Suicide assisté, Meurtre par compassion et Euthanasie

Question de droit ou de morale ?
Où en sommes nous ?

Barreau du Québec
Formation professionnelle
15 février 2013 – Montréal

Me Hélène Montreuil,
Avocate et chargée de cours en droit et éthique
Université du Québec à Rimouski

Me Hélène Montreuil © Février 2013

Votre présentatrice

Me Hélène Montreuil

Avocate

Présentation de Me Hélène Montreuil I

- **Me Hélène Montreuil, LL.L., Di. Adm., D.E.S.S., M.B.A., CCVM et B.Ed. est avocate en pratique privée depuis 1976. Elle enseigne également le droit, le management, la gestion des ressources humaines, le développement organisationnel et l'éthique au Département des sciences de la gestion et au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski depuis 1984.**

- **Elle a étudié à l'Université du Manitoba, à l'Université Laval, à l'Université d'Ottawa, à l'Université de Paris I Panthéon-Sorbonne et à l'Université du Québec à Rimouski en Common Law, en Droit civil, en Ressources humaines et organisation, en Administration, en Éducation et en Éthique.**

Présentation de Me Hélène Montreuil II

- Elle a écrit de nombreux livres d'administration et de droit et présenté plusieurs mémoires tant devant la Chambre des Communes à Ottawa que devant l'Assemblée nationale du Québec.
- Elle a également prononcé de nombreuses conférences et donné de la formation au Canada et aux États-Unis.
- Elle concentre ses activités principalement en droit du travail et en droit de la personne.
- Dans la jurisprudence et dans l'actualité, elle est connue sous le nom de Micheline Montreuil.
- Voir : www.micheline.ca

Les livres écrits ou coécrits par Hélène Montreuil

2012 - Les affaires et le droit

1999 - Le droit, la personne et les affaires, 2e édition

1994 - Le droit, la personne et les affaires

1993 - Organisation et dynamique de l'entreprise - Approche systémique, 2e éd

1991 - Initiation au droit commercial

1990 - Organisation et dynamique de l'entreprise - Approche systémique

1988 - Droit des affaires, 2e édition

1986 - Droit des affaires

1984 - Le marketing

1984 - Introduction à la comptabilité de gestion

1983 - L'entreprise d'aujourd'hui

1983 - L'entreprise et la gestion des opérations

1973 - Principes de base de la natation et du sauvetage

Les diplômes de Hélène Montreuil

2007 - Brevet d'enseignement – Ministère de l'éducation du Québec

2006 - Baccalauréat en éducation - Université du Québec à Rimouski

1981 - Cours sur le commerce des valeurs mobilières - ICVM

1978 - Maitrise en administration des affaires - Université Laval

1977 - D.E.S.S. en RH - Université de Paris I - Panthéon-Sorbonne

1976 - Diplôme en administration - Université Laval

1974 - Attestation d'études en Common Law - University of Ottawa

1974 - Licence en droit - Université Laval

1973 - Attestation d'études en Common Law - University of Manitoba

Pour rejoindre Me Hélène Montreuil

- **Me Hélène Montreuil, avocate**
- **1050, rue François-Blondeau**
- **Québec, Québec**
- **G1H 2H2**

- **Téléphone : 418-621-5032**
- **Télécopieur : 418-621-5092**
- **Courriel : helene@maitremontreuil.ca**
- **Site : www.maitremontreuil.ca**

- **Les textes des conférences de Me Hélène Montreuil sont disponibles à :**

- **www.maitremontreuil.ca**
- **Onglet : Conférences et animation**

Table des matières

- Quelques définitions pertinentes 6
- Le Code criminel et la mort 14
- Articles pertinents du Code criminel 20
- Commentaires sur le Code criminel 37
- L'éthique, la morale, le droit et les droits 40
- Le caractère sacré de la vie 50
- Le juge, le droit et l'éthique 52
- L'évolution du droit et de la science 59
- Bioéthique ou éthique de la vie 77
- Commission de réforme du droit du Canada 81
- Sénat 83
- Chambre des Communes 88
- Directives préalables 93
- Rapport de la Commission – Mourir dans la dignité 98

Table des matières II

- Jurisprudence 126
- Chantal Sébire 129
- Sue Rodriguez 135
- Nouveautés depuis Sue Rodriguez 147
- Gloria Taylor 149
- Ginette Leblanc 153
- Nancy B. 155
- Robert Corbeil 157
- Conclusions de Nancy B. et Robert Corbeil 163
- Karen Ann Quinlan 166
- Nancy Morrison 168
- Robert Baxter 171
- Clara Blanc 175

Table des matières III

- Andrew Sawatzky 178
- Stéphan Dufour 182
- Reine c. Y. P. 185
- Robert Latimer 190
- Marielle Houle 202
- André Bergeron 213
- Marie Humbert 221
- Léonie Crevel 232
- Lydie Debaine 236
- Dignitas – Suisse 240
- Position du Barreau du Québec 245
- Bibliographie 255

Quelques définitions I

- Un **homicide** est l'action d'une personne qui tue une autre personne.
- Dans la majorité des sociétés, quelle qu'en soit la raison, l'acte d'homicide est considéré comme un crime très grave.
- Selon les pays, les lois distinguent les homicides en catégories de différentes gravités.

Quelques définitions II

- Un **homicide volontaire** se produit lorsqu'une personne en **tue une autre volontairement**, comme tirer sur quelqu'un avec l'intention de le tuer.
- Un **homicide involontaire** se produit lorsqu'une personne en **tue une autre involontairement**, en commettant un délit ou un crime ou par négligence criminelle.
- Un **homicide accidentel** se produit lorsqu'une personne en **tue une autre accidentellement** alors qu'elle ne pouvait pas prévoir que son acte soit la cause d'un décès, comme donner un produit à quelqu'un qui lui cause une allergie mortelle, ou que cet acte soit purement accidentel comme écraser une personne qui surgit inopinément entre deux voitures.

Quelques définitions III

- Le **suicide** est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.
- Le suicide est donc l'acte par lequel une personne se donne la mort :
  - pour **mettre fin à une douleur insupportable**, ou
  - pour **mettre fin à une situation désespérée**.
- Le **Suicide assisté** ou **aide au suicide** est l'acte par lequel une personne fournit à une autre personne un environnement ou des moyens nécessaires pour que cette autre personne se donne la mort.
- L'aide au suicide demande une **manifestation claire et libre de la volonté de mourir**.

Quelques définitions IV

- Le **Meurtre** est un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui.
- Le **Meurtre par compassion** est un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui mais dans le but de le soulager d'une souffrance qui :
  - lui cause une **douleur insupportable**, ou
  - lui rend la **vie insupportable**, ou
  - lui **enlève toute qualité de vie.**
- Le but ou **l'intention** est donc la différence entre le meurtre et le meurtre par compassion.

Quelques définitions V

- Pour qu'il y ait un **meurtre par compassion**, il faut que la personne qui décède **ait exercé des pressions à un niveau tel sur l'auteur de sa mort** que ce dernier s'est senti **dans l'obligation de lui donner la mort**.
- La différence entre le suicide assisté et le meurtre par compassion est donc assez simple à comprendre.
- Dans le **suicide assisté**, la personne qui décède **demande à une personne de l'aider à mourir** et cette personne l'aide à mourir en :
  - lui fournissant le breuvage mortel
  - l'aidant à boire le breuvage mortel
  - l'assistant dans l'installation d'un dispositif pour mourir
- mais **sans la pression du meurtre par compassion**; on peut parler d'une forme d'aide rationnelle et sans passion.

Quelques définitions VI

- L'**euthanasie** est un acte qui consiste **à provoquer intentionnellement la mort d'autrui**, **mais sans le consentement de la personne qui meurt**.
- En voici quelque cas :
  - **Le professionnel de la santé qui décide qu'il est temps de laisser mourir un patient.**
  - **La personne qui décide qu'il est temps de laisser mourir un parent ou un ami.**
- Dans le premier cas, il n'y a généralement pas d'accusation portée au criminel car ce qui s'est produit est considéré comme **un acte médical**.
- Dans le deuxième cas, il y a généralement une accusation portée au criminel car ce qui s'est produit est considéré comme **un meurtre ou un homicide**.

Quelques définitions VII

- L'**arrêt de traitement** est différent de l'**euthanasie**.
- Dans le cas de l'**arrêt de traitement**, il y a une personne qui donne son **consentement** pour arrêter le traitement.
- Cette personne qui donne le consentement peut être :
  - **La personne qui va décéder**
  - **Son conjoint**
  - **Un membre de sa famille**
  - **Un mandataire**
- Dans ce cas, il n'y a **pas d'accusation portée au criminel** car la personne qui va décéder ou son mandataire a le **droit de demander un arrêt de traitement**.
- Ce n'est pas un suicide assisté, ni un meurtre par compassion ni un cas d'euthanasie.

Quelques définitions VIII

- Dans le cas d'un **arrêt de traitement**, le médecin est autorisé à apporter des **soins de confort**.
- Un soin de confort sert généralement **à apaiser la douleur** comme un analgésique.
- Un soin de confort peut aussi être une dose de narcotique plus forte que la normale **dans le but de soulager la douleur**, **mais qui aura pour effet indirect d'accélérer la mort de la personne**.
- **L'intention de soulager la douleur est plus importante que l'intention de laisser mourir la personne**, mais il est évident que dans une situation de fin de vie, la personne mourra dans un avenir plus ou moins rapproché.

Le Code criminel et la mort I

- Un certain nombre de dispositions du **Code criminel** ont une incidence sur **l'euthanasie**, le **suicide assisté**, le **meurtre par compassion** et **l'interruption de traitement**.
- Dans le **contexte médical**, un médecin qui, à la demande d'un patient, contribuerait à la mort de ce patient, **serait criminellement responsable du décès de ce patient**.
- Dans le **contexte privé**, une personne qui, à la demande d'une autre personne, contribuerait à la mort de cette personne, **serait criminellement responsable du décès de cette personne**.

Le Code criminel et la mort II

- Voici les articles du **Code criminel** qui traitent de la mort :
  - 14 - Suicide assisté
  - 45 - Opérations chirurgicales
  - 215 - Devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence
  - 216 - Obligation des personnes qui pratiquent des opérations dangereuses
  - 217 - Obligation des personnes qui s'engagent à accomplir un acte
  - 219 - Négligence criminelle
  - 220 - Causer la mort par négligence criminelle
  - 221 - Causer des lésions corporelles par négligence criminelle
  - 222 - Homicide
  - 229 - Meurtre
  - 231 - Classification des meurtres
  - 234 - Homicide involontaire coupable
  - 245 - Administrer un poison ou une substance délétère
  - les diverses dispositions touchant les voies de fait et les lésions corporelles.

Le Code criminel et la mort III

- Selon les directives en vigueur émises par le *Directeur des poursuites criminelles et pénales*, lorsque le procureur considère que la preuve est suffisante pour intenter une poursuite, il doit autoriser le dépôt de la dénonciation ou **déposer l'accusation**, **à moins qu'il juge inopportun de le faire, dans l'intérêt public**, en tenant compte de l'un ou l'autre des facteurs suivants :
  - **les circonstances particulières de l'infraction**
  - **la peine qui pourrait être imposée**
  - **l'effet d'une poursuite sur l'ordre public**
  - **le caractère désuet de la disposition législative qui prévoit l'infraction**
  - **l'existence d'une solution de rechange valable**
  - **la fréquence de la commission de l'infraction**
  - **le besoin de dissuasion.**

Le Code criminel et la mort IV

- La **notion d'intérêt public** renvoie à l'environnement où la règle de droit s'applique. Elle se nourrit de la situation concrète dans laquelle une activité professionnelle est admise.
- En matière d'euthanasie et d'aide au suicide, le concept d'intérêt public doit être exercé par l'autorité responsable des poursuites criminelles.
- **Il n'existe pas**, au Québec, à l'heure actuelle, **de directives précises** aux procureurs de la Couronne **pour encadrer des poursuites criminelles dans le processus de fin de vie**.

Le Code criminel et la mort V

- En 2009, **la Chambre des Lords a convenu de la nécessité** pour le directeur des poursuites criminelles publiques **de baliser clairement les conditions d'ouverture à une accusation pour aide au suicide**. Debbie Purdy, atteinte de sclérose en plaques, souhaitait, au moment opportun, obtenir l'aide de son conjoint pour organiser un voyage de fin de vie en Suisse. Face au refus de l'autorité compétente d'indiquer ses intentions d'incriminer ou non son conjoint, Debbie Purdy emprunta la voie judiciaire.
- Déboutée en première instance et en appel, Debbie Purdy obtint gain de cause devant la Chambre des Lords. Cette dernière, prenant appui sur la *Convention européenne des droits de l'homme* (art. 8), plaidait qu'il ne pouvait y avoir atteinte à la vie privée, si ce n'était qu'en conformité de la loi. Or, d'arguer Debbie Purdy, un justiciable a le droit d'être informé quant au contexte juridique dans lequel il prend une décision qui affecte sa vie privée, notamment pour éviter le risque d'une accusation criminelle pour un proche qui l'aide à entreprendre un voyage sans retour.

Le Code criminel et la mort VI

- Dans une autre étude, la Commission de réforme du droit commentait l'origine des règles actuelles du *Code criminel* à l'égard du traitement médical (dont l'article 14) :
  - **« À la vérité, le choix discrétionnaire de ne pas exercer de poursuites criminelles reflète peut-être le fossé qui sépare les valeurs contemporaines de celles qui s'inscrivent dans le Code criminel actuel. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que certaines dispositions du Code actuel en matière de traitement médical ont été adoptées en 1892, à une époque où nombre d'interventions médicales étaient considérées comme éminemment dangereuses et d'une valeur thérapeutique douteuse et où la profession médicale en était encore à ses débuts.»**
- La Commission ajoutait plus loin :
  - **« Une analyse préliminaire de la question permet de s'apercevoir du décalage anormal qui sépare l'interprétation classique du Code et la pratique médicale contemporaine, surtout dans le cas des personnes en phase terminale. Qui plus est, la Commission s'est rendu compte que les rares décisions de jurisprudence sur la question ont eu pour effet de rendre encore plus confuses les dispositions plus générales du Code.»**

Articles du Code criminel I

- 14. **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.

- 45. Toute personne est **à l'abri de responsabilité pénale** lorsqu'elle pratique sur une autre, pour le bien de cette dernière, une opération chirurgicale si, à la fois :

  a) l'opération est pratiquée avec des **soins et une habileté raisonnables**;

  b) il est **raisonnable de pratiquer l'opération**, étant donné l'état de santé de la personne au moment de l'opération et toutes les autres circonstances de l'espèce.

Articles du Code criminel II

- 215. (1) Toute personne est légalement tenue :
  - a) en qualité de père ou mère, de parent nourricier, de tuteur ou de chef de famille, **de fournir les choses nécessaires à l'existence d'un enfant de moins de seize ans**;
  - b) de fournir les choses nécessaires à l'existence de son époux ou conjoint de fait;
  - c) de **fournir les choses nécessaires à l'existence d'une personne à sa charge**, si cette personne est incapable, à la fois :
    - i. par suite de détention, d'âge, **de maladie, de troubles mentaux**, ou pour une autre cause, de se soustraire à cette charge,
    - ii. de **pourvoir aux choses nécessaires à sa propre existence**.

Articles du Code criminel III

- 216. Quiconque entreprend d'administrer un **traitement chirurgical ou médical** à une autre personne ou d'accomplir un autre acte légitime qui peut mettre en danger la vie d'une autre personne est, sauf dans les cas de nécessité, légalement tenu d'apporter, en ce faisant, **une connaissance, une habileté et des soins raisonnables**.
- 217. Quiconque entreprend d'accomplir un acte est légalement tenu de l'accomplir **si une omission de le faire met ou peut mettre la vie humaine en danger**.
- 219. (1) Est coupable de **négligence criminelle** quiconque :
  - a) soit **en faisant** quelque chose;
  - b) soit **en omettant** de faire quelque chose qu'il est de **son devoir d'accomplir**,
- montre une **insouciance déréglée ou téméraire** à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui.

Articles du Code criminel IV

- 220. Quiconque, par **négligence criminelle**, **cause la mort d'une autre personne** est coupable d'un acte criminel passible :

  a) s'il y a usage d'une arme à feu lors de la perpétration de l'infraction, de l'emprisonnement à perpétuité, la peine minimale étant de quatre ans;

  b) dans les autres cas, de l'emprisonnement à perpétuité.

- 221. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans quiconque, par négligence criminelle, **cause des lésions corporelles à autrui.**

Articles du Code criminel V

- 222 (1) **Commet un homicide quiconque, directement ou indirectement, par quelque moyen, cause la mort d'un être humain.**
- (2) L'homicide est coupable ou non coupable.
- (3) L'homicide non coupable ne constitue pas une infraction.
- (4) L'homicide coupable est le meurtre, l'homicide involontaire coupable ou l'infanticide.
- (5) Une personne commet un homicide coupable lorsqu'elle cause la mort d'un être humain :
  a) soit au moyen d'un acte illégal;
  b) soit par négligence criminelle;
  c) soit en portant cet être humain, par des menaces ou la crainte de quelque violence, ou par la supercherie, à faire quelque chose qui cause sa mort;
  d) soit en effrayant volontairement cet être humain, dans le cas d'un enfant ou d'une personne malade.

Articles du Code criminel VI

- 226 Lorsqu'une personne cause à un être humain **une blessure corporelle qui entraîne la mort**, elle cause la mort de cet être humain, même si cette blessure n'a pour effet que de hâter sa mort par suite d'une maladie ou d'un désordre provenant de quelque autre cause.

- 228 Nul ne commet un homicide coupable lorsqu'il cause la mort d'un être humain :
  a) soit par une influence sur l'esprit seulement;
  b) soit par un désordre ou une maladie résultant d'une influence sur l'esprit seulement.
- Toutefois, le présent article ne s'applique pas lorsqu'une personne cause la mort d'un enfant ou d'une personne malade en l'effrayant volontairement.

