialiste de la maladie dont souffrait le patient visé.

La *Rights of the Terminally Ill Act 1995 (NT)* comprenait de nombreuses mesures de sécurité administratives et mentionnait à plusieurs reprises le traitement et les niveaux de souffrance « acceptables pour le patient ». L'article 4 énonçait l'essence de l'orientation de la *Loi* :

Un patient souffrant d'une maladie fatale, qui vit une douleur, des souffrances ou une détresse qui lui sont inacceptables, peut demander à son médecin de l'aider à mettre fin à ses jours. [Traduction]

Une « maladie fatale » était une maladie qui entraînerait la mort du patient à moins que des mesures extraordinaires ou un traitement inacceptable aux yeux du patient ne

soient appliqués. Un médecin qui recevait une demande d'aide et qui suivait toute la procédure prescrite dans la *Loi* pouvait légalement aider ce patient à mettre fin à ses jours. Il pouvait s'agir de prescrire ou de préparer une substance qui était administrée au patient ou que celui-ci prenait de lui-même. Le médecin pouvait aussi, à tout moment et pour n'importe quelle raison, refuser d'accorder une telle aide.

Il y avait d'autres critères à respecter :

- le patient devait avoir au moins 18 ans;
- le patient ne devait pas disposer de soins palliatifs pouvant soulager suffisamment à ses yeux sa douleur et sa souffrance;
- il devait y avoir deux périodes d'attente, totalisant neuf jours, entre la première demande au médecin et le moment où l'aide était accordée.

Pour empêcher le projet de loi d'entrer en vigueur, le président de la section du Territoire du Nord de l'Association médicale australienne, le D^r Wake, et un dirigeant aborigène, le révérend Gondarra, ont contesté sa validité. Ils ont argué notamment que l'exercice du pouvoir législatif par l'Assemblée législative est assujéti à l'obligation de protéger un « droit à la vie » inaliénable, profondément enraciné dans le système démocratique du gouvernement et la common law. Dans une décision majoritaire de deux contre un, la Cour a confirmé le projet de loi, affirmant qu'il ne lui incombait pas de décider si les dispositions violaient un droit fondamental puisque, en l'absence d'une déclaration des droits inscrite dans la Constitution, la question était de nature éthique, morale ou politique plutôt que juridique.

Selon certains critiques, la *Loi* modifiée était trop lourde pour être mise en application; pourtant, la controverse a encore une fois fait rage à la fin septembre 1996, quand un homme de Darwin est devenu la première personne à invoquer la *Loi* avec succès. Le patient en question souffrait de cancer de la prostate depuis cinq ans et, selon les rapports des médias, l'injection létale a été déclenchée par un ordinateur portatif au moyen duquel le patient a confirmé sa volonté de mourir. Trois autres personnes ont eu recours aux dispositions de la *Loi* avant que celle-ci ne soit abrogée par le Parlement national.

En vertu de l'article 122 de la Constitution australienne, le Parlement du Commonwealth a pleins pouvoirs d'adopter des dispositions législatives qui l'emportent sur les lois territoriales. En septembre 1996, M. Kevin Andrews, simple député du gouvernement, a déposé un projet de loi d'initiative parlementaire visant à annuler la loi du Territoire du Nord sur

l'euthanasie. Le projet de loi a été adopté par la Chambre des représentants le 9 décembre 1996 et par le Sénat le 24 mars 1997.

4. Autres pays

Les décisions relatives à l'interruption de la vie ont causé des controverses assez fortes au Royaume-Uni. En décembre 1999, une députée britannique, M^{me} Ann Winterton, qui avait obtenu la première place lors du tirage au sort des affaires émanant des députés, annonçait son intention de présenter un projet de loi visant à interdire aux médecins de causer intentionnellement la mort de leurs patients.

L'euthanasie est illégale partout au Royaume-Uni, mais la loi permet de ne pas ou de ne plus administrer à certains patients un traitement qui prolongerait leur vie et, ainsi, de hâter leur mort. La question a retenu l'attention en 1993, lorsque les parents et les médecins d'un jeune homme, Tony Bland – qui vivait depuis des années dans un état végétatif persistant –, ont demandé aux tribunaux la permission de cesser d'alimenter et d'hydrater artificiellement le patient. La Chambre des lords a alors décidé que l'alimentation et l'hydratation artificielles constituaient un traitement médical et qu'on pouvait par conséquent les interrompre légalement, l'interruption constituant une omission, et non un acte. D'autres cas ultérieurs ont permis d'établir qu'il y a des circonstances dans lesquelles les médecins peuvent légalement cesser d'offrir un traitement prolongeant la vie lorsqu'il devient évident que la qualité de vie procurée par le traitement est intolérable pour le patient.