Articles du Code criminel VII

- 229 **L'homicide coupable** est un **meurtre** dans l'un ou l'autre des cas suivants :
  a) la personne qui cause la mort d'un être humain :
     i. ou bien a **l'intention de causer sa mort**,
     ii. ou bien a **l'intention de lui causer des lésions corporelles qu'elle sait être de nature à causer sa mort**, et qu'il lui est indifférent que la mort s'ensuive ou non;
  b) une personne, ayant l'intention de causer la mort d'un être humain ou ayant l'intention de lui causer des lésions corporelles qu'elle sait de nature à causer sa mort, et ne se souciant pas que la mort en résulte ou non, par accident ou erreur cause la mort d'un autre être humain, même si elle n'a pas l'intention de causer la mort ou des lésions corporelles à cet être humain;
  c) une personne, pour une fin illégale, fait quelque chose qu'elle sait, ou devrait savoir, de nature à causer la mort et, conséquemment, cause la mort d'un être humain, même si elle désire atteindre son but sans causer la mort ou une lésion corporelle à qui que ce soit.

Articles du Code criminel VIII

- 231 (1) Il existe **deux catégories de meurtres** : ceux du premier degré et ceux du deuxième degré.
  - (2) Le **meurtre au premier degré** est le **meurtre commis avec préméditation** et de propos délibéré.
  - (7) Les **meurtres qui n'appartiennent pas à la catégorie des meurtres au premier degré** sont des **meurtres au deuxième degré**.

- 232 (1) Un **homicide coupable** qui autrement serait un meurtre peut être réduit à un **homicide involontaire coupable** si la personne qui l'a commis a ainsi agi dans **un accès de colère causé par une provocation soudaine**.

- 234. L'homicide coupable qui n'est pas un meurtre ni un infanticide constitue un **homicide involontaire coupable**.

Articles du Code criminel IX

- 235 (1) Quiconque commet un **meurtre au premier** degré ou un **meurtre au deuxième degré** est coupable d'un acte criminel et doit être condamné à **l'emprisonnement à perpétuité**.

- 236 Quiconque commet un **homicide involontaire coupable** est coupable d'un acte criminel passible :

  a) s'il y a usage d'une arme à feu lors de la perpétration de l'infraction, de l'emprisonnement à perpétuité, la **peine minimale étant de quatre ans**;

  b) dans les autres cas, de **l'emprisonnement à perpétuité**.

Articles du Code criminel X

- 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**.

Articles du Code criminel XI

- 245 Quiconque administre ou fait administrer à une personne, ou fait en sorte qu'une personne prenne, un **poison ou une autre substance destructive ou délétère**, est coupable d'un acte criminel et passible :

  a) d'un emprisonnement maximal de quatorze ans, s'il a l'intention, par là, de mettre la vie de cette personne en danger ou de lui causer des lésions corporelles;

  b) d'un emprisonnement maximal de deux ans, s'il a l'intention, par là, d'affliger ou de tourmenter cette personne.

Articles du Code criminel XII

- 718. **Le prononcé des peines a pour objectif essentiel de contribuer**, parallèlement à d'autres initiatives de prévention du crime, **au respect de la loi et au maintien d'une société juste, paisible et sure par l'infliction de sanctions justes visant un ou plusieurs des objectifs suivants** :

  a) dénoncer le comportement illégal;

  b) dissuader les délinquants, et quiconque, de commettre des infractions;

  c) isoler, au besoin, les délinquants du reste de la société;

  d) favoriser la réinsertion sociale des délinquants;

  e) assurer la réparation des torts causés aux victimes ou à la collectivité;

  f) susciter la conscience de leurs responsabilités chez les délinquants, notamment par la reconnaissance du tort qu'ils ont causé aux victimes et à la collectivité.

Articles du Code criminel XIII

- 718.1 **La peine est proportionnelle à la gravité de l'infraction et au degré de responsabilité du délinquant.**
- 718.2 **Le tribunal détermine la peine à infliger compte tenu également des principes suivants :**
  - *a*) **la peine devrait être adaptée aux circonstances aggravantes ou atténuantes liées à la perpétration de l'infraction ou à la situation du délinquant**; sont notamment considérées comme des circonstances aggravantes des éléments de preuve établissant :
  - (i) que l'infraction est motivée par des préjugés ou de la haine fondés sur des facteurs tels que la race, l'origine nationale ou ethnique, la langue, la couleur, la religion, le sexe, l'âge, **la déficience mentale ou physique** ou l'orientation sexuelle,

Articles du Code criminel XIV

- (ii) que l'infraction perpétrée par le délinquant constitue un mauvais traitement de son époux ou conjoint de fait,
- (ii.1) que l'infraction perpétrée par le délinquant constitue un mauvais traitement à l'égard d'une personne âgée de moins de dix-huit ans,
- (iii) que l'infraction perpétrée par le délinquant constitue un abus de la confiance de la victime ou un abus d'autorité à son égard,
- (iv) que l'infraction a été commise au profit ou sous la direction d'une organisation criminelle, ou en association avec elle;
- (v) que l'infraction perpétrée par le délinquant est une infraction de terrorisme;

Articles du Code criminel XV

- *b*) **l'harmonisation des peines**, c'est-à-dire l'infliction de peines semblables à celles infligées à des délinquants pour des infractions semblables commises dans des circonstances semblables;
- *c*) l'obligation d'éviter l'excès de nature ou de durée dans l'infliction de peines consécutives;
- *d*) **l'obligation, avant d'envisager la privation de liberté, d'examiner la possibilité de sanctions moins contraignantes lorsque les circonstances le justifient**;
- *e*) **l'examen de toutes les sanctions substitutives applicables qui sont justifiées dans les circonstances**, plus particulièrement en ce qui concerne les délinquants autochtones.

Articles du Code criminel XVI

- 730. (1) **Le tribunal devant lequel comparaît l'accusé,** autre qu'une organisation, **qui plaide coupable ou est reconnu coupable d'une infraction pour laquelle la loi ne prescrit pas de peine minimale ou qui n'est pas punissable d'un emprisonnement de quatorze ans ou de l'emprisonnement à perpétuité peut, s'il considère qu'il y va de l'intérêt véritable de l'accusé sans nuire à l'intérêt public, au lieu de le condamner, prescrire par ordonnance qu'il soit absous inconditionnellement ou aux conditions prévues dans l'ordonnance rendue aux termes du paragraphe 731(2).**

Articles du Code criminel XVII

- 731. (1) **Lorsqu'une personne est déclarée coupable d'une infraction, le tribunal peut, vu l'âge et la réputation du délinquant, la nature de l'infraction et les circonstances dans lesquelles elle a été commise :**
  - ***a*) dans le cas d'une infraction autre qu'une infraction pour laquelle une peine minimale est prévue par la loi, surseoir au prononcé de la peine et ordonner que le délinquant soit libéré selon les conditions prévues dans une ordonnance de probation;**
  - ***b*) en plus d'infliger une amende au délinquant ou de le condamner à un emprisonnement maximal de deux ans, ordonner que le délinquant se conforme aux conditions prévues dans une ordonnance de probation.**

Commentaires sur le Code criminel I

- Le législateur a laissé le juge relativement dépourvu de balises susceptibles de le guider au niveau de l'aide qui peut être apportée à une personne qui désire se suicider en toute connaissance de cause pour une question de santé et de souffrance et qui demande qu'on lui accorde une geste de compassion et d'humanité.
- Certes, il existe certaines balises dans le *Code criminel*, mais ces balises n'ont pas été conçues pour faire face à cette problématique. Ces balises se retrouvent aux articles 718, 718.1, 718.2, 730 et 731 du Code criminel du Canada mais elles ont été rédigées au XIXe siècle alors que la religion chrétienne imprégnait fortement les valeurs de la société canadienne, que le caractère sacré de la vie était reconnu comme une valeur fondamentale et qu'il était impensable de tuer une personne par compassion car la mort dépendait de Dieu seulement.

Commentaires sur le Code criminel II

- Les principes énoncés dans ces cinq articles sont louables et défendables, mais ils n'ont pas été conçus dans le cadre d'actes commis par compassion dans le but d'éviter ou de mettre fin à des souffrances.
- Comme le dit si bien l'article 718, **le prononcé des peines a pour objectif essentiel de contribuer au respect de la loi et au maintien d'une société juste, paisible et sure par l'infliction de sanctions justes visant, entre autre, à susciter la conscience de leurs responsabilités chez les délinquants, notamment par la reconnaissance du tort qu'ils ont causé aux victimes et à la collectivité**.

Commentaires sur le Code criminel III

- Que faire si le «délinquant» n'accepte pas l'idée qu'il est délinquant, qu'il n'a pas causé de tort à la victime ou à la société et, qu'au contraire, il a posé un geste de pure humanité en aidant quelqu'un à mourir dans la dignité ou en abrégeant les souffrances d'une personne qui désire que ses souffrances soient abrégées.
- Dans le fond, la question qui se pose pourrait être la suivante : le Code criminel est-il la réponse appropriée à la problématique en matière d'aide au suicide?

Origine des mots éthique et morale

- Le mot **éthique** vient du grec **éthos** et du latin **ethica**.
- Le mot **morale** vient du latin **mores**.
- En pratique et sous réserve de nuances philosophiques, les mots **éthique** et **morale** sont **interchangeables**.
- L'**éthique** est la **partie de la philosophie** qui s'intéresse aux **règles** et aux **valeurs** propres à une société et qui permet de distinguer ce qui est **bien** de ce qui est **mal**.

L'éthique

- L'**éthique** se définit comme l'ensemble des règles fondamentales qui régissent le comportement des êtres humains.
- Elle englobe des principes qui permettent de distinguer la **bonne** et la **mauvaise conduite**.
- Elle permet de distinguer ce qui est **acceptable** de ce qui est **condamnable**.
- L'éthique est un concept qui s'applique à une personne capable de **discerner le bien du mal**.
- L'**éthique personnelle** représente l'**ensemble des règles de conduite** que se fixe une personne.

L'origine classique de l'éthique

- **Dieu**
  - Il a été la référence au début de l'humanité.
- La **Cité** ou l'**État**
  - Nous, l'État, pouvons établir des règles de gros bon sens et justes pour remplacer la règle de Dieu.
- **Moi**
  - Je pense donc je peux moi-même analyser une situation et distinguer le Bien du Mal.

Les Dix Commandements I

1. Un seul Dieu tu adoreras, et aimeras parfaitement.
2. Dieu en vain ne jureras ni autre chose pareillement.
3. Les dimanches tu garderas, en servant Dieu dévotement.
4. Père et mère tu honoreras, afin de vivre longuement.
5. **Homicide point ne seras, de fait ni volontairement.**
6. **Impudique point ne seras, de corps ni de consentement.**
7. Le bien d'autrui ne prendras, ni retiendra sciemment.
8. Faux témoignage ne diras, ni mentiras aucunement.
9. **L'œuvre de chair ne désireras, qu'en mariage seulement.**
10. Biens d'autrui ne désireras, pour les avoir injustement.

Les Dix Commandements II

1. Tu adoreras un seul Dieu.
2. Tu ne blasphèmeras pas.
3. Tu prieras le dimanche.
4. Tu respecteras ton père et ta mère.
5. **Tu ne tueras pas.**
6. **Tu ne penseras pas au sexe ou à la pornographie.**
7. Tu ne voleras pas.
8. Tu ne feras pas de faux témoignage.
9. **Tu ne feras pas l'amour si tu n'es pas marié.**
10. Tu ne désireras pas les biens d'autrui.

La loi des hommes à travers le temps

- En 1730 av J. C., le Code d'Hammourabi à Babylone
- En 620 av J. C., les lois de Dracon à Athènes
- En 449 av J. C., la Loi des Douze Tables à Rome
- En 529, le Code Justinien à Rome
- En 1215, la Magna Carta en Angleterre
- En 1598, l'Édit de Nantes en France
- En 1679, l'Habeas Corpus Act en Angleterre
- En 1689, le Bill of Rights en Angleterre
- En 1776, le Virginia Bill of Rights en Virginie aux États-Unis d'Amérique
- En 1776, la Déclaration d'indépendance des États-Unis d'Amérique
- En 1789, la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen en France
- En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies
- En 1975, la Charte des droits et libertés de la personne du Québec
- En 1982, la Charte canadienne des droits et libertés au Canada

L'éthique, la morale, le droit et les droits

- Le mot droit fait référence à la fois :
  - À ce qui est **conforme à une règle**
  - Ou
  - À ce qu'il est **légitime d'exiger**
- Droit positif ou Droit naturel
  - Le **droit positif** est la règle imposée par **l'État**
  - Le **droit naturel** fait référence à une loi naturelle inscrite par **Dieu** dans le plan de l'univers
- Les **droits fondamentaux** ont une **portée plus large** que les droits objectifs parce qu'ils **concernent tout être humain**, quelque soit son pays d'appartenance.

Différentes formes d'éthique

- Il existe **différentes formes d'éthique** comme :
  - **la bioéthique**
  - **l'éthique de l'environnement**
  - **l'éthique des affaires**
  - **l'éthique de l'informatique**
- L'éthique peut aussi se différencier par son **fondement culturel** qui peut être **l'habitat**, la **religion** ou la **tradition** propre à un pays ou à un groupe social ou à un système idéologique.
- Dans tous les cas, l'éthique vise à répondre à la question **Comment agir au mieux ?** ou, tout simplement, **Qu'est-ce qui est bien et qu'est-ce qui est mal ?**

Quelques définitions éthiques I

- L'**euthanasie** est un acte qui consiste **à provoquer intentionnellement la mort d'autrui**, **mais sans le consentement de la personne qui meurt**.
- L'euthanasie peut être active ou passive.
  - **L'euthanasie est dite active** si elle résulte de la commission d'un acte comme débrancher un respirateur.
  - **L'euthanasie est dite passive** si elle résulte de l'omission de poser un acte comme ne pas rebrancher un respirateur débranché.
- En éthique, il n'y a pas de différence entre la commission et l'omission car **c'est l'intention qui compte**.

Quelques définitions éthiques II

- Le **Suicide assisté** ou **aide au suicide** est l'acte par lequel une personne fournit à une autre personne un environnement ou des moyens nécessaires pour que cette autre personne se donne la mort.
- C'est la victime elle-même qui met un terme à sa vie après qu'une autre personne :
  - **lui ait fourni les moyens, ou**
  - **l'ait encouragée à le faire, ou**
  - **l'ait assistée pour le faire.**
- Encore une fois, en éthique, il n'y a pas de différence entre la commission et l'omission car **c'est l'intention qui compte**.

Le caractère sacré de la vie I

- Nous retrouvons l'origine du caractère sacré de la vie dans les principes religieux.
  - **« Le droit occidental ayant été façonné dans une large mesure par le judaïsme et le christianisme, on peut affirmer que la position centrale qu'occupe ce principe dans le droit, a des origines et une orientation essentiellement religieuse. »**

- De ces origines, se dégagent deux principes importants.
  - **L'homme tire sa valeur et son caractère sacré de Dieu et non pas d'une qualité ou d'une aptitude qui lui est propre.**
  - **De plus, la vie est un prêt, l'homme n'a aucun pouvoir sur elle. Il appartient à Dieu de déterminer quand une vie doit cesser et toute atteinte à ce principe contredit la volonté de Dieu.**

Le caractère sacré de la vie II

- En ce sens, **le caractère sacré de la vie est le principal argument pour prohiber** toute forme d'allègement de l'interdiction de l'euthanasie ou de l'aide au suicide.
- En dehors de l'expression des valeurs religieuses, le caractère sacré de la vie (*Sanctity of Life*) est souvent décrit comme **l'un des fondements du droit criminel relatif à la protection de la vie** alors que **toute situation où une personne enlève une vie est blâmable et doit être rejetée**.
- De façon traditionnelle, **le caractère sacré de la vie primait sur le droit à l'autodétermination de la personne**.
- L'analyse de l'évolution de la législation et de la jurisprudence à travers les années, laisse toutefois clairement transparaître que **le caractère rigide de cette notion a beaucoup évolué au fur et à mesure que le droit à l'autodétermination de la personne s'est développé**.

Le juge, le droit et l'éthique I

- La **conduite** d'une personne ou d'un **juge** est déterminée par sa **conception du bien et du mal**.
- Chaque **personne diffère** d'une autre par :
  - son **éducation**
  - sa **culture d'origine**
  - sa **religion**
  - son **association à des groupes sociaux**
- Certaines **convictions personnelles** sont à la **source des préceptes éthiques**. Elles sont déterminées par :
  - Les **croyances religieuses**
  - L'**environnement social**
  - Le **milieu familial**
  - L'**instruction reçue**
  - Le **cercle d'amis**

Le juge, le droit et l'éthique II

- Le **législateur** adopte des lois qui reflètent les valeurs morales de la société.
- Ces valeurs morales **évoluent dans le temps**.
- Le législateur peut tarder de modifier ces lois ou peut même décider de ne pas les modifier.
- Le **Juge doit faire respecter les lois** adoptées par le législateur et à cette fin, il les interprète.
- Si la loi est incomplète ou muette, le Juge ne peut pas refuser de juger; il **doit juger** en interprétant les lois **selon ce qui lui semble juste**.

Le juge, le droit et l'éthique III

- L'éthique n'est plus seulement le fait de :
  - **Dieu**
  - La **Cité** ou l'**État**
  - **Moi**
- L'éthique est aussi le fait de la **Société** :
  - **L'opinion publique**
  - **Les médias, télévision, radio, journaux et les journalistes**
  - **Les réseaux sociaux - Facebook, Tweeter et autres**
  - **Les leaders d'opinion**

Le juge, le droit et l'éthique IV

- Le **Juge est déchiré** entre quatre différents concepts :
  - Ce que ses **croyances religieuses** lui dictent
  - Ce que le **législateur** lui dicte
  - Ce que **sa conscience** lui dicte
  - Ce que **la société** lui dicte
- Théoriquement, le **Juge est lié** par ce que le législateur lui dicte et doit s'en tenir à interpréter la **Loi**.
- En pratique, le **Juge ne peut pas totalement ignorer** ce que ses **croyances religieuses** lui dictent, ce que sa **conscience** lui dicte et ce que la **société** lui dicte.
- Le Juge **peut-il** ou **doit-il faire preuve de compassion**, en tout temps ou selon les circonstances?

Le juge, le droit et l'éthique V

- Par exemple, le Juge peut faire preuve de compassion lorsque le **Meurtre par compassion** est commis à la demande de la victime.
  - Marielle Houle
  - André Bergeron
  - Marie Humbert

- Par contre, le Juge ne fait pas preuve de compassion lorsque le **Meurtre par compassion** est commis au nom de la victime qui n'est pas en mesure de donner son consentement. Le devrait-il eu égard aux circonstances?
  - Robert Latimer

Le juge, le droit et l'éthique VI

- Le préambule de la Charte canadienne des droits et libertés, se lit ainsi :
  - Attendu que le Canada est fondé sur des principes qui reconnaissent la **suprématie de Dieu** et la **primauté du droit**.
- Le Juge a donc peut être raison de consulter Dieu lorsque vient le temps d'examiner certaines matières controversées.
- En n'adoptant pas les lois nécessaires pour refléter le changement des valeurs intervenu au sein de la société, le législateur **laisse le Juge sans guide** car la législation ne correspond plus aux **nouvelles valeurs de la société**.
- Le Juge **peut donc examiner les nouvelles valeurs** de la société et s'en inspirer pour rendre jugement.

Le juge, le droit et l'éthique VII

- Le **Juge** est confronté de plus en plus à des problèmes qui sont **plus sociaux que légaux** :
  - Le **changement de sexe** – Christine Jorgensen & Virginia Prince
  - L'**avortement** – Henry Morgentaler & Chantal Daigle
  - La **prostitution –** Ontario, 28 septembre 2010, Juge Susan Himel
  - Le **mariage de conjoints de même sexe** – Michael Hendricks
  - Le **droit de mourir dans la dignité** – Sue Rodriguez
  - Le **meurtre par compassion** – Robert Latimer, Marielle Houle
  - André Bergeron & Marie Humbert
  - L'**euthanasie** – Karen Ann Quinlan & Nancy Morrison
  - L'**arrêt de traitement** – Nancy B. & Robert Corbeil
  - L'**aide au suicide** – Stéphan Dufour & Reine c. Y .P .
- **Sur ces sujets qui touchent le corps ou le sexe**, le législateur n'a pas toujours pris position et ses initiatives législatives sont souvent limitées, laissant au Juge le soin de trancher sans le guider alors que ces questions sociales sont d'actualité.

L'évolution du droit et de la science I

- **Tiré du Mémoire du Barreau du Québec intitulé «Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes» présenté dans le cadre de la Commission spéciale de consultation de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité au mois de septembre 2010.**
- Sans faire une révision exhaustive de la littérature scientifique, il est clair que les **progrès extraordinaires** de la médecine, de la biologie et de la pharmacologie au cours du XXe siècle et jusqu'à ce jour, ont changé complètement les perspectives sociales et légales de la gestion de la fin de vie et de la mort.
- C'est surtout à partir de la deuxième moitié du XXe siècle que ces progrès ont complètement modifié les limites de la vie et le processus de la mort. Force est de constater, sans prétendre faire une énumération détaillée de tous ces progrès, que ceux-ci ont, à bien des égards, défié la nature et changé, dans beaucoup de cas, le pronostic de survie des êtres humains.
- **Il est ainsi possible aujourd'hui de prolonger une vie, avec l'aide de la technologie, bien au-delà de ce que les capacités naturelles de l'humain peuvent permettre**. **Ventilation, alimentation et hydratation artificielles, hémodialyse**, etc., permettent de maintenir les fonctions de base de l'être humain. **Les transfusions sanguines, les antibiotiques et plusieurs autres médicaments permettent de traiter de nombreuses conditions autrefois mortelles**, prolongeant ainsi la vie parfois sur de longues périodes.

L'évolution du droit et de la science II

- **Ces progrès ont aussi créé une nouvelle catégorie de patients : ceux en état neurovégétatif persistant** (*persistant vegetative state* (P.V.S. en anglais). Un grand nombre de ces patients peuvent vivre pendant des années dans cet état avant de mourir et ce, sans jamais reprendre conscience. **Les progrès des connaissances à l'égard de certaines maladies dégénératives mortelles permettent aujourd'hui aux personnes qui en sont atteintes non pas de guérir, mais de vivre plus longtemps avec ce type de maladie, dans certains cas au détriment de leur qualité de vie**.
- Tous ces progrès ont généré entre autres, plus récemment, le développement des **soins palliatifs** et le phénomène de **l'acharnement thérapeutique**, lesquels comportent des conséquences juridiques qu'il vaut la peine d'examiner.
- **Une des conséquences importantes de tous ces développements est que la fin de vie est aujourd'hui considérablement médicalisée, imprégnée souvent de technologies et d'interventions médicales sophistiquées**.

L'évolution du droit et de la science III

- D'où le constat suivant :
  - **En fait, les incontestables progrès de la médecine et de la technologie et les fantasmes d'immortalité ont conduit bien souvent à déposséder la personne de sa mort; à ne pas toujours lui permettre – là où ce serait encore possible – de prendre en charge ses derniers moments et de les vivre.**
- Il est indéniable que ces progrès permettent aussi à un bon nombre d'êtres humains de mourir paisiblement, avec une souffrance largement contrôlée particulièrement grâce à l'évolution des soins palliatifs.
- **Mais dans un certain nombre de cas, l'impact des traitements médicaux pour contrer la maladie laisse la personne dans un état de souffrances et de débilitation importantes. Dans d'autres cas, ils permettent à une maladie dégénérative ou terminale de faire son oeuvre plus longtemps, en contrôlant certains effets et certains progrès, mais sans pouvoir en contrecarrer l'évolution inéluctable**.

L'évolution du droit et de la science IV

- En fait, pour tous ceux à qui les progrès de la médecine n'apportent ni soulagement ni quiétude, la fin de vie n'est pas qu'un concept abstrait.
- Malgré les progrès accomplis par la médecine, dont ceux permettant de mieux contrôler certains phénomènes douloureux, la réalité de certains patients en fin de vie est bien illustrée par le témoignage d'un médecin ayant oeuvré en soins palliatifs :
- **Les situations insolubles se retrouvent au niveau de la détresse existentielle à laquelle se superposent fréquemment des composantes physiques. Faites l'effort d'imaginer l'état des malades que je vois parfois dans une seule journée. Illustrer les motifs de ces demandes serait inconfortable :**

1. **Défiguration physique extrême**
2. **Asthénie et cachexie marquée**
3. **Facultés affaiblies**
4. **Dépendance physique totale**

L'évolution du droit et de la science V

5. Morts indignes avec vomissements fécaloïdes, fistules recto-vaginales où les selles sont expulsées par voie vaginale, ulcération maligne étendue, odeurs nauséabondes qui éloignent famille et amis, incontinence vésicale, et pire encore, rectale
6. Dyspnée terminale ou la mort par suffocation, difficile à soulager
7. Occlusion intestinale : une mort parfois pénible qui peut s'étirer jusqu'à 4 semaines
8. Dysphagie totale qui équivaut parfois à choisir de mourir de faim
9. Tumeur cérébrale où le malade se voit petit à petit perdre son humanité
10. Maladie de Sue Rodriguez (ou de Lou Gehrig)
11. Quadriplégie maligne : attendre la mort dans l'immobilité quasi-totale
12. Hémodialyse terminale ou le choix de mourir d'urémie en 1 à 2 semaines

- Ce qui étonne, c'est que peu de ces malades demandent à mourir prématurément, mais que pour ceux et celles dont la demande persiste, les options demeurent toujours inadéquates.

L'évolution du droit et de la science VI

- Les grandes craintes des personnes en fin de vie peuvent être de deux ordres. Le premier est ainsi décrit par l'honorable Jean-Louis Baudouin :
  - **« À l'heure actuelle, du moins dans nos pays, on meurt, la plupart du temps, intubé, gavé, perfusé, anesthésié, dans l'arrangement d'une chambre d'hôpital, dans la solitude et loin de tout ce qui faisait la vie. Comme l'ont montré nos discussions sur le sujet, dans nos sociétés développées, l'individu a été exproprié de sa mort par la science médicale.»**
- La seconde préoccupation importante des personnes en fin de vie est **la crainte de perdre le contrôle de leurs décisions, de leur dignité, de leurs capacités relationnelles et cognitives, de souffrir, physiquement et psychologiquement, et d'être humiliées et totalement dépendantes dans leur fin de vie**.
- Comme le faisait remarquer le Collège des médecins :
  - **« Avec les progrès de la médecine, le moment de la mort, de naturel qu'il était, fait de plus en plus l'objet de décisions humaines. »**

L'évolution du droit et de la science VII

- Le juge Brennan de la Cour suprême des États-Unis, dissident dans l'affaire *Cruzan vs Director Missouri Departmental Health* , déclarait, pour sa part,:
  - **« The timing of death-once a matter of fate-is now a matter of human choice.»**

- **La mort est donc de moins en moins l'aboutissement d'un processus naturel, mais de plus en plus le résultat d'une intervention médicale consistant à arrêter certains traitements, interventions et soins, selon des critères qui ne sont pas toujours liés à l'évolution naturelle de la maladie**.

L'évolution du droit et de la science VIII

- Depuis le début des années 2000, l'environnement juridique à l'étranger évolue sur la question du droit de choisir le moment de sa mort. Le juge Sopinka, dans la décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Sue Rodriguez*, **en 1993**, notait qu'aucune juridiction dans le monde n'avait encore ouvert la porte à l'aide au suicide.
  - **Ainsi, dans l'ensemble, il semble qu'une interdiction générale de l'aide au suicide semblable à celle de l'article 241 constitue la norme au sein des démocraties occidentales et que ce genre d'interdiction n'a jamais été jugée inconstitutionnelle ou contraire aux droits fondamentaux de la personne. De récentes tentatives de modifier le statu quo chez notre voisin du Sud ont été rejetées par l'électorat, ce qui indique que, même s'il est reconnu que l'interdiction générale entraîne des souffrances dans certains cas, 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.**

L'évolution du droit et de la science IX

- Au début des années 90, il en était de même pour toute forme d'euthanasie à la demande du patient.
- Depuis ce temps, le débat s'est poursuivi dans de nombreux pays.
- **La situation d'unanimité qui prévalait en 1993 n'est plus**.
- Bien qu'un certain nombre de pays aient préféré ne pas décriminaliser l'euthanasie et l'aide au suicide sans pour autant parvenir à mettre fin au débat, un certain nombre de juridictions ont maintenant fait des choix différents.
- **En 2010, la situation est différente** de celle qui existait en 1993 et reflète une évolution des valeurs à l'égard des questions de fin de vie à travers le monde, tel que la Commission l'énonce à la page 16 de son document de travail. Ainsi, les **Pays-Bas**, la **Belgique** et le **Luxembourg** ont reconnu, dans certains cas, la possibilité pour une personne de choisir une mort plus rapide avec assistance médicale, sans crainte de poursuite criminelle à l'encontre du médecin qui participe à ce processus, pourvu que le médecin se conforme à des formalités très rigoureuses.

L'évolution du droit et de la science X

- En Belgique, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi relative à l'euthanasie a décidé que **le suicide médicalement assisté entrait également dans le champ d'application de la loi**.
- Le législateur n'ayant pas défini la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée, le suicide médicalement assisté rencontre les quatre conditions de la loi belge et devient assimilable à l'euthanasie active.
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins belges a adopté la même position.
- Les Pays-Bas autorisent également l'aide médicale au suicide.
- Aux États-Unis, deux États, l'Orégon et l'État de Washington, ont adopté des législations permettant l'aide au suicide dans un contexte médical, encore ici sous réserve de formalités très strictes.

L'évolution du droit et de la science XI

- En Colombie, une décision de la Cour constitutionnelle de 1997 a expressément reconnu qu'un médecin qui mettait fin aux jours de son patient en phase terminale suite à un consentement libre de sa part, ne commettait pas d'infraction de meurtre par compassion. En effet, le 20 mai 1997, la Cour constitutionnelle de la Colombie déclarait inconstitutionnel l'article 326 du *Code pénal*, décret 100, 1980, en ce qui concerne les cas de **malades en phase terminale, dont le consentement est libre**. Dans ces cas, le médecin ne peut être tenu responsable, sa conduite étant justifiée.
- Dans les motifs du jugement, la Cour débat de la question relative au devoir de l'État de protéger la vie versus le droit à l'autonomie de la personne. Elle fait également un développement sur le consentement du patient en phase terminale et le meurtre par compassion. La Cour conclut que **le devoir étatique de protéger la vie cède devant le consentement informé d'un patient en phase terminale qui souffre de manière intense et qui désire mourir dignement**. En plus de la Colombie, le code pénal péruvien ne réprime plus l'individu qui, pour des motifs altruistes, donne la mort à un moribond.

L'évolution du droit et de la science XII

- **L'Estonie et la Suisse permettent, à certaines conditions, l'aide au suicide**. Par exemple, dans le cas de la Suisse, le fait d'aider une autre personne à se suicider ne constitue pas une infraction pénale si la motivation de l'aidant ne découle pas d'un mobile égoïste.
- C'est en fonction de cette interprétation du droit suisse que les quatre associations suisses d'aide au suicide justifient la légalité de leurs actes. Il s'agit des organisations suivantes :
  - **Exit International**
  - **Exit suisse Romande**
  - **Exit suisse Alémanique**
  - **Dignitas**

L'évolution du droit et de la science XIII

- Cette évolution des législations étrangères n'est pas sans conséquence. L'honorable Jean-Louis Baudouin en tirait les conclusions suivantes dans les Journées Suisses du Congrès de l'Association Henri Capitant en 2009 :
  - **La consécration de l'euthanasie par la Belgique, la Hollande, le Luxembourg et la Colombie est un tournant important.**
  - **Jusqu'ici le droit de mourir s'analysait simplement comme un simple droit liberté, soit la faculté de mourir en paix, dans le respect de ses propres choix et dans la dignité.**
  - **La reconnaissance de l'euthanasie active en institue un véritable droit créance. Le médecin qui accepte de participer à cette procédure, lorsque toutes les conditions prévues par la loi sont réunies, a donc désormais, sous réserve de l'objection de conscience, l'obligation de donner la mort ou d'aider à le faire. Le rôle traditionnel du médecin de sauver la vie est désormais remis en cause.**

L'évolution du droit et de la science XIV

- À côté des progrès de la science, il faut également souligner l'évolution des valeurs de la société face à la mort. La Commission de réforme du droit le signalait déjà clairement en **1982** :
  - **« La première difficulté vient du fait que notre société est, à l'heure actuelle, dans une période de transition. Les attitudes face à la vie et à la mort, face à la science et face à l'interruption de traitement sont en pleine mutation. Le changement n'est pas cependant complet ou complété. Nombre de personnes par exemple, cherchent encore à définir plus précisément une attitude et une ligne de conduite respectueuses de la protection qui doit être donnée à la vie humaine, mais qui prennent aussi en considération d'autres valeurs comme l'autonomie décisionnelle de la personne et sa qualité de vie. Nous ne sommes pas encore parvenus à un stade où les apparentes contradictions sont entièrement dissipées. La chose est d'autant plus difficile que dans la prise de décision de traiter ou de ne pas traiter, il n'existe pas deux cas identiques et donc que l'individualité de chaque espèce rend très difficile l'établissement de normes générales qui pourraient paraître plus rassurantes ou plus sécurisantes. »**

L'évolution du droit et de la science XV

- Depuis une trentaine d'années, l'évolution sociale a été particulièrement importante sur cette question. Les sondages laissent voir une progression de l'approbation de l'aide à mourir par un médecin dans un contexte de compassion. Dans son ouvrage sur la question, Margaret Otlowski fait état de sondages réalisés par de grandes firmes en Australie, en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada. Dans ce dernier cas, la question posée par la firme Gallup était la suivante :
  - **When a person has an incurable disease that cause great suffering, do you, or do you not think that competent doctor should be allowed, by law, to end the patient's life through mercy killing, if the patient has made a formal request in writing?**

L'évolution du droit et de la science XVI

- Les résultats montrent une nette évolution depuis 1968.