En juin 1999, la British Medical Association (BMA) a publié des lignes directrices sur la non-administration ou l'interruption des traitements qui prolongent la vie, notamment l'alimentation et l'hydratation artificielles. Au début de décembre 1999 ont paru dans les journaux divers articles selon lesquels les hôpitaux publics laissaient leurs patients âgés mourir de faim. M^{me} Winterton en a conclu que si de plus en plus de gens, surtout chez les personnes handicapées ou âgées, craignaient d'être hospitalisées, c'était parce que les lignes directrices de la BMA permettaient de cesser d'administrer des traitements médicaux, y compris l'alimentation sous perfusion, à des patients qui n'étaient pas mourants.

Aux termes du projet de loi de M^{me} Winterton, le Medical Treatment (Prevention of Euthanasia) Bill, nulle personne chargée d'administrer des soins médicaux à un patient n'aurait pu légalement refuser ou cesser d'administrer un traitement médical ou d'assurer la

subsistance du patient uniquement ou notamment pour hâter ou causer directement la mort du patient. Selon la députée, son projet de loi ne visait pas à forcer les médecins à s'acharner à maintenir en vie leurs patients mourants ou à administrer des traitements inefficaces ou trop coûteux pour les patients, mais plutôt à empêcher les médecins ou qui que ce soit d'autre de faire de la qualité de vie des patients le facteur déterminant dans leur décision de refuser ou d'interrompre un traitement. Le débat sur le projet de loi a été ajourné en avril 2000 et la mesure a été abandonnée.

La question demeure controversée en Grande-Bretagne et, en juillet 2004, la Chambre des lords a mis sur pied un comité spécial chargé d'étudier, en vue d'en faire rapport, un projet de loi d'initiative parlementaire intitulé *Assisted Dying for the Terminally Ill*, qui permettrait à un adulte malade et sain d'esprit en phase terminale de réclamer l'aide d'un médecin pour mettre fin à ses jours dans des circonstances particulières. On s'attend à ce que le Comité dépose son rapport à la fin de 2004 ou au début de 2005.

En 2002, la Belgique a légalisé l'euthanasie, sous réserve du respect de certains critères stricts.

La Suisse considère que l'aide au suicide est un crime uniquement lorsqu'elle est imputable à un motif égoïste. Dans le cas contraire, elle est légalement admise et ne nécessite pas la participation d'un médecin. L'euthanasie demeure illégale, bien qu'elle fasse l'objet d'un débat persistant.

En France, le ministre de la Santé a rouvert le débat sur l'euthanasie dans une entrevue publiée dans *Le Figaro* en août 2004. Philippe Douste-Blazy a réclamé l'adoption d'une loi assurant le droit de mourir dans la dignité, tout en excluant la légalisation de l'euthanasie. Il a laissé entendre qu'un projet de loi définissant les options juridiques des patients en phase terminale serait déposé à l'Assemblée nationale avant la fin de l'année.

MESURES PARLEMENTAIRES

Jusqu'en 1991, année où des projets de loi d'initiative parlementaire sur la question ont été déposés à la Chambre des communes, l'euthanasie n'avait été évoquée

qu'occasionnellement dans les débats à la Chambre. En peu de temps, deux projets de loi ont été déposés à la Chambre des communes. D'abord le projet de loi C-203, déposé par le député Robert Wenman (Fraser Valley West) le 16 mai 1991, puis le projet de loi C-261, déposé par le député Chris Axworthy (Saskatoon – Clark's Crossing) le 19 juin 1991. (M. Wenman avait déposé en mars 1991 le projet de loi C-351 qui était mort au *Feuilleton* à la fin de la session parlementaire.) Le projet de loi de M. Axworthy comprenait la plupart des dispositions prévues dans le projet de loi de M. Wenman au sujet de l'« euthanasie passive », mais il aurait élargi leur portée pour permettre l'« euthanasie active ».