Année	Pour	Contre	Indécis
1968	45%	43%	12%
1974	55%	35%	10%
1979	68%	23%	9%
1984	66%	24%	10%
1989	77%	17%	6%
1990	78%	14%	8%
1991	75%	17%	9%
1992	77%	17%	6%
1995	75%	17%	8%

- Un commentaire de l'auteure est particulièrement intéressant à l'égard des résultats canadiens. Elle écrit:
- **« There also appear to be some regional variations, with the highest proportion giving an affirmative answer in Quebec and the lowest in the Prairies states. »**

L'évolution du droit et de la science XVII

- Le Groupe de travail du Collège des médecins dans son mémoire « *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie* » énonce :
  - **Une nouvelle sensibilité est clairement perceptible aussi bien chez les médecins que dans la population, voulant qu'il existe des situations exceptionnelles où l'euthanasie pourrait être considérée, par les patients ou leurs proches et par les médecins et les autres soignants, comme une étape ultime, nécessaire pour assurer jusqu'à la fin des soins palliatifs de qualité.**
  - **Selon nous, cette sensibilité n'est pas nécessairement étrangère à l'esprit qui anime l'ensemble du Code de déontologie des médecins du Québec et en particulier l'article 58, ainsi que l'ensemble des dispositions du Code civil concernant les soins, au contraire.**

L'évolution du droit et de la science XVIII

- **Il est clair que la société québécoise de 2010 est foncièrement différente de celle d'il y a une vingtaine d'années**, à l'époque de *l'affaire Sue Rodriguez* ou de celle du début des années 80, époque de la publication des études de la Commission de réforme du droit du Canada sur la protection de la vie. La diversité des valeurs, renforcée par les exigences des chartes, génère aujourd'hui une multitude de points de vue sur les questions sociales et personnelles alors que les valeurs de la majorité ne peuvent être imposées aux autres, **sous réserve d'un arbitrage judiciaire de ce qui est tolérable et acceptable dans la société** selon les paramètres définis par les chartes.
- L'évolution des valeurs sociales, les progrès de la science et les changements dans le cadre juridique de plusieurs États nous amènent à prendre en compte trois composantes juridiques majeures dans l'encadrement des soins de fin de vie, soit :
  - **les règles du droit criminel**
  - **l'impact des chartes dans le développement des droits de la personne en fin de vie et**
  - **l'évolution juridique de la notion du caractère sacré de la vie, particulièrement en relation avec le droit à l'autodétermination de la personne.**

Bioéthique ou éthique de la vie I

- Doit-on **toujours offrir tous les traitements disponibles** quel que soit l'état de santé de la personne en cause?
- Quand **cesse-t-on les traitements de maintien** des fonctions vitales?
- Qui décide de **ne pas entreprendre un traitement** ou de l'interrompre?

Bioéthique ou éthique de la vie II

- **Peut-on laisser au patient ou à sa famille** l'entière responsabilité de cette décision?
- **Comment choisir les candidats** à des traitements de pointe qui ne peuvent être offerts à tous?
- Selon le **légalisme**, toute décision morale doit se rapporter à une règle indiquant ce qui doit être fait et ne par être fait, **mais la Loi ne prévoit pas tout**.

Bioéthique ou éthique de la vie III

- Le **diagnostic médical**
- Le **pronostic médical**
- Le **respect de l'autonomie du patient**
- Le principe de **bienfaisance**
- Le principe de **non malfaisance**
- La **qualité de vie du patient**
- Les **éléments du contexte**

Principes d'éthique de Beauchamp et Childress

- Le **respect de l'autonomie**
  - Procéder au consentement libre et éclairé
- La **bienfaisance**
  - Agir pour le bénéfice d'autrui
  - Évaluer les bénéfices par rapport aux torts
- La **non malfaisance**
  - Ne pas causer de tort
- La **justice**
  - Reconnaître un droit à un **minimum décent de soins de santé**
- Les quatre principes sont issus de la moralité commune ou plus précisément du sens commun, au sens non philosophique du terme.

Initiatives de la Commission de réforme I

- 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 dégageait au Canada à propos d'un certain nombre de principes fondamentaux que reflète la loi :
  - 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**.

Initiatives de la Commission de réforme II

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

Initiatives du Sénat I

- 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 ordres 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.

Initiatives du Sénat II

- 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 recommande que soit clarifiée en droit la pratique dans ce domaine.
- 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** ».

Initiatives du Sénat III

- 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.

Initiatives du Sénat IV

- 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.

Initiatives du Sénat V

- En novembre 1999, un sous-comité sénatorial a été institué pour voir si les recommandations unanimes faites dans le rapport du Comité intitulé ***De la vie et de la mort*** faisaient encore l'unanimité, cinq ans après sa publication.
- 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** » (page 3).

Initiatives à la Chambre des Communes I

- 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 et n'avait jamais fait l'objet de débats à la Chambre. En peu de temps, deux projets de loi ont été déposés à la Chambre des communes.
- D'abord le projet de loi C-203, déposé par le député Robert Wenman (Fraser Valley West) le 16 mai 1991, puis le projet de loi C-261, déposé par le député Chris Axworthy (Saskatoon – Clark's Crossing) le 19 juin 1991.
- Robert Wenman avait déposé en mars 1991 le projet de loi C-351 mais ce dernier est mort au Feuilleton à la fin de la session parlementaire.
- Le projet de loi de Chris 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** ».

Initiatives à la Chambre des Communes II

- Le projet de loi de Robert 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 **n'entreprend pas ou interrompt un traitement médical à la demande du malade en phase terminale**;
  - deuxièmement, lorsque le médecin n'entreprend pas ou interrompt 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**;
  - 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.

Initiatives à la Chambre des Communes III

- Le projet de loi de Robert 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 Chris Axworthy**, par contre, **n'établissait aucune distinction entre l'euthanasie passive** – permettre à des personnes de mourir en interrompant ou en n'entreprenant pas un traitement – **et l'euthanasie active** – notamment administrer une dose mortelle d'un médicament.
- Ce projet de loi comprenait les mêmes dispositions que celui de Robert 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.

Initiatives à la Chambre des Communes IV

- Les deux projets de loi ont fait l'objet de débats lors de la deuxième lecture à la Chambre des communes. Celui de Robert 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 Chris 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 Robert Wenman, comme celui de Chris Axworthy, a connu une fin hâtive. Après avoir terminé ses audiences et sans envisager quelque amendement que ce soit, le comité législatif chargé d'examiner ce projet de loi a décidé d'ajourner indéfiniment.
- Autrement dit, faute de fixer la date d'une réunion future, le comité a relégué le projet de loi aux calendes grecques.

Initiatives à la Chambre des Communes V

- Pour résumer le tout, Il y a eu quatre projets de loi qui ont été déposés à la Chambre des Communes en 1992, 1994, 2005 et 2008 visant à décriminaliser l'euthanasie ou à permettre le suicide réalisé avec l'aide d'un médecin.
- **Aucun de ces projets de loi ne s'est jamais rendu à la fin du processus d'adoption.**
- Le projet de 1992 a été rayé du Feuilleton de même que celui de 1994 et ce, malgré les déclarations du ministre de la justice, Allan Rock, prônant la nécessité pour le Parlement de débattre de cette question et l'ouverture du premier ministre de l'époque, Jean Chrétien.
- Quant aux deux derniers projets de loi de 2005 et de 2008, ils sont tombés en raison de la prorogation de la session et de la dissolution de la Chambre.

Les directives préalables I

- 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 un «**mandat en prévision d'inaptitude**» (2166-2174 C.c.Q.).
- On peut classer les directives préalables dans deux catégories, soit
  - **l'instruction**, dans laquelle la personne établit **les types de traitement qui ne peuvent pas lui être administrés si elle devient incapable**;
  - le **mandat**, dans lequel la personne établit **qui doit prendre ces décisions à sa place**.

Les directives préalables II

- 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 tribunaux 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.

Les directives préalables III

- 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**
  - le **pronostic**
  - les **risques**
  - les **effets secondaires**
  - les **bienfaits de diverses formes de traitement**
  - la **qualité de vie**
  - les **intérêts de la famille du malade**

Les directives préalables IV

- 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.

Les directives préalables V

- 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 ou de testament biologique ou de mandat en prévision d'inaptitude, incluant sur Internet.

Mourir dans la Dignité

- **Le 4 décembre 2009, l'Assemblée nationale du Québec adopte une motion pour créer une Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.**
- **Le 22 mars 2012, la Commission dépose son rapport.**
- Les pages qui suivent constituent un résumé du rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.
- Le rapport de la Commission ainsi que les mémoires déposés devant la Commission sont disponibles sur le site de l'Assemblée nationale à :
- http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csmd-39-1/index.html

Mourir dans la Dignité - Définitions I

- **Acharnement thérapeutique**
  - Recours à des traitements intensifs dans le but de prolonger la vie d'une personne malade au stade terminal, sans espoir réel d'améliorer son état.
- **Aptitude à consentir aux soins**
  - Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.
- **Arrêt de traitement**
  - Fait de cesser des traitements susceptibles de maintenir la vie.

Mourir dans la Dignité - Définitions II

- **Directives médicales anticipées**
  - Instructions que donne une personne apte, par écrit ou autrement, sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même.
  - Dans le document de consultation, le terme «testament de vie» avait été retenu. La Commission utilise désormais l'expression «directives médicales anticipées».
  - Cependant, d'autres désignations sont utilisées, dont «testament de fin de vie», «testament biologique», «directives de fin de vie», «directives préalables» et «directives anticipées».
- **Euthanasie**
  - Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande pour mettre fin à ses souffrances.

Mourir dans la Dignité - Définitions III

- **Refus de traitement**
  - Fait, pour une personne, de refuser de recevoir des traitements susceptibles de la maintenir en vie.
- **Sédation palliative continue**
  - Administration d'une médication à une personne, de façon continue, dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente jusqu'à son décès.
- **Sédation palliative intermittente**
  - Administration d'une médication à une personne, avec alternance de périodes d'éveil et de sommeil, dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente.

Mourir dans la Dignité - Définitions IV

- **Soins palliatifs**
  - L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'usager et les proches.
- **Suicide assisté**
  - Fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens de se suicider ou de l'information sur la façon de procéder, ou les deux.

Les soins palliatifs

- Les soins palliatifs trouvent leur origine en Grande-Bretagne où Cecily Saunders ouvre, en 1967, le Saint Christopher's Hospice afin d'accompagner les personnes atteintes de cancer.
- Au Québec, dans les années 1970, l'Hôpital Royal Victoria, à l'initiative du Dr Balfour Mount, et l'Hôpital Notre-Dame sont les premiers à mettre sur pied des unités de soins palliatifs pour les personnes atteintes de cancer.
- En 1985, la Maison Michel-Sarrazin devient la première maison de soins palliatifs au Canada.
- En 1998, les soins palliatifs constituent dorénavant un des volets prioritaires du Programme québécois de lutte contre le cancer.
- En 2000, un rapport sur la situation des soins palliatifs au Québec est publié.
- En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux lance sa *Politique en soins palliatifs de fin de vie*.

Recommandations I

- **Recommandation Nº 1 (p. 25)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure qu'un portrait de la situation des soins palliatifs au Québec soit dressé. Ce portrait devra notamment :**
  - **Rendre compte des ressources existantes sur l'ensemble du territoire du Québec**
  - **Rendre compte des besoins et des ressources nécessaires pour les combler**
  - **Rendre compte de l'état des soins palliatifs dans chacune des régions**
  - **Être mis à jour régulièrement**

Recommandations II

- **Recommandation N^{o} 2 (p. 28)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux privilégie le développement des soins palliatifs à domicile.**

- **Recommandation N^{o} 3 (p. 33)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que tous les professionnels de la santé reçoivent une formation adéquate en soins palliatifs.**

Recommandations III

- **Recommandation N° 4 (p. 34)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux se dote d'une unité administrative réservée aux soins palliatifs. Celle-ci devra, entre autres, assurer rapidement la mise en oeuvre complète de la *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, en particulier des éléments suivants :**
  - **L'accessibilité aux soins palliatifs, de manière plus précoce, dès que l'évolution clinique de la personne malade le requiert.**
  - **L'accessibilité aux soins palliatifs pour les personnes atteintes de maladies incurables autres que le cancer.**
  - **Le maintien des personnes atteintes de maladies incurables dans leur milieu de vie naturel.**
  - **L'accès à une chambre individuelle.**
  - **Le partage des renseignements cliniques essentiels au suivi médical du patient et la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires stables.**

Recommandations IV

- **Recommandation N° 5 (p. 35)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux transmette, pour étude, un rapport sur la mise en oeuvre de la *Politique sur les soins palliatifs de fin de vie* à la commission compétente de l'Assemblée nationale un an après la publication du rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Ce rapport devra présenter le portrait des soins palliatifs au Québec.**
- **Recommandation N° 6 (p. 35)**
- **La Commission recommande que la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit modifiée pour :**
  - **Que soit reconnu, à toute personne dont la condition médicale le requiert, le droit de recevoir des soins palliatifs**
  - **Que tout établissement de santé qui donne des soins à des personnes en fin de vie, en établissement ou à domicile, prévoie dans son offre de services la mise sur pied de soins palliatifs**

Recommandations V

- **Recommandation N° 7 (p. 40)**
- **La Commission recommande que le Collège des médecins du Québec élabore un guide d'exercice et des normes de déontologie sur la sédation palliative.**
- **Recommandation N° 8 (p. 43)**
- **La Commission recommande que les lois pertinentes soient modifiées afin de reconnaître les directives médicales anticipées et que celles-ci :**
  - **Aient une valeur juridique contraignante**
  - **Prennent la forme d'un acte notarié ou d'un formulaire obligatoire signé devant un témoin**
  - **Puissent mentionner le nom d'une ou de personnes de confiance qui feront connaître les directives médicales anticipées pour leur mise en application**

Recommandations VI

- **Recommandation N° 9 (p. 43)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux :**
  - **Prenne les mesures nécessaires afin que les directives médicales anticipées paraissent dans le dossier médical de la personne et soient inscrites dans un registre**
  - **S'assure que le médecin vérifie l'existence de ces directives**

- **Recommandation N° 10 (p. 44)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux mette en place un mécanisme incitant périodiquement les citoyens à mettre à jour leurs directives médicales anticipées.**

Recommandations VII

- **Recommandation N° 11 (p. 44)**
- **La Commission recommande que des moyens de communication sur la planification des soins de fin de vie soient développés pour informer la population ainsi que l'ensemble du personnel des milieux de la santé et des services des enjeux entourant la fin de vie.**

- **Recommandation N° 12 (p. 45)**
- **La Commission recommande qu'un guide d'information soit remis à la personne qui reçoit un diagnostic de maladie incurable afin de l'informer de ses droits, des services et des ressources disponibles.**

Recommandations VIII

- **Recommandation Nº 13 (p. 84)**
- **La Commission recommande que les lois pertinentes soient modifiées afin de reconnaître l'aide médicale à mourir comme un soin approprié en fin de vie si la demande formulée par la personne respecte les critères suivants, selon l'évaluation du médecin :**
  - **La personne est résidente du Québec selon les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie**
  - **La personne est majeure et apte à consentir aux soins au regard de la loi**
  - **La personne exprime elle-même, à la suite d'une prise de décision libre et éclairée, une demande d'aide médicale à mourir**
  - **La personne est atteinte d'une maladie grave et incurable**
  - **La situation médicale de la personne se caractérise par une déchéance avancée de ses capacités, sans aucune perspective d'amélioration**
  - **La personne éprouve des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables**

Recommandations IX

- **Recommandation Nº 14 (p. 87)**
- **La Commission recommande que les lois pertinentes soient modifiées afin de prévoir les balises suivantes :**
  - **Toute demande d'aide médicale à mourir est formulée par écrit au moyen d'un formulaire signé**
  - **Cette demande est réitérée dans un délai jugé raisonnable selon le type de maladie**
  - **Le médecin traitant doit consulter un autre médecin quant au respect des critères de recevabilité de la demande**
  - **Le médecin consulté doit être indépendant du patient et du médecin traitant, et être considéré comme compétent quant à la pathologie en cause**
  - **Le médecin traitant doit remplir une déclaration formelle d'aide médicale à mourir**

Recommandations X

- **Recommandation N^{o} 15 (p. 88)**
- **La Commission recommande que soient confiés à une instance le contrôle et l'évaluation de l'aide médicale à mourir. Concrètement, cette instance devra :**
  - **Vérifier si les actes d'aide médicale à mourir ont été accomplis selon les conditions prévues par les lois**
  - **Publier un rapport annuel comprenant des statistiques relatives aux actes d'aide médicale à mourir**
  - **Publier tous les cinq ans un rapport sur la mise en oeuvre des dispositions relatives à l'aide médicale à mourir**

- **Recommandation N^{o} 16 (p. 88)**
- **La Commission recommande que la commission compétente de l'Assemblée nationale étudie le rapport quinquennal de l'instance de contrôle et d'évaluation.**

Recommandations XI

- **Recommandation Nº 17 (p. 90)**
- **La Commission recommande que les lois pertinentes soient modifiées afin de reconnaître à une personne majeure et apte le droit de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir au cas où elle deviendrait inconsciente de façon irréversible selon l'état de la science. Cette demande anticipée d'aide médicale à mourir :**
  - **Est formulée de manière libre et éclairée**
  - **A une valeur juridique contraignante**
  - **Prend la forme d'un acte notarié ou d'un acte signé par deux témoins, dont un commissaire à l'assermentation**
  - **Peut mentionner le nom d'une ou de plusieurs personnes de confiance qui feront connaître la demande pour son application**

Recommandations XII

- **Recommandation N^{o} 18 (p. 90)**
- **La Commission recommande que les lois pertinentes soient modifiées afin de prévoir les balises suivantes :**
  - **Le médecin traitant doit consulter un autre médecin quant au caractère irréversible de l'inconscience.**
  - **Le médecin consulté doit être indépendant du patient et du médecin traitant.**

Recommandations XIII

- **Recommandation N^{o} 19 (p. 91)**
- **La Commission recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux :**
  - **Prenne les mesures nécessaires afin que la demande anticipée d'aide médicale à mourir paraisse dans le dossier médical de la personne et soit inscrite dans un registre**
  - **S'assure que le médecin vérifie l'existence d'une telle demande dans le dossier médical ou dans le registre**
  - **S'assure que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement vérifie périodiquement le respect des demandes anticipées d'aide médicale à mourir**

Recommandations XIV

- **Recommandation N° 20 (p. 92)**
- **La Commission recommande que le Procureur général du Québec émette des directives (sous la forme « d'orientations et de mesures ») au Directeur des poursuites criminelles et pénales afin qu'un médecin ayant pratiqué une aide médicale à mourir selon les critères prévus à la loi ne puisse faire l'objet de poursuites criminelles.**

- **Recommandation N° 21 (p. 93)**
- **La Commission recommande que le Collège des médecins du Québec modifie son Code de déontologie afin que les médecins puissent pratiquer une aide médicale à mourir selon les critères prévus par la loi tout en confirmant leur droit à l'objection de conscience et leur obligation, le cas échéant, de diriger leur patient vers un autre médecin.**

Recommandations XV

- **Recommandation N^{o} 22 (p. 93)**
- **La Commission recommande que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec modifie son Code de déontologie afin de permettre à ses membres de participer à une aide médicale à mourir selon les critères prévus par la loi tout en confirmant néanmoins leur droit à l'objection de conscience.**

- **Recommandation N^{o} 23 (p. 93)**
- **La Commission recommande qu'un projet de loi, donnant suite aux recommandations du rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, soit présenté à l'Assemblée nationale au plus tard en juin 2013.**

Recommandations XVI

- **Recommandation N^{o} 24 (p. 95)**
- **La Commission recommande qu'un comité mixte d'experts soit créé sous l'égide du Collège des médecins du Québec afin d'étudier la possibilité pour une personne atteinte d'une démence causée par une maladie dégénérative du cerveau de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir.**

L'altération de la conscience

- Nous l'avons vu, la sédation palliative entraine la suppression de la conscience du malade. Dans le cas de la sédation continue, cette pratique signifie que la mort surviendra alors que le patient sera inconscient. Privé de ses capacités relationnelles et de son autonomie, il sera dans un état de totale dépendance envers autrui.

- Des témoins nous ont confié qu'une telle mort leur serait inacceptable. En outre, certains s'interrogent sur ce que peut vivre le malade pendant la sédation.

- Bien sûr, la personne semble apaisée, mais on en sait peu sur son univers intérieur. On ne peut que présumer qu'elle ne souffre pas.

L'évolution de la médecine I

- Au cours du XXe siècle, les découvertes dans les domaines de la médecine et de la pharmacologie ont amené des progrès remarquables qui se sont traduits par de meilleures conditions de vie et une plus grande espérance de vie.
- Ces progrès permettent aujourd'hui de contrôler relativement bien les souffrances en fin de vie, en particulier lorsqu'une personne mourante a accès à des soins palliatifs de qualité.
- Toutefois, la médecine moderne transforme parfois les mourants en grands malades chroniques. Des personnes sont parfois maintenues en vie au-delà d'un point que la plupart jugeraient raisonnable. Nous avons pu constater que la médicalisation de la mort signifie, pour certains, une qualité de vie qui laisse à désirer.

L'évolution de la médecine II

- Parfois, l'agonie se prolonge de manière inhumaine dans des souffrances insupportables, les médecins ne réussissant pas à apaiser toutes les douleurs, et ce, même dans les meilleures unités de soins palliatifs. Dans de telles circonstances, il arrive que des malades estiment avoir perdu leur dignité et qu'ils demandent à leur médecin de l'aide pour mourir.
- Comme le fait très justement remarquer le Collège des médecins du Québec, l'époque où l'heure de la mort était naturelle est révolue. De nos jours, ce moment fait de plus en plus l'objet de décisions humaines. Aussi, les questions de fin de vie constituent, dans le monde médical, des enjeux intimement liés à la déontologie et à l'éthique.

L'euthanasie est-elle un soin de fin de vie ?

- **En 2009, le Collège des médecins du Québec a publié son document de réflexion intitulé *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*.**
- **Le Collège des médecins a conclu qu'il «existe des situations exceptionnelles, des douleurs incoercibles ou une souffrance interminable, par exemple, où l'euthanasie pourrait être considérée comme l'étape ultime, nécessaire pour assurer jusqu'à la fin des soins de qualité.»**
- **Cette approche innovatrice,** fruit d'un travail de réflexion de plus de trois ans, **délaisse le terrain habituel du débat sur la légalisation de l'euthanasie pour le replacer dans le contexte des soins appropriés de fin de vie.**

Projet de loi sur l'aide médicale à mourir I

- **Le 1er octobre 2012, Madame Véronique Hivon, Ministre déléguée à la Santé publique déclare qu'elle déposera d'ici le printemps 2013 un projet de loi autorisant «l'aide médicale à mourir» au Québec.**
- **«Notre objectif est de travailler très rapidement et très fort pour donner suite aux recommandations» de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité déclare la ministre Véronique Hivon.**
- **«Le gouvernement du Parti québécois veut être celui qui donnera vie à la possibilité d'obtenir une aide médicale à mourir. Le projet de loi sera présenté aux élus de l'Assemblée nationale en juin 2013 au plus tard», assure la ministre. C'est ce que recommandait le rapport de la Commission qu'elle a coprésidée.**

Projet de loi sur l'aide médicale à mourir II

- D'ici la fin du mois d'octobre 2012 , la ministre recevra les conclusions d'un comité de juristes experts créé par le gouvernement de Jean Charest. Présidé par l'avocat Jean-Pierre Ménard, le groupe a reçu le mandat de se pencher sur le cadre juridique «du droit à l'aide médicale à mourir».
- Après l'adoption de la loi, le gouvernement du Québec devra émettre une directive au Directeur des poursuites criminelles et pénales afin qu'il enjoigne aux procureurs de ne pas poursuivre un médecin qui aurait aidé un patient à mourir.
- Rappelons que le rapport invite les élus à faire en sorte que les «directives anticipées» des citoyens sur le type de soins qu'ils veulent obtenir en fin de vie soient respectées.
- Enfin, le rapport précise que l'aide médicale à mourir ne pourrait être offerte que dans des circonstances exceptionnelles et balisées.

Jurisprudence I

- Au Canada, aux Etats-Unis, en France, en Belgique, en Hollande, au Luxembourg et en Suisse, pour ne nommer que ces pays, plusieurs cas reliés à la notion de fin de vie ont suscités de vifs débats publics.
- Ces cas ont donné lieu à des jugements ou à des législations plus libérales.
- La Belgique, la Hollande, le Luxembourg et la Suisse **ont adopté une législation permettant l'euthanasie** en respectant certaines formes.
- D'autres pays comme le Canada, les Etats-Unis, la France et l'Allemagne **ont refusé d'adopter une législation permettant l'euthanasie**.

Jurisprudence II

- Les jugements portant sur la notion de fin de vie ont été utilisés dans des cours portant sur l'éthique et le droit, en médecine, en sciences infirmières et en droit pour susciter la réflexion sur les enjeux liés à la fin de vie.
- Dans les pages suivantes, nous analyserons des jugements portant sur différentes formes de fin de vie.
- **Le législateur peut bien fermer les yeux en refusant de légiférer pour encadrer la fin de vie mais il ne peut pas empêcher ce type de débat car il s'agit d'un phénomène social universel qui s'adresse à la conscience et aux valeurs de chaque personne**.

Jurisprudence III

- Dans les pages suivantes, nous analyserons des cas ou des jugements portant sur :
  - **Suicide** avec Chantal Sébire et Sue Rodriguez
  - **Interruption de traitement** avec Nancy B. et Robert Corbeil
  - **Euthanasie** avec Karen Ann Quinlan, Nancy Morrison, Robert Baxter et Clara Blanc
  - **Ordonnance de ne pas réanimer** avec Andrew Sawatzky
  - **Aide au suicide** avec Stéphan Dufour et Reine c. Y.P.
  - **Meurtre par compassion** avec Robert Latimer, Marielle Houle, André Bergeron, Marie Humbert, Léonie Crevel et Lydie Debaine.

Chantal Sébire I

Chantal Sébire – Suicide II

- En 2002, Chantal Sébire, âgée de 52 ans apprend qu'elle était atteinte d'une **Esthesioneuroblastome**, une tumeur évolutive des sinus et de la cavité nasale.
- Très rare - seuls 200 cas ont été recensés dans le monde depuis 20 ans -, **la maladie est incurable et son évolution provoque une déformation spectaculaire et irréversible du visage et des souffrances atroces**.
- «**On ne permettrait pas à un animal d'endurer ce que j'endure**», affirme Chantal Sébire.
- «En 2000, j'ai **perdu l'odorat et le goût**, puis la tumeur a évolué et **mangé les mâchoires**, avant de **s'attaquer aux orbites des yeux**. J'ai perdu la vue en octobre 2007, le tout dans des douleurs atroces qui ont duré quatre heures».

Chantal Sébire – Suicide III

- Sur les huit neurochirurgiens consultés, deux seuls ont accepté de la recevoir, avant de lui déclarer que cette tumeur était incurable.
- Refusant d'être mise dans un état second avec la médication qui n'améliore pas la souffrance, **Chantal Sébire ne demande qu'à partir sereinement**, en accord avec ses trois enfants.
- Elle a saisi la justice d'une demande exceptionnelle d'euthanasie par un médecin, une démarche qui constitue une première en France.
- Dans sa demande, Mme Sébire, faisait état :
  - De ses **souffrances intenses et permanentes**
  - Du **caractère incurable** des maux dont elle est atteinte
  - De son **refus de devoir supporter l'irréversible dégradation** de son état.
- Elle demande à la justice **d'autoriser l'un de ses médecins à lui prescrire le traitement nécessaire pour lui permettre de terminer sa vie dans le respect de sa dignité**.

Chantal Sébire – Suicide IV

- Le premier ministre François Fillon est intervenu dans le débat, estimant difficile de répondre à cette demande car on est **aux limites de ce que la société peut dire, de ce que la loi peut faire**.
- La loi de 2005 en vigueur en France instaure, dans certains cas, une **sorte de droit au laisser mourir par l'arrêt de tout traitement, mais sans permettre aux médecins de pratiquer une euthanasie active**.
- Le **lundi 17 mars 2008**, la justice française rejette la demande d'euthanasie de Chantal Sébire car le droit en France n'autorise pas l'euthanasie active.
- «**Même si la dégradation physique de Mme Sébire mérite la compassion, le juge en l'état de la législation française ne peut que rejeter sa demande**», souligne dans son ordonnance le tribunal de grande instance de Dijon.

Chantal Sébire – Suicide V

- Dans ses attendus, le juge affirme que la requête de Chantal Sébire «**s'oppose au code de déontologie médicale**, lequel dispose que le médecin n'a pas le droit de délibérément donner la mort».
- Elle «**s'oppose également au code pénal**» qui **condamne l'assistance et l'aide au suicide**, poursuit l'ordonnance, en énumérant des articles de la Convention européenne des droits de l'Homme et du code de la Santé publique.
- **Le mercredi 19 mars 2008, Chantal Sébire est retrouvée morte**.
- Sa mort intervient le même jour que celle de l'écrivain belge Hugo Claus qui, atteint de la maladie d'Alzheimer, a choisi de mourir en Belgique par euthanasie mercredi à l'âge de 78 ans.
- La Belgique fait partie depuis 2002 des rares pays au monde à avoir légalisé l'euthanasie sous certaines conditions.

Chantal Sébire – Suicide VI

- Chantal Sébire a **absorbé un barbiturique à dose mortelle**, selon les résultats des analyses révélés jeudi.
- Le produit a été retrouvé en grande quantité dans l'estomac de Chantal Sébire, ce qui signifie qu'il a été absorbé par voie orale.
- Les concentrations observées sont de près de trois fois la dose mortelle de ce produit indiquant que le surdosage de Pentobarbital constaté dans le sang de Chantal Sébire était donc compatible avec son décès.
- Le cas de cette femme a suscité l'intérêt des médias en France où il a relancé la question de l'euthanasie active légale, pratiquée aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg et en Suisse.

Sue Rodriguez – Suicide I

Sue Rodriguez – Suicide II

- À quarante et un ans, Sue Rodriguez, une mère de famille de la Colombie-Britannique, apprend qu'elle est atteinte de la **sclérose latérale amyotrophique appelée aussi maladie de Lou Gehrig**, **et qu'il ne lui reste que quelques années à vivre**.
- En novembre 1992, elle présente à un sous-comité des Communes une requête d'amendement à la section du Code criminel qui considère comme un crime l'assistance au suicide.
- «Si je ne puis pas donner mon consentement à ma propre mort, alors à qui appartient ce corps? Qui est le propriétaire de ma vie?», demandait-elle, réclamant ainsi le respect du droit à la libre disposition de son corps.
- John Hofsess, fondateur de la Société pour le droit de mourir, a signé un contrat d'aider au suicide dans lequel il est écrit: «Moi, John Hofsess, **consent à assister Sue Rodriguez pour mettre fin à sa vie à l'heure choisie par elle**, de préférence avec la permission de la loi canadienne, sinon par l'autorité morale de ma conscience personnelle.»

Sue Rodriguez – Suicide III

- En mai 1993, Sue Rodriguez en **appelle à la Cour suprême du Canada afin qu'elle crée une exemption constitutionnelle** au Code criminel qui engage des poursuites à l'égard du médecin ou de toute autre personne aidant quelqu'un à commettre un suicide.
- La **Cour refusera cette exemption, cinq voix contre quatre**.
- Sue Rodriguez fonde son argumentation concernant l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés sur la **violation de ses droits à la liberté et à la sécurité de la personne**.
  - 7. 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.
- Selon la Cour, on ne peut dissocier ces droits du principe du **caractère sacré de la vie**, qui est la troisième valeur protégée par l'article 7.

Sue Rodriguez – Suicide IV

- **La Cour ajoute que même lorsque la mort paraît imminente, chercher à contrôler le moment et la façon de mourir constitue un choix conscient de la mort plutôt que la vie**. C'est pourquoi la vie, comme valeur, entre en jeu en l'espèce. Le droit de l'appelante à la sécurité de sa personne doit être examiné en fonction des autres valeurs mentionnées à l'article 7.
- La sécurité de la personne selon l'article 7 englobe des notions d'autonomie personnelle (du moins en ce qui concerne le droit de faire des choix concernant sa propre personne), de contrôle sur son intégrité physique et mentale sans ingérence de l'État, et de dignité humaine fondamentale.
- L'interdiction prévue à l'al. 241b) du Code criminel, qui présente un rapport suffisant avec le système de justice pour entraîner l'application des dispositions de l'article 7, prive l'appelante 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.

Sue Rodriguez – Suicide V

- Cependant toute privation qui en résulte n'est pas contraire aux principes de justice fondamentale. La conclusion est la même à l'égard de tout intérêt en matière de liberté qui peut entrer en jeu.
- 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 établie de longue date, prévue à l'article 241b), et qui répond à **l'objectif du gouvernement de protéger la personne vulnérable**, 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**.
- Une interdiction générale de l'aide au suicide semblable à celle de l'al. 241b) semble aussi être la norme au sein des démocraties occidentales et ce genre d'interdiction n'a jamais été jugée inconstitutionnelle ou contraire aux droits fondamentaux de la personne.

Sue Rodriguez – Suicide VI

- Ces pays, dont le Canada, reconnaissent et, en général, appliquent le **principe du caractère sacré de la vie** sous réserve d'exceptions restreintes dans les cas où les **notions d'autonomie personnelle et de dignité doivent prévaloir**.
- **On ne peut conclure à l'existence d'un consensus en faveur de la décriminalisation du suicide assisté**. S'il se dégage un consensus, c'est celui que la vie humaine doit être respectée. Ce consensus trouve son expression juridique dans notre système de droit qui interdit la peine capitale. L'interdiction de l'aide au suicide sert un objectif semblable.
- Compte tenu des craintes d'abus et de la grande difficulté à élaborer des garanties adéquates, **l'interdiction générale de l'aide au suicide n'est ni arbitraire ni injuste**. **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. L'alinéa 241b) ne porte donc pas atteinte à l'article 7 de la Charte.

Sue Rodriguez – Suicide VII

- Le juge en chef Lamer (dissident): L'alinéa 241b) du Code porte atteinte au droit à l'égalité prévu au paragraphe 15(1) de la Charte.
- Bien qu'apparemment neutre, à première vue, l'alinéa 241b) a pour effet de **créer une inégalité puisqu'il empêche des personnes physiquement incapables de mettre fin à leur vie sans aide de choisir le suicide sans contrevenir à la loi, alors que cette option est en principe ouverte au reste de la population**.
- Cette **inégalité**, la privation du droit de choisir le suicide, **peut être qualifiée de fardeau ou de désavantage**, puisqu'elle limite la capacité des personnes qui en sont victimes de prendre et de mettre en oeuvre des décisions fondamentales concernant leur vie et leur personne.
- Pour elles, **les principes d'autodétermination et d'autonomie, qui ont une importance fondamentale dans notre système de droit, ont été limités**.

Sue Rodriguez – Suicide VIII

- Cette inégalité est imposée à des personnes incapables de mettre fin à leur vie sans assistance, en raison d'une déficience physique, une caractéristique personnelle qui figure parmi les motifs de discrimination énumérés au paragraphe 15(1).
- Le juge Antonio Lamer s'inspire de l'analyse faite par le juge McEachern de la cour d'appel de la Colombie-Britannique afin de **proposer certaines conditions qui auraient permis à Sue Rodriguez d'exercer son droit de terminer sa vie**.
- Ces conditions se lisent comme suit :
  - **l'aptitude mentale** de la personne qui veut mettre fin à ses jours,
  - **son état de santé**,
  - **son désir de mourir**, et
  - **la nature des moyens utilisés**.

Sue Rodriguez – Suicide IX

- Le juge Cory (dissident): **L'article 7** de la Charte, qui accorde aux Canadiens le droit constitutionnel à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, est une disposition qui **met l'accent sur la dignité inhérente à l'existence humaine**. **La mort fait partie intégrante de la vie, alors la mort comme étape de la vie a droit à la protection constitutionnelle prévue par l'article 7**.
- **Il s'ensuit que le droit de mourir avec dignité devrait être aussi bien protégé que n'importe quel autre aspect du droit à la vie.**
- **Des interdictions édictées par l'État, qui imposeraient une mort atroce et douloureuse à un malade en phase terminale, handicapé et lucide, constitueraient une insulte à la dignité humaine.**

Sue Rodriguez – Suicide X

- Il n'y a aucune différence entre permettre à un malade sain d'esprit de choisir de mourir avec dignité en refusant un traitement et permettre à un malade sain d'esprit mais en phase terminale de choisir de mourir avec dignité en arrêtant le traitement qui lui permet de survivre, même si, du fait de son incapacité physique, cette mesure doit matériellement être prise par quelqu'un d'autre selon ses instructions.
- De même, il n'y a 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 d'autre. Puisque le droit de choisir la mort est offert aux malades qui ne sont pas physiquement handicapés, il n'y a aucune raison de refuser ce choix à ceux qui le sont.