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

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

Le projet de loi de M. Axworthy, par contre, n'établissait aucune distinction entre l'euthanasie passive – permettre à des personnes de mourir en interrompant ou en n'entretenant pas un traitement – et l'euthanasie active – notamment administrer une dose mortelle d'un médicament. Ce projet de loi comprenait les mêmes dispositions disculpatoires que celui de M. Wenman, mais en ajoutait d'autres qui auraient légalisé l'euthanasie active dans certaines conditions. Le projet de loi proposait qu'une personne souffrant d'une affection irrémédiable

puisse demander à un arbitre de lui délivrer un « certificat euthanasique » afin d'autoriser l'euthanasie.

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

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

En décembre 1992, le député Svend Robinson a déposé à la Chambre des communes un projet de loi d'initiative parlementaire ayant pour objet de permettre le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin.

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

En février 1994, M. Robinson a présenté un autre projet de loi d'initiative parlementaire afin de légaliser le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin pour les malades en phase terminale. Le projet de loi de a fait l'objet d'un débat et a été rayé du *Feuilleton*.

Le 23 février 1994, le Sénat a adopté une motion visant à créer un comité spécial chargé d'examiner les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté et d'en faire rapport. Le Comité spécial a publié son rapport, intitulé *De la vie et de la mort*, en juin 1995.

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

En novembre 1999, un sous-comité sénatorial a été institué pour voir si les recommandations unanimes faites dans *De la vie et de la mort* faisaient encore l'unanimité, cinq ans après la publication du rapport. Dans son rapport, présenté en juin 2000 et intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, le sous-comité concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicale nécessaires pour soigner les gens en phase terminale » (p. 3).

CHRONOLOGIE

- 1983 - La Commission de réforme du droit du Canada recommande que l'euthanasie volontaire active ne soit ni légalisée ni décriminalisée. Elle recommande également que l'aide au suicide rendue à un malade en phase terminale ne soit pas décriminalisée.
- juin 1987 - La Commission de réforme du droit du Canada publie ses propositions de modification du *Code criminel*. Ces propositions comprennent la recommandation que l'euthanasie soit considérée comme un meurtre au deuxième degré (« meurtre ordinaire ») plutôt que comme un meurtre au premier degré (« meurtre prémédité »). Le meurtre au deuxième degré n'entraînerait aucune peine d'emprisonnement fixe ou minimale.
- 16 mai 1991 - Le projet de loi d'initiative parlementaire C-203 : Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) est lu pour la première fois à la Chambre des communes.
- 19 juin 1991 - Le projet de loi d'initiative parlementaire C-261 : Loi légalisant dans certaines conditions l'administration de l'euthanasie est lu pour la première fois à la Chambre des communes.
- 10 septembre 1991 - Aux Pays-Bas, la Commission Remmelink publie les résultats de la première étude exhaustive sur les pratiques euthanasiques néerlandaises.
- 24 septembre 1991 - Le projet de loi C-203 : Loi modifiant le Code criminel (personnes en phase terminale) est lu pour la deuxième fois et renvoyé au Comité H. Le comité entreprend ses audiences sur le projet de loi le 29 octobre 1991.
- 24 octobre 1991 - Le projet de loi C-261 : Loi légalisant l'administration de l'euthanasie est débattu en deuxième lecture et retiré du *Feuilleton*.

- 6 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.
- 30 janvier 1992 - Un médecin ontarien est accusé de meurtre au deuxième degré relativement au décès d'un cancéreux gravement malade. Le patient serait décédé d'un arrêt cardiaque après qu'on lui aurait administré de la morphine et du chlorure de potassium.
- 18 février 1992 - Le Comité législatif H sur le projet de loi C-203 ajourne *sine die*.
- août 1992 - Scott Mataya, un infirmier de Toronto qui avait été accusé de meurtre au premier degré pour le meurtre par compassion d'un patient en phase terminale, plaide coupable à une accusation moins grave, soit celle d'avoir administré une substance nocive. Il est condamné avec sursis et se voit retirer sa licence d'infirmier.
- 22 mars 1993 - Les députés de la Chambre des communes rejettent une motion qui demandait au gouvernement d'envisager d'adopter une loi sur la question de l'euthanasie et de garantir l'immunité de poursuite aux personnes qui aident des malades en phase terminale à mourir.
- avril 1993 - Un médecin ontarien qui a injecté une substance mortelle à un cancéreux gravement malade reçoit une sentence suspendue de trois ans après avoir plaidé coupable à une accusation d'administration d'une substance dangereuse dans le but de mettre la vie en danger. Le médecin avait d'abord été accusé de meurtre au deuxième degré, mais cette accusation a été retirée.
- 30 septembre 1993 - Dans une décision à cinq contre quatre, la Cour suprême du Canada rejette l'appel de Sue Rodriguez, qui contestait la validité de l'interdiction de l'aide au suicide prévue au *Code criminel* en vertu de la *Charte canadienne des droits et des libertés*.
- 3 novembre 1993 - Le ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique diffuse des lignes directrices aux procureurs de la Couronne sur la mise en accusation de personnes ayant pris part à des cas d'euthanasie active et d'aide au suicide.
- 12 février 1994 - Sue Rodriguez se suicide avec l'aide d'un médecin. La police fait enquête, mais ne porte pas d'accusation criminelle.
- 14 février 1994 - Le ministre de la Justice, M. Allan Rock, déclare que l'interruption des traitements et l'aide au suicide constituent des questions qui devraient être étudiées par le Parlement.