Sue Rodriguez – Suicide XI

- Le **12 février 1994, quatre mois après avoir perdu sa bataille juridique**, **elle meurt dans l'illégalité, assistée dans son suicide par un médecin anonyme**, en présence de Svend Robinson, député néo-démocrate aux Communes.
- Voir le film intitulé *At the End of the Day: The Sue Rodriguez Story* (2000). Cette production canadienne, qui met en vedette Wendy Crewson de Hamilton, Ontario, a été réalisée par Sheldon Larry.
- **Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) [1993] 3 R.C.S. 519**

Sue Rodriguez comparée à Stephen Hawking

Il a publié, entre autre :
Une brève histoire du temps
Trous noirs et bébés univers
L'univers dans une coquille de noix

Stephen William Hawking est né le 8 janvier 1942 à Oxford en Grande Bretagne. Il est un physicien théoricien renommé connu pour ses travaux concernant les trous noirs, la cosmologie et la gravité quantique.

Dans les années 1970. Hawking commence à développer une dystrophie musculaire causée par une sclérose amyotrophique latérale ou maladie de Lou Gehrig.

Les travaux de Hawking ont été réalisés en dépit de l'aggravation de la paralysie causée par la SLA. En 1974, il est devenu incapable de se nourrir ou de sortir du lit par lui-même, tandis que son élocution était fortement altérée par sa maladie. En 1985, il a contracté une pneumonie et a dû subir une trachéotomie qui l'a rendu définitivement incapable de parler. Un scientifique de Cambridge a construit un dispositif permettant à Hawking d'écrire sur un ordinateur avec de petits mouvements de son corps, tandis qu'un synthétiseur vocal parle pour lui, lisant ce qu'il vient de taper. Sa maladie a progressé au fil des ans et l'a laissé presque complètement paralysé.

Il est détenteur de la **Médaille Albert-Einstein** remise annuellement à une personne qui a « rendu des services exceptionnels » en rapport avec l'œuvre d'Albert Einstein.

Me Hélène Montreuil © Février 2013

Nouveautés depuis Sue Rodriguez I

- Deux autres cas similaires à celle de Sue Rodriguez sont présentement devant les tribunaux et devraient réorienter la jurisprudence; il s'agit des cas de Gloria Taylor et de Ginette Leblanc.
- **Gloria Taylor est une femme de la Colombie-Britannique âgée de 63 ans et souffrant de la sclérose latérale amyotrophique.**
- **Son cas est similaire à celui de Sue Rodriguez et elle a déposé une demande devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique, l'équivalent de la Cour supérieure du Québec, pour obtenir le droit d'être assistée dans son suicide.**

Nouveautés depuis Sue Rodriguez II

- **Ginette Leblanc est une femme de Trois-Rivières âgée de 47 ans et souffrant également de la sclérose latérale amyotrophique.**
- **Son cas est similaire à celui de Sue Rodriguez et elle a déposé en novembre 2011 une demande devant la Cour supérieure du Québec, pour obtenir le droit d'être assistée dans son suicide.**
- Il n'y a aucun doute que les jugements à intervenir dans ces deux dossiers feront évoluer le droit dans une direction ou dans l'autre.
- **Parmi les neufs juges qui étaient en poste en 1993 dans le cas Rodriguez, il n'en reste plus qu'un; il s'agit de la juge Beverley McLachlin qui était dissidente en 1993 et qui est maintenant la juge en chef de la Cour suprême du Canada.**

Gloria Taylor I

Gloria Taylor II

- **Le 15 juin 2012, la juge Lynne Smith de la Cour suprême de la Colombie-Britannique rendait jugement à l'effet que la loi fédérale était inconstitutionnelle, mais avait cependant suspendu l'application de son jugement en accordait un an à la Chambre des communes pour rédiger une nouvelle loi qui prendrait en compte sa décision.**
- **Elle avait du même souffle accordé une exemption à Gloria Taylor pour lui permettre d'avoir recours au suicide assisté si elle le souhaitait pendant cette année.**
- **Le gouvernement fédéral a fait appel de ce jugement, y compris de l'exemption octroyée à Mme Taylor.**
- **Ce jugement de 136 pages et de 1416 paragraphes fait un tour complet de la jurisprudence et des principes en matière de suicide assisté et d'euthansie.**
- ***Carter v. Canada (Attorney General*) 2012 BCSC 886**

Gloria Taylor III

- **Le 10 août 2012, la juge Jo-Ann Prowse de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique rejette la requête du gouvernement fédéral.**
- **Dans sa décision écrite, la juge indique que révoquer l'exemption de Mme Taylor lui causerait un tort irréparable, et qu'éviter cette éventualité l'emporte sur les intérêts du gouvernement.**
- **Ce jugement n'a que 25 pages mais il complète très bien le jugement de première instance.**
- ***Carter v. Canada (Attorney General)* 2012 BCCA 336**

Gloria Taylor IV

- **Le Vendredi le 5 octobre 2012, Gloria Taylor, âgée de 64 ans, décède d'une infection entrainée par un colon perforé.**
- **Le décès de Gloria a été rapide et sans douleur et elle n'a pas eu à souffrir d'une longue et pénible mort en raison de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), ce qu'elle craignait et ce qui l'avait incité à participer à l'action en justice, a déclaré Grace Pastine, porte-parole de la BCCLA.**
- **Gloria Taylor était la demanderesse principale dans la cause de la Société des libertés civiles de la Colombie-Britannique ou BCCLA.**

Ginette Leblanc I

Ginette Leblanc II

- Les procureurs de Madame Ginette Leblanc ont eux aussi demandé une exemption constitutionnelle en son nom et ce, pour des raisons évidentes.
- Ils ont toutefois l'intention d'ajouter à leur requête qu'il n'y aura pas d'appel possible de la décision, ceci afin de gagner du temps et de permettre à Madame Leblanc d'obtenir l'aide médicale pour mettre fin à ses jours, le moment venu.
- Madame Leblanc vit dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) parce qu'elle n'a plus d'aide à domicile.
- La samedi 2 février 2013, Madame Ginette Leblanc décède avant le début des auditions prévues pour mars 2013 au palais de justice de Trois-Rivières.

Nancy B. – Interruption I

- Nancy B., âgée de 25 ans, est atteinte de **paralysie motrice** causé par le **syndrome de Guillain-Barré** qui la confine à un lit d'hôpital. Elle est hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Québec où elle a été **intubée et branchée sur un respirateur**.
- Ce **traitement de soutien est essentiel à la vie**.
- Ses facultés intellectuelles sont intactes et elle a été informée de **l'irréversibilité de sa maladie**.
- Elle **demande d'être débranchée**.
- En vertu de 19.1 C.C. ou 11 C.c.Q. (nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement), le juge permet au médecin traitant de cesser le traitement de soutien respiratoire au moment voulu par Nancy B. et autorise le médecin à requérir de l'Hôtel-Dieu l'assistance nécessaire pour **respecter la dignité** de Nancy B.

Nancy B. - Interruption II

- Cette affaire porte également sur la **responsabilité criminelle du médecin** qui, à la demande de Nancy B., devrait débrancher le respirateur.
- Après avoir évoqué les articles 45, 216, 217 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**.
- **«J'avais à dire le droit sur cette délicate affaire ; j'ai rempli mon devoir. Je continuerai quand même à espérer contre toute espérance.» dixit le Juge Jacques Dufour.**
- **Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec [1992] R.J.Q. pages 361 à 367, CS**

Robert Corbeil – Interruption I

- Robert Corbeil, un homme de 35 ans devenu **quadraplégique** suite à un **accident de véhicule tout-terrain**, entreprend un jeûne et refuse toute forme d'alimentation pour se laisser mourir.
- **Il n'est atteint d'aucune maladie et il n'est donc pas en phase terminale mais éprouve une grande douleur psychologique de voir que ses enfants semblent se désintéresser de lui à cause de son état. Il est par ailleurs apte et tout à fait lucide selon son psychiatre**.
- **Sa condition est cependant irréversible et son pronostic de récupération est nul** selon la preuve médicale. Le patient avait donné en outre des directives à son épouse, au moyen d'un mandat donné en prévision de son inaptitude, devant deux notaires, de n'autoriser **aucune technique pour le soigner ou l'alimenter lorsque son état le rendrait incapable de les refuser lui-même**, ce qui surviendrait s'il tombait dans un coma entraîné par le jeûne qu'il avait entrepris.

Robert Corbeil - Interruption II

- **Il demandait cependant qu'on l'assiste en lui donnant des médicaments pour alléger ses souffrances**.
- Craignant que des accusations ne soient portées en vertu des articles 215 (omission de fournir des choses nécessaires à la vie) et 241 (aide au suicide) du *Code criminel*, le centre d'accueil qui l'hébergeait s'adressa au tribunal afin de faire clarifier ses droits et obligations à l'égard des directives du patient.
- **Constatant que le patient était suffisamment conscient, équilibré et lucide pour prendre une telle décision**, **le tribunal conclut que l'on devait respecter sa volonté de mettre fin à ses jours et que son refus devait primer sur l'obligation du centre d'accueil de lui fournir des soins**.

Robert Corbeil - Interruption III

- Le juge cite avec approbation le juge Reeves dans l'affaire *Goyette* :
  - **Il ajoutait qu'en thèse générale les lois fédérales et provinciales sanctionnent l'importance du droit à la vie. Toutefois, il s'exprime comme suit :**
  - **« L'État doit préserver la vie humaine, mais si, malgré ses soins, la vie devient inhumaine, c'est la dignité de la personne qui doit l'emporter sur l'intérêt de l'État. L'article 12 de la Charte canadienne des droits permet alors à la personne de dire que tout traitement qu'on veut lui administrer est « cruel », et elle peut le refuser. Mais le test de la disparition de la dignité de la vie doit être objectif »**
  - **Le cas Robert Corbeil est sûrement aussi grave. Dans ces circonstances, la décision à prendre doit aller dans le sens de la primauté du respect de la volonté de l'intimé de mettre fin à ses jours.**

Robert Corbeil - Interruption IV

- Le tribunal ajoute qu'en l'espèce le mandat clair et la volonté clairement exprimée par le patient au moment où il était lucide, devaient être respectés lorsqu'il deviendrait inapte.
- Par ailleurs, le juge soulignait l'importance de respecter l'évaluation que se fait le patient lui-même de la qualité de sa vie :
  - **« Quant au critère de qualité de vie, le Tribunal estime que ni un individu ni le juge ne peuvent se prononcer sur la qualité de la vie d'un tiers. Cette évaluation, trop subjective et personnelle, ne peut être faite que par l'individu lui-même.**

Robert Corbeil - Interruption V

- Le juge ajoute que la nourriture est un soin de base et qu'on ne peut forcer le patient à s'alimenter sans aller à l'encontre de l'article 19.1 du *Code civil du Québec* :
  - **Et lorsque le législateur emploie les termes « ou de toute autre intervention », on peut les assimiler dans ce cas à l'interdiction d'un gavage ou d'un soluté, selon la volonté de l'individu.**
  - **En principe, toute personne a le droit de jouir de la vie et, en corollaire, il a aussi le droit de mourir dans la dignité et suivant son choix, qui est bien subjectif; alors la requérante ne peut forcer l'intimé à cesser son jeûne.**

Robert Corbeil - Interruption VI

- Le tribunal conclut :
  - **Enfin, si cela devenait nécessaire, le Tribunal recommande et permet que le centre d'accueil, son personnel infirmier et surtout le médecin traitant fournissent à l'intimé, suivant sa volonté, les médicaments appropriés pour soulager efficacement ses douleurs afin de lui réserver une mort douce. L'assistance nécessaire en pareilles circonstances doit se faire en respectant la dignité de l'intimé.**
- Cette décision, qui survint à peine quelques semaines après l'affaire Nancy B, élargit le droit de refus du patient.
- Après la décision, Robert Corbeil, valorisé par la décision de la Cour qui reconnaît son droit à disposer de son corps, interrompt sa grève de la faim et décide de participer à des programmes de réadaptation. Il est encore vivant en 2010.
- **Manoir de la Pointe Bleue Inc. c. Corbeil, 1992, RJQ 712, CS**

Conclusions Nancy B et Corbeil I

- Les décisions Nancy B. et Corbeil sur la cessation et l'interruption de traitement établissent sept principes importants pour déterminer le droit de refus du patient :

1. Une personne majeure apte à consentir est apte à refuser un traitement, même si la conséquence de son refus est non seulement une mort possible, mais une mort probable.

2. Le droit de refuser peut s'exercer tout autant à l'égard de soins ou traitements extraordinaires ou artificiels (ex. : respirateur) qu'à l'égard de soins ordinaires ou de maintien de la vie (alimentation, hydratation); juridiquement il n'y a pas donc lieu de les distinguer.

Conclusions Nancy B et Corbeil II

3. Le consentement du patient apte à la cessation ou l'interruption de traitement, même dans l'éventualité très probable où cette décision peut entraîner la mort de la personne, met fin à l'obligation prévue à l'article 217 du *Code criminel*, qui oblige le médecin à poursuivre un traitement entrepris si la cessation de celui-ci peut entraîner des conséquences graves pour le patient. Le consentement du patient constitue la limite des obligations du médecin.

4. Une personne majeure apte dont la décision de mettre fin à ses jours ne découle pas d'une maladie mentale, mais d'un choix raisonné, ne peut être empêchée de se suicider si elle a décidé de le faire. Une personne en établissement de santé ne commet pas l'infraction criminelle d'aide au suicide si elle lui rend disponibles l'aide et les soins pour la maintenir en vie, mais sans lui imposer des soins qui pourraient l'empêcher de réaliser sa volonté.

Conclusions Nancy B et Corbeil III

5. Un médecin qui retire un appareil d'assistance respiratoire après s'être assuré de l'aptitude de son patient et du maintien de sa volonté ne démontre pas une attitude négligente qui pourrait engager sa responsabilité criminelle.
6. Les directives qu'une personne peut donner, tant verbalement que par écrit, quant au refus de soins lorsqu'elle sera devenue inapte, doivent être respectées, même si cela entraîne sa mort.
7. Il en sera de même des directives qu'elle a exprimées dans un mandat en prévision d'inaptitude.

Karen Ann Quinlan – Euthanasie I

- En **avril 1975**, Karen Ann suit un régime alimentaire draconien, et tombe dans le coma pendant une fête. Quelques minutes plus tard, elle est trouvée inconsciente et sans respiration.
- Ranimée, les médecins de l'hôpital Newton Memorial déterminent qu'elle a subi des **lésions irréversibles au cerveau**, et elle est **branchée à un respirateur artificiel**.
- Le 30 juin 1975, bien qu'ils soient croyants, **ses parents signent les autorisations nécessaires pour qu'elle soit débranchée du respirateur**, les autres soins étant maintenus.
- Les **autorités de l'hôpital refusent**, car les parents n'ont pas la garde légale de Karen Ann qui a 21 ans à ce moment.
- Le 9 septembre 1975, l'avocat des parents dépose une demande pour se faire entendre devant une cour du New Jersey.

Karen Ann Quinlan – Euthanasie II

- Les tenants pro-vie affirment que Karen doit rester en vie à tout prix, **car décider de sa mort est** équivalent à **se substituer à Dieu**.
- D'autres s'opposent et sont en faveur de la **qualité de vie**.
- Les parents souhaitent que **les souffrances de Karen cessent**.
- Le 31 mars 1976, la Cour suprême du New Jersey, rend son jugement à l'unanimité : **les parents ont la garde légale de Karen Ann et Karen a droit à la protection de sa vie privée**.
- De plus, la cour affirme que **si la mort survient après le débranchement**, ce ne sera pas un homicide, mais une **mort due à une cause naturelle**.
- **L'hôpital débranche alors le respirateur**, mais Karen Ann Quinlan **survit neuf ans dans le coma** et sous perfusion. Elle est décédée en 1985, dans un foyer de soins de santé où elle avait vécu.

Nancy Morrison – Euthanasie I

- Le 6 mai **1997**, à Halifax, la Docteure Nancy Morrison est arrêtée et accusée du meurtre au premier degré d'un patient cancéreux en phase terminale. Paul 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 Paul 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, **Paul Mills a reçu des doses de médicaments au-delà du seuil létal**, chose qu'il n'avait jamais vue.

Nancy Morrison – Euthanasie II

- Le patient demeurant très souffrant, la Docteure 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 Docteure Morrison à procès, soulignant que Paul 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 Paul Mills après l'arrêt du respirateur.

Nancy Morrison – Euthanasie III

- Le juge Randall a statué que, **indépendamment de l'intention** avec laquelle la Docteure Morrison lui avait prétendument administré du chlorure de potassium, **Paul 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.
- **CMAJ 1997;157:757-62**

Robert Baxter - Euthanasie I

- La Cour d'appel du Montana a reconnu le droit de Robert Baxter **de mettre fin à ses jours par suicide assisté de même que l'immunité du médecin agissant dans de telles circonstances**.
- Robert Baxter souffrait de leucémie lymphocytique, une maladie mortelle. Il est mort le 5 décembre 2008, quelques heures après que la Juge Dorothy McCarter lui ait reconnu le droit de mourir dans la dignité.
- Dans sa décision, la Cour s'appuie sur l'existence dans la loi criminelle de l'État du Montana d'un moyen de **défense fondé sur le consentement de la victime, admissible si non contraire à l'intérêt public**.
- À cette fin, la Cour analyse la Loi sur les droits des malades en phase terminale (Montana Rights of the Terminally Ill Act) qui crée **une immunité criminelle, civile et professionnelle pour les médecins qui respectent les volontés de fin de vie d'un malade pour conclure qu'un tel consentement ne contrevient pas à l'intérêt public**.

Robert Baxter - Euthanasie II

- La Cour d'appel du Montana rappelle le lien entre liberté et dignité de la personne dans une société de tradition occidentale respectueuse de la liberté individuelle :
  - **Similarly, Clifford and Huff explain that in our Western ethical tradition, especially after the Religious Reformation of the 16th and 17th centuries, dignity has typically been associated with the normative ideal of individual persons as intrinsically valuable, as having inherent worth as individuals, at least in part because of their capacity for independent, autonomous, rational, and responsible action. Clifford and Huff, 61 Mont. L. Rev. at 307.**
  - **Society does not have the right to strip a mentally competent, incurably ill individual of her inviolable human dignity when she seeks aid in dying from her physician. Dignity is a fundamental component of humanness; it is intrinsic to our species; it must be respected throughout life; and it must be honored when one's inevitable destiny is death from an incurable illness.**

Robert Baxter - Euthanasie III

- Cette conclusion du juge James C. Nelson cerne bien le rôle de l'État et les limites inhérentes à l'ingérence de la société ou de l'État face à la liberté fondamentale reconnue à toute personne dans une société libre et démocratique, particulièrement en ce qui concerne les décisions la concernant dont celles relatives à la finitude de sa vie.
- **Ces lois sur le suicide assisté laissent cependant ouverte la question de l'accessibilité à cette voie de finitude de leur vie pour les personnes n'étant pas en phase terminale mais dont la vie a perdu son sens en raison des conséquences ou séquelles d'un accident ou maladie dégénérative ayant produit une incapacité de participer à des activités normales et de prendre soin d'eux-mêmes.**

Robert Baxter - Euthanasie IV

- Cette situation découle directement du choix de légiférer sur le suicide médicalement assisté; le rôle volontaire des médecins dans le processus ne pouvant s'inscrire que pour des malades en phase terminale.
- **À ce jour, aucune loi ne reconnait spécifiquement la liberté des personnes non en phase terminale d'exprimer leurs choix de fin de vie en ce qui concerne le moment d'y mettre un terme et les moyens pour y parvenir, sous réserve de leur droit au refus de traitement.**
- **Baxter v. Montana, No. DA 09-0051, 2009 Mt 249**
- **Baxter v. Montana, Cause No. ADV-2007-787, Dec. 5, 2008 (2008 Mont. Dist. LEXIS 482)**
- **Montana Code, Title 45, Chapter II - Section 45-2-211: Consent as a defense**

Clara Blanc – Euthanasie I

- Le 1er avril **2008**, Clara Blanc, une Française de 31 ans, atteinte du **syndrome d'Ehlers Danlos**, une maladie génétique dégénérative rare, a demandé au président Nicolas Sarkozy un référendum sur l'euthanasie, **deux semaines après la mort d'une autre malade, Chantal Sébire, qui avait lancé un appel similaire**.
- Le syndrome d'Ehlers-Danlos est une maladie génétique rare, liée à une anomalie du tissu conjonctif. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes, quelque soit la race ou l'ethnie, et concernerait une naissance pour 5 000 à 10 000.
- Le syndrome d'Ehlers-Danlos regroupe des affections génétiques rares et différentes, nommées d'après les travaux d'Ehlers, un danois, et Danlos un français, au début du XXe siècle. Il aurait pour origine un déficit d'un type de collagène, une protéine naturelle qui existe normalement chez l'homme.

Clara Blanc – Euthanasie II

- Si cette protéine manque ou est altérée, les conséquences cliniques sont importantes et variées :
  - **La peau est hyper-élastique, très fragile et se déchire pour des chocs minimes. Les plaies béantes cicatrisent difficilement**
  - **Les articulations sont hyper-laxes et les luxations de l'épaule, de la rotule, des mains et des pieds sont fréquentes**
  - **Le moindre choc provoque des bleus**
  - **Les douleurs chroniques peuvent parfois s'accompagner d'arthrose précoce des articulations**
  - **Les jeunes patients sont touchés par d'importantes scolioses et sont très fatigués.**
- Il **n'existe malheureusement aujourd'hui aucun traitement** des causes de la maladie. Seuls les traitements des symptômes sont possibles comme la suture des plaies et la chirurgie des articulations ou de la colonne vertébrale dans les cas extrêmes.

Clara Blanc – Euthanasie III

- Clara Blanc déplore qu'il soit impossible en France de mourir dans la dignité «de façon officielle et légale». «Nos politiciens ont opposé à ma demande (...) des textes de loi qui prônent la vie à tout prix», en appelant à un «référendum» sur l'euthanasie.
- La jeune femme précise que sa maladie doit la conduire à terme «dans un fauteuil roulant puis vers une dépendance totale, le tout dans des douleurs généralisées et intenses». Mais elle a indiqué à l'AFP ne pas être «suicidaire» et vouloir mourir «le plus tard possible».
- Clara Blanc, qui est en contact avec l'association helvétique d'aide au suicide **Dignitas**, a déploré que le coût total de l'euthanasie «s'élève à 6000 euros», une somme dont elle ne dispose pas.
- «Mais je sais que, comme Chantal Sébire, je trouverai une issue», dit-elle encore.

Andrew Sawatzky – Ne pas réanimer I

- 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, 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 Dr Engel, estimait **qu'il ne conviendrait pas de réanimer Andrew Sawatzky** en cas d'arrêt cardiaque, mais il a consenti à la demande de Mme Sawatzky et a ordonné qu'on réanime son patient au besoin, en dépit de sa propre opinion sur la question.
- Au cours de l'été, le Dr Engel a décidé que Andrew Sawatzky avait besoin de subir un traitement médical spécifique, soit une trachéostomie avec installation d'une sonde à ballonnet.
- Mme 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.

Andrew Sawatzky – Ne pas réanimer II

- Cela a eu pour effet de faire du curateur public le tuteur de la personne d'Andrew Sawatzky et de lui conférer le pouvoir de consentir à des traitements médicaux en son nom.
- L'état de Andrew Sawatzky continuant de se détériorer, le **Dr Engel a fait une ordonnance DNR à la fin d'octobre 1998.**
- Mme 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**.

Andrew Sawatzky – Ne pas réanimer III

- **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 Andrew 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**? 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?

Andrew Sawatzky – Ne pas réanimer IV

- Les deux avis médicaux indépendants ont été rendus en janvier 1999, et **leurs auteurs convenaient** tous deux qu'Andrew 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, Andrew Sawatzky est décédé** au Victoria General Hospital de Winnipeg à l'âge de 79 ans.
- **Mme 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**.
- Évidemment, le décès d'Andrew Sawatzky met fin au procès.

Stéphan Dufour – Aide au suicide I

- Stéphan Dufour est âgé de 30 ans et souffre d'une **déficience mentale légère**. Il est **extrêmement vulnérable à la pression qui est exercée sur lui**, surtout de façon réprobatrice et, à plus forte raison agressive.
- Il est très proche de son oncle Chantal Maltais et, depuis l'an 2000, il lui rend visite quotidiennement, parfois même à plusieurs reprises au cours d'une même journée.
- Chantal Maltais est atteint de **poliomyélite, une maladie incurable qui limite sa capacité physique de façon générale. Il est suicidaire et demande de façon répétitive aux membres de sa famille de l'aider à se donner la mort**. À deux reprises, il semble qu'il ait tenté de mettre fin à ses jours.
- En 2005, **son état s'est gravement détérioré et il est devenu acariâtre. Il manifeste de l'agressivité envers ses proches devant leur refus de lui apporter l'aide requise**. **Stephan est au nombre de ceux qui subissent ces pressions**.

Stéphan Dufour – Aide au suicide II

- Le 7 septembre 2006, sur l'insistance répétée de son oncle, **Stéphan installe un dispositif dont la pièce maîtresse est un collier étrangleur pour chien**. Une corde relie ce collier à la tringle d'une garde-robe. Les deux anneaux de l'étrangleur sont retenus ensemble par une petite épingle, de sorte qu'une pression à l'intérieur du collier suffit à déplacer l'épingle et à actionner ainsi le système de nœud coulant.
- Le samedi 9 septembre 2006, Stéphan frappe à la porte du domicile de son oncle. Sans avoir obtenu de réponse, il entre et constate que le lit est vide. Il va alors chercher sa mère et, en compagnie de cette dernière et d'un autre oncle, il se rend au domicile de Chantal Maltais. **Il retrouve ce dernier mort par strangulation; le dispositif a fait son œuvre**.

Stéphan Dufour – Aide au suicide III

- Relativement à l'installation du dispositif, Stephan affirme au procès qu'il n'était plus capable de se faire harceler, qu'il a cédé, mais qu'il ne voulait pas le faire : «**Je l'aimais beaucoup, je n'étais plus capable, je me sentais en prison. Je voulais pas qu'il le fasse**.» En désaccord avec le projet, il a suggéré à son oncle d'y repenser et l'a enjoint de ne pas mettre son dessein à exécution.
- Dans son rapport, le psychologue Van Gijseghem avance l'opinion suivante :
  - **Le cocktail d'un Trouble de la Personnalité Dépendante, un Retard Mental, et une suggestibilité extrême, fait qu'il est peu probable et même peu possible que Monsieur Dufour aurait pu résister à la demande de son oncle.**
- La Cour d'appel maintient l'acquittement.
- **200-10-002328-099 - R. c. Dufour 2010 QCCA 2413**

Reine c. Y.P. – Aide au suicide I

- Y. P. est non-voyant et semi-autonome suite à un accident survenu en 1974 alors qu'un projectile d'une arme à feu l'a atteint au niveau des yeux lui faisant perdre la vue.
- **La victime est gravement handicapée par une paralysie cérébrale**. Ses bras fonctionnent en partie. Comme elle a perdu l'usage de ses jambes, elle ne peut se déplacer et elle est alitée de façon permanente. Elle a également développé différentes problématiques de santé en raison de son état. **Elle dépend entièrement des autres dont l'accusé pour prendre soin d'elle**.
- **À plusieurs reprises dans le passé, madame a demandé à l'accusé et à d'autres personnes de lui fournir des pilules afin de l'aider à mourir**.
- Ce 27 avril 2008, madame est bien décidée à mettre fin à ses jours et insiste auprès de l'accusé pour obtenir des pilules.

Reine c. Y.P. – Aide au suicide II

- Il refuse d'abord pour finalement s'exécuter. Il lui remet **une quarantaine de *Dalman***. Madame réussit à ingurgiter cette dose potentiellement mortelle en buvant de l'eau à l'aide d'une paille.
- L'accusé quant à lui consomme une quantité importante de ***Dilantin***.
- Or, ce jour-là, une infirmière du CLSC se rend au domicile du couple afin d'effectuer le changement des pansements de madame.
- Constatant leur état de somnolence, elle fait appel au service d'urgence.
- **L'administration de traitements appropriés permet au couple de survivre**.
- Cet épisode survient au moment où les autorités du CLSC étudient la possibilité de transférer madame en centre d'hébergement. Comme elle ne veut pas être séparée de l'accusé, elle n'est pas d'accord.

Reine c. Y.P. – Aide au suicide III

- Cela dit, **la peine doit être proportionnelle à la gravité de l'infraction et au degré de responsabilité du délinquant**.
- Il s'agit de l'élément central de la détermination de la peine qui requiert que **la sanction n'excède pas ce qui est nécessaire**, **juste et approprié compte tenu de la culpabilité morale du délinquant, de la gravité de l'infraction commise et de sa dénonciation**.
- La peine doit tendre à la réalisation d'un ou de plusieurs des objectifs prévus aux articles 718 à 718.2 du *Code criminel* à l'occasion d'un processus individualisé de **détermination de la peine qui tient compte de la situation de l'accusé et des circonstances aggravantes et atténuantes particulières à chaque affaire**.

Reine c. Y.P. – Aide au suicide IV

- **Le degré de responsabilité de l'accusé, sa culpabilité morale, son intention de contrevenir à la loi doivent être analysées en tenant compte du contexte de compassion, des nombreux refus d'assistance au suicide que madame a essuyés de la part de l'accusé antérieurement et même cette journée-là, des insistances de madame et du fait qu'il espérait en bout de ligne qu'elle survive à cette dose massive de médicaments qu'il lui procure.**
- **Prises ensemble, les circonstances particulières de la présente affaire ainsi que les caractéristiques personnelles de l'accusé l'emportent sur la gravité importante de l'infraction et je conclus que la peine suggérée par les procureurs suite à une importante réflexion de leur part tient compte de l'ensemble des principes, des facteurs et des circonstances particulières du cas et j'y fais droit.**

Reine c. Y.P. – Aide au suicide V

- Je sursois au prononcé de la peine et j'ordonne que **l'accusé soit soumis pendant trois ans à une ordonnance de probation** selon les conditions suivantes :
  - Ne pas troubler l'ordre public et avoir une bonne conduite.
  - Répondre aux convocations du tribunal.
  - Prévenir le greffe de la cour de tout changement de nom, d'adresse, d'emploi ou d'occupation dans les cinq jours des changements.
  - L'accusé est soumis à un suivi probatoire pour les 12 premiers mois de l'ordonnance.
  - À cet effet, il devra se présenter d'ici 16 h aujourd'hui au service de probation et par la suite aussi souvent que requis par l'agent de probation et suivre toutes ses directives.
  - **Interdiction de communiquer directement ou indirectement avec madame L... D... et de se trouver ou de se rendre à son domicile**.
- **200-01-125679-088 - R. c. Y.P. 2011 QCCQ 2234**
- **Jugement du 8 février 2011**

Robert Latimer – Meurtre par compassion I

Katy Latimer

Robert Latimer – Meurtre par compassion II

- En 1993, Robert Latimer 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. Il a été inculpé de meurtre au premier degré.
- Tracy :
  - **Souffrait d'une paralysie cérébrale grave**.
  - **Était quadriplégique** et son état physique la rend **immobile**.
  - **Aurait la capacité mentale d'un bébé de quatre mois**.
  - **Ne pouvait communiquer** qu'au moyen d'expressions du visage, de rires et de pleurs.
  - **Dépendait entièrement des autres** pour prendre soin d'elle.
  - **Avait cinq à six crises d'épilepsie par jour** et on croit qu'elle souffre énormément.
  - **Devait être nourrie à la cuillère** et son manque d'éléments nutritifs lui faisait perdre du poids.

Robert Latimer – Meurtre par compassion III

- Des éléments de preuve démontrent que **Tracy aurait pu être nourrie à l'aide d'une sonde positionnée dans son estomac**, ce qui aurait amélioré son alimentation et sa santé et aurait également pu permettre l'administration d'analgésiques plus efficaces, mais Robert Latimer et sa femme ont rejeté cette option.
- Après avoir appris que les médecins veulent effectuer une **intervention chirurgicale supplémentaire**, qu'il **percevait comme étant de la mutilation**, l'accusé décide d'enlever la vie à sa fille.
- Il emmène Tracy à sa camionnette, l'assoit dans la cabine et insère dans la cabine un **boyau lié au tuyau d'échappement de la camionnette**. Tracy meurt d'intoxication par le monoxyde de carbone. L'accusé soutient d'abord que Tracy est simplement morte dans son sommeil, mais admet plus tard lui avoir enlevé la vie.
- Robert Latimer a été déclaré coupable de **meurtre au deuxième degré** et condamné à l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans.

Robert Latimer – Meurtre par compassion IV

- La Cour d'appel a confirmé cette déclaration de culpabilité ainsi que la peine d'emprisonnement, mais la Cour suprême du Canada a ordonné la tenue d'un nouveau procès.
- Au cours du second procès, le juge du procès a décidé que le jury ne pouvait examiner le moyen de **défense fondé sur la nécessité**.
- Le juge du procès a ajouté que si le jury prononce un verdict de culpabilité, la peine minimale obligatoire est l'emprisonnement à perpétuité.
- Le juge a demandé aux jurés s'ils avaient une recommandation à faire quant à une prolongation de la période d'inadmissibilité à la libération conditionnelle au-delà de la période minimale de 10 ans.
- Le juge a ajouté que le jury pouvait recommander ce qu'il voulait.
- **Le jury a recommandé que le délai préalable à la libération conditionnelle soit d'un an.**

Robert Latimer – Meurtre par compassion V

- **Le juge du procès a alors accordé une exemption constitutionnelle de la peine minimale obligatoire, condamnant l'accusé à une peine d'emprisonnement d'un an et à une période de probation également d'un an**.
- **La Cour d'appel** a confirmé la déclaration de culpabilité mais elle **a infirmé la peine**, imposant la peine minimale obligatoire, soit **l'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans**.
- La **Cour suprême du Canada a maintenu** la déclaration de culpabilité et la peine d'emprisonnement à perpétuité sans possibilité de libération conditionnelle avant 10 ans.

Robert Latimer – Meurtre par compassion VI

- Le moyen de défense fondé sur la nécessité est restreint et n'a qu'une application limitée en droit criminel. L'accusé doit démontrer l'existence de trois éléments avant de pouvoir invoquer la nécessité.
  - Premièrement, il doit y avoir **danger imminent**.
  - Deuxièmement, l'accusé ne doit **pas avoir d'autre solution raisonnable et légale** que d'agir comme il l'a fait.
  - Troisièmement, il doit y avoir **proportionnalité entre le mal infligé et le mal évité**.
- En l'espèce, le juge du procès a eu raison de soustraire ce moyen de défense à l'appréciation du jury car il n'y a aucune apparence de vraisemblance quant aux trois exigences relatives à la nécessité.
- L'accusé ne courait pas lui-même un danger et la douleur constante de Tracy ne constituait pas une situation d'urgence en l'espèce.

Robert Latimer – Meurtre par compassion VII

- L'opération que l'on voulait faire subir à Tracy ne mettait pas sa vie en danger et ne risquait pas d'aggraver son état.
- Il n'était pas raisonnable pour l'accusé de croire qu'une intervention chirurgicale de plus constituait un danger imminent, surtout qu'un meilleur contrôle de la douleur était possible.
- Robert Latimer disposait en outre d'au moins une solution raisonnable et légale autre que celle de tuer sa fille : **il aurait pu continuer à endurer ce qui était indiscutablement une situation difficile en aidant Tracy à vivre et en atténuant sa douleur dans toute la mesure du possible, ou permettre à un établissement de s'en charger**.
- La question de savoir s'il est possible de respecter l'exigence de proportionnalité dans le cas d'un homicide demeurant ouverte, le mal infligé en l'espèce était démesurément plus grave que la douleur qui résulterait de l'intervention chirurgicale de Tracy et que l'accusé cherchait à éviter.

Robert Latimer – Meurtre par compassion VIII

- **Tuer quelqu'un** dans le but de mettre fin à la douleur produite par un état de santé physique ou mental qui peut être traité par des soins médicaux, **n'est pas une réaction proportionnée au mal que constitue une douleur** qui ne met pas la vie en danger et qui résulte de cet état de santé.
- La peine minimale obligatoire pour meurtre au deuxième degré ne constitue pas une peine cruelle et inusitée au sens de l'article 12 de la Charte canadienne des droits et libertés.
- Seule la réparation individuelle sollicitée par Robert Latimer, à savoir **l'exemption constitutionnelle**, est en cause.
- Les plus graves conséquences possible ont découlé d'un acte dont l'intentionnalité est la plus grave et la plus moralement coupable.
- La Cour doit donc tenir compte des **circonstances aggravantes** et des **circonstances atténuantes**.

Robert Latimer – Meurtre par compassion IX

- D'une part, la Cour doit prendre en compte les **tentatives initiales de Robert Latimer de dissimuler ses actes**, son absence de remords, sa position de confiance, le degré élevé de planification et de préméditation ainsi que l'extrême vulnérabilité de Tracy.
- D'autre part, la Cour doit également prendre en compte la **bonne moralité et la bonne réputation de l'accusé au sein de la collectivité, sa profonde angoisse au sujet du bien-être de Tracy ainsi que sa persévérance louable en tant que parent qui aime sa fille et prend soin d'elle doivent également entrer en ligne de compte**.
- Cependant, prises ensemble, les caractéristiques personnelles et **les circonstances particulières de la présente affaire ne l'emportent pas sur la gravité considérable de cette infraction**.
- Enfin, la peine est compatible avec un certain nombre d'objectifs pénologiques et de principes de détermination de la peine.

Robert Latimer – Meurtre par compassion X

- Même si les principes de réinsertion sociale, de dissuasion spécifique et de protection qui s'appliquent en matière de détermination de la peine ne doivent pas être pris en considération en l'espèce, la peine minimale obligatoire joue un rôle important dans la dénonciation du meurtre.
- Étant donné que la Cour arrive à la conclusion qu'il n'y a eu aucune atteinte au droit garanti à l'accusé par l'article 12, rien ne justifie d'accorder une exemption constitutionnelle.
- Il nous apparaît important de prendre acte de ce que la Cour suprême du Canada rappelait à la fin de son jugement dans l'affaire Latimer, à savoir l'existence d'une disposition laissant à l'exécutif un rôle décisif quant à la mise en oeuvre et à l'application des dispositions du *Code criminel* :

Robert Latimer – Meurtre par compassion XI

- Il convient également d'évoquer la prérogative royale de clémence figurant à l'art. 749 du *Code criminel*, qui prévoit que « [l]a présente loi n'a pas pour effet de limiter, de quelque manière, la prérogative royale de clémence que possède Sa Majesté ». Comme le souligne le juge Sopinka dans *R. c. Sarson*, 1996 CanLII 200 (C.S.C.), [1996] 2 R.C.S. 223, par. 51, quoique dans un contexte différent :
- Lorsque les tribunaux ne sont pas en mesure d'offrir une réparation appropriée dans les cas où l'exécutif considère qu'il y a emprisonnement injuste, l'exécutif peut accorder la «clémence» et ordonner la libération du contrevenant. La prérogative royale de clémence est la seule réparation possible pour les personnes qui ont épuisé leurs droits d'appel et qui ne sont pas en mesure de démontrer que la peine qui leur a été imposée n'est pas conforme à la *Charte*.

Robert Latimer – Meurtre par compassion XII

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

- Robert Latimer a refusé de se prévaloir de la prérogative royale de clémence et de demander au Premier ministre de commuer ou d'annuler la sentence.
- Robert Latimer est maintenant un homme libre et demeure en Colombie Britannique. Il doit porter un bracelet électronique de surveillance et doit demander à l'avance la permission pour effectuer un voyage de plus de 60 kilomètres, ce qui signifie qu'il ne peut pas retourner librement sur sa ferme en Saskatchewan.
- **R. c. Latimer, [2001] 1 R.C.S. 3**

Marielle Houle – Meurtre par compassion I

- En **2002**, Charles Fariala, un ex-infirmier du centre de soins pour malades chroniques St-Charles-Borromée, reçoit le diagnostic de **sclérose en plaques**.
- En moins de deux ans, **la maladie dégénérative affecte sa mobilité et le jeune homme dit à ses proches qu'il souhaite mourir dans la dignité car il ne peut plus supporter les souffrances liées à sa maladie dégénérative**.
- Charles Fariala **planifie sa mort dans les moindres détails** et discute avec sa mère de différentes façons pour s'enlever la vie.
- Le 25 septembre 2004, **Charles Fariala téléphone à sa mère pour lui demander son aide. Après avoir exprimé des doutes, jugeant que c'était trop tôt, elle accepte et se rend au domicile de son fils. Charles Fariala avale une combinaison de sédatifs et d'autres médicaments avec du gin**.

Marielle Houle – Meurtre par compassion II

- Charles Fariala et sa mère se rendent dans la chambre de Charles Fariala où ce dernier s'allonge et prend d'autres médicaments.
- **Quand il semble endormi, Marielle Houle noue un sac de plastique autour de sa tête**.
- Charles Fariala meurt peu de temps après.
- **Charles Fariala avait laissé des instructions détaillées à l'intention de sa mère pour lui éviter de se faire arrêter, notamment de décrocher le téléphone, de quitter les lieux et d'attendre une heure avant d'appeler la police, mais Marielle Houle panique et appelle immédiatement la police qui l'arrête**.
- Marielle Houle déclare qu'elle a agi par **compassion** pour son fils souffrant.

Marielle Houle – Meurtre par compassion III

- Le 23 janvier 2006, Marielle Houle plaide coupable à l'accusation d'avoir aidé son fils à se suicider.
- Le 27 janvier 2006, le juge Maurice Laramée condamne Marielle Houle à une peine relativement clémente, soit **trois ans de probation**, pour avoir aidé son fils à se suicider.
- Le juge Laramée a noté que le geste de la dame de 60 ans était le **fruit d'une longue réflexion**. Il a reconnu qu'il s'agissait d'un **cas pathétique suscitant beaucoup de sympathie, ajoutant qu'il serait cruel d'emprisonner cette femme dont la santé est précaire, et qui ne présente aucun risque pour la société**.
- Le juge Laramée précise néanmoins que **l'aide au suicide demeure illégale au Canada**, ce qui exclut l'absolution complète.

- **C.S.M. 500-01-013740-045 - R. c. Houle 2006 QCCS 319**

Marielle Houle – Meurtre par compassion IV

- [8] Le législateur traite de la détermination de la peine à la partie XXIII du Code criminel.
- [9] D'entrée de jeu, notons que le législateur précise au paragraphe d) de l'article 718.2 du Code criminel que le tribunal *«a l'obligation, avant d'envisager la privation de liberté, d'examiner la possibilité de sanctions moins contraignantes lorsque les circonstances le justifient».*(nos soulignements)
- [10] D'une part, la peine doit avoir pour effet de dire clairement ce que la société réprouve et de dissuader ceux ou celles qui seraient tentés d'imiter le comportement reproché. D'une autre, elle doit, lorsque c'est possible, favoriser la réhabilitation et la réinsertion sociale du délinquant ou de la délinquante en commençant, pour ce dernier ou cette dernière, par une prise de conscience de sa faute envers la victime mais aussi envers la collectivité.

Marielle Houle – Meurtre par compassion V

- [11] Ainsi, pour décider de la peine, il conviendra de se poser certaines questions:
  - **Qui était la victime?**
  - **Qui est madame Marielle Houle?**
  - **Quelle est sa participation à l'acte criminel reproché?**
  - **Quelles sont les circonstances aggravantes?**
  - **Quelles sont les circonstances atténuantes?**
  - **Quelles sont les peines possibles?**
  - **Quelle est la peine appropriée?**
- [12] Elle est âgée de 60 ans. Elle souffre d'un mauvais fonctionnement de la glande thyroïde, de diabète et de douleurs arthritiques. Au fil des ans, elle fut opérée pour strabisme, pour amygdalectomie, pour la vésicule biliaire et pour deux tunnels carpiens aux poignets. Finalement, elle souffre d'un problème de poids et se déplace à l'aide d'une canne.

Marielle Houle – Meurtre par compassion VI

- [13] À l'été 2001, on constate qu'elle souffre d'un état dépressif majeur et manifeste des troubles de conduite. Elle souffre également d'un trouble de personnalité dite «borderline», c'est-à-dire, notamment :
  - **problèmes relationnels**
  - **incapacité à gérer ses émotions ou victime de ses émotions**
  - **changements d'humeurs soudains, intenses rapides ou fréquents**
  - **anxiété**
  - **relations de type amour/haine**
  - **pense à autrui en tout bon /ou tout mauvais sans compromis**
  - **sentiment d'être une victime**
  - **incapacité d'accepter ses propres responsabilités**
  - **sentiment de déprime, tristesse ou de vide**
  - **excès de colère fréquents ou imprévisibles (extériorisés ou pas)**
  - **image de soi instable**
  - **peur de l'abandon**
  - **comportements impulsifs autodestructeurs tel que, entre autres, la boulimie, l'abus de médicaments et attaques de rage.**

Marielle Houle – Meurtre par compassion VII

- Cet état peut parfois mener jusqu'aux tentatives de suicide.
- [14] En septembre 2001, son médecin conclut en plus à une dépression majeure avec manifestations psychotiques congruentes à l'humeur.
- [15] En avril 2002, elle présente une organisation pathologique et fragile de la personnalité de type «borderline» (voir ci-haut).
- [26] […] Par ailleurs, vu l'organisation fragile et pathologique de la personnalité, vu le lien émotionnel intense et «fusionnel» qu'elle entretenait avec son fils unique, la maladie de ce fils a eu un impact significatif chez madame et elle vivait la pathologie du fils comme étant la sienne.
- D'une certaine façon, elle semble morte avec lui.
- D'un point de vue psychiatrique, la dangerosité de madame envers les autres est quasi inexistante. Le risque de suicide semble faible mais toujours possible à moyen et long terme.(nos soulignements)
- [27] Bref, il s'agit d'une personne sérieusement malade et très mal en point depuis bon nombre d'années et encore aujourd'hui.

Marielle Houle – Meurtre par compassion VIII

- [72] Le plaidoyer de madame à cette accusation d'avoir conseillé le suicide ou d'avoir aidé son fils Charles dans sa démarche **la rend coupable d'un acte criminel passible d'une peine de 14 ans de pénitencier**.
- [73] **De ce fait, une absolution inconditionnelle ou sous conditions n'est pas permise par la loi**. Voir à cet effet l'article 730 du Code criminel.
- [74] La Cour peut, par contre :

1. prononcer une ordonnance de probation, soit mettre ou laisser en liberté avec certaines conditions à respecter

2. condamner à payer une amende

3. condamner à payer une amende en plus d'une ordonnance de probation

4. condamner à purger une peine d'emprisonnement d'une durée maximum de 14 ans

5. condamner à purger une peine d'emprisonnement en plus d'une ordonnance de probation

Marielle Houle – Meurtre par compassion IX

6. **condamner à purger une peine d'emprisonnement et à payer une amende**
7. **condamner à purger une peine d'emprisonnement de façon discontinue**
8. **condamner à payer une amende et prononcer une ordonnance de probation et condamner à purger une peine d'emprisonnement de façon discontinue**
9. **condamner à payer une suramende compensatoire**
10. **prononcer une peine d'emprisonnement avec sursis, c'est-à-dire une peine d'emprisonnement de moins de deux ans à être servie dans la communauté.**

- [77] À l'évidence, **si le régime en vigueur au Canada avait permis à Charles de choisir de mourir dignement, en toute liberté et de façon éclairée**, dans un cadre qui lui aurait assuré toute la protection nécessaire, **on n'en serait pas là**. Madame Houle n'aurait pas commis le crime qu'on lui reproche.

Marielle Houle – Meurtre par compassion X

- [78] Il ne revient pas à la Cour de légiférer ni même d'émettre d'opinion sur la loi. **C'est aux législateurs à choisir le régime et c'est aux citoyens à choisir leurs législateurs**.
- [79] Néanmoins, il revient à la Cour d'appliquer la loi. Il est vrai que le **cas pathétique de madame Houle suscite dans un premier temps beaucoup de sympathie**. Mais la démarche ne doit pas s'arrêter là.
- [82] Si la Cour s'en tient aux facteurs ci-haut, il n'y a **aucune raison de condamner madame à purger une peine d'emprisonnement** puisqu'il n'est aucunement nécessaire de protéger la communauté contre elle.
- [88] Certains diront que le système ne laissait aucun choix à Charles et que le système l'a abandonné à sa solitude. Ils diront que, pour choisir de mourir dans des circonstances où la maladie n'offre aucun espoir, faut-il, au surplus, qu'on soit abandonné de tous? Et même, dans ces circonstances, faut-il, au surplus, mourir sans la moindre dignité?
- [147] **Or, si madame Houle, étant qui elle est et placée dans des circonstances similaires, recommencerait, toute personne similaire dans des circonstances similaires en ferait autant**.

Marielle Houle – Meurtre par compassion XI

- [148] **Si le tribunal doit tenter de dissuader, il ne doit pas le faire au détriment de son devoir de prononcer une peine adaptée à la personne dont il est question**.
- [150] Pour madame Houle, la crainte d'une peine sévère n'aurait rien changé. Pour d'autres comme elle, dans les mêmes circonstances, ça ne changerait rien non plus. Donc, une peine d'emprisonnement ferme, non seulement ne changerait rien, elle imposerait à la collectivité et à madame Houle, dans son état, une situation presque impossible à réaliser.
- [164] Madame Houle, même après plus d'un an et demi, n'est pas prête à reconnaître ses torts. Elle n'est même pas prête à considérer qu'elle a pu avoir tort. Elle s'est enlisée dans la mort de son fils qu'elle n'a pas, selon elle, abandonné par compassion et amour inconditionnel. […]
- [174] En résumé, madame Houle, étant qui elle est, la peine est déjà très lourde à porter.
- [175] Vu l'âge de madame, son état, sa réputation, la nature et les circonstances de l'infraction,
- [177] PRONONCE une **ordonnance de probation valable pour une période de trois ans**

André Bergeron – Meurtre par compassion I

- Le 7 juillet 2005, André Bergeron tente de tuer par asphyxie son épouse, Marielle Houle, âgée de 44 ans et qui est atteinte de l'ataxie de Friedreich.
- **L'ataxie de Friedreich est une maladie génétique dégénérative incurable**, qui se traduit par d'importants troubles de la coordination. La maladie entraîne une perte d'autonomie graduelle.
- André Bergeron a lui-même composé le 9-1-1 pour déclarer, avec des sanglots dans la voix, qu'il venait de mettre un terme aux jours de sa conjointe. À l'arrivée des ambulanciers, Marielle Houle était inconsciente et en arrêt respiratoire. André Bergeron attendait les services d'urgence à l'extérieur de la résidence et n'a offert aucune résistance.
- Le 8 juillet 2005, André Bergeron est accusé de tentative de meurtre. Il a été remis en liberté après sa comparution, en attendant la suite des procédures car il n'a aucun casier judiciaire.

André Bergeron – Meurtre par compassion II

- André Bergeron **soutient avoir agi par compassion** car son épouse est atteinte de l'ataxie de Friedrich.
- Le 10 juillet 2005, Marielle Houle meurt à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Elle était dans le coma depuis trois jours.
- Selon la Docteure Sylvie Gosselin, neurologue au CHUS, les souffrances physiques sont grandes, mais les souffrances psychologiques sont les plus difficiles à vivre.
- Selon ses proches, André Bergeron aurait voulu par compassion mettre fin aux souffrances de sa conjointe. **Lourdement handicapée, celle-ci aurait souvent manifesté le désir de mourir**.
- André Bergeron vit avec son fils de 20 ans, papa de deux enfants.

André Bergeron – Meurtre par compassion III

- Le 19 octobre 2006, la juge Danielle Côté a condamné André Bergeron à trois ans de probation en ces termes :
- [93] **Quelle est donc la peine appropriée en l'espèce?**
- [94] D'entrée de jeu, il importe de souligner que **le Tribunal doit faire abstraction du débat social entourant la question fort controversée de l'euthanasie ou du suicide assisté**.
- [95] **Le rôle du Tribunal se limite à appliquer la loi en vigueur et à déterminer la peine juste et appropriée à la lumière des objectifs et principes de détermination de la peine codifiés par le législateur en 1996**.
- [96] Le prononcé d'une peine a pour objectif essentiel de contribuer au respect de la loi et au **maintien d'une société juste, paisible et sûre** par l'infliction de sanctions justes et proportionnelles à la gravité de l'infraction et au degré de responsabilité du délinquant.

André Bergeron – Meurtre par compassion IV

- [97] Selon les circonstances, la peine peut privilégier un ou plusieurs des objectifs suivants :
  - **dénoncer** le comportement illégal;
  - **dissuader** les délinquants, et quiconque