- 15 février 1994 - Le premier ministre Chrétien déclare que les députés participeront à un vote libre sur la légalisation du suicide réalisé avec l'aide d'un médecin.
- 16 février 1994 - Un projet de loi d'initiative parlementaire, le projet C-215 : Loi modifiant le Code criminel (aide au suicide), franchit l'étape de la première lecture à la Chambre des communes. Ce projet de loi fait l'objet d'un débat et est rayé du *Feuilleton* le 21 septembre 1994.
- 23 février 1994 - Un comité sénatorial spécial est constitué et chargé d'examiner les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et de l'aide au suicide et d'en faire rapport.
- novembre 1994 - Robert Latimer est reconnu coupable du meurtre au deuxième degré par asphyxie de sa fille de 12 ans, Tracy, gravement handicapée; il est condamné à l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans.
- juin 1995 - Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté publie son rapport, intitulé *De la vie et de la mort*.
- février 1997 - La Cour suprême du Canada ordonne que Robert Latimer subisse un nouveau procès.
- mai 1997 - La D^{re} Nancy Morrison est accusée du meurtre au premier degré d'un patient en phase terminale débranché de l'appareil de survie.
- décembre 1997 - Robert Latimer, reconnu coupable de meurtre au deuxième degré, est condamné à une peine de deux moins un jour, malgré le fait que la peine minimale prévue par la loi soit de dix ans.
- février 1998 - Un juge de la Nouvelle-Écosse statue que les preuves sont insuffisantes pour qu'un jury condamne la D^{re} Nancy Morrison, et il refuse de la citer à procès.
- novembre 1998 - La Cour d'appel de la Saskatchewan confirme le verdict rendu contre Robert Latimer et le condamne à la détention à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant dix ans.
- juin 2000 - Le sous-comité sénatorial institué pour voir si les recommandations unanimes faites dans *De la vie et de la mort* en 1995 font encore l'unanimité présente son rapport, intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*.
- janvier 2001 - La Cour suprême du Canada maintient le jugement de la Cour d'appel de la Saskatchewan à l'égard de Robert Latimer.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

Cica, Natasha. *Euthanasia – The Australian Law in an International Context*; « Part I: Passive Voluntary Euthanasia », « Part II: Active Voluntary Euthanasia ». Documents de recherche 3 et 4, Bibliothèque parlementaire, Australie, 1996
<http://www.aph.gov.au/library/pubs/rp/1996-97/97rp3.htm>;
<http://www.aph.gov.au/library/pubs/rp/1996-97/97rp4.htm>.

Commission de réforme du droit du Canada.

- *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, 1982.
- *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport 20, 1983.

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

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

Kluge, Eike-Henner. *The Ethics of Deliberate Death*, New York, Port Washington Kennikat Press, 1981.

Mullens, Anne.

- *Euthanasia: Dying for Leadership*, Rapport spécial d'Anne Mullens, récipiendaire du sixième Atkinson Fellowship in Public Policy, 1994, Toronto, Atkinson Charitable Foundation, 1994.
- *Timely Death: Considering Our Last Rights*, Toronto, A.A. Knopf Canada, 1996.

Sénat du Canada. *De la vie et de la mort*, Rapport du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté, juin 1995.

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

Van Der Maas, Paul J. *et al.* « Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life », *The Lancet*, vol. 338, 14 septembre 1991, p. 669-674.

JURISPRUDENCE

Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec (1992), 86 D.L.R. (4th) 385 (C.S. Qc.).

Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) (1993), 24 C.R. (4th) 281 (C.S.C.).

R. c. Latimer, [2001] 1 R.C.S. 3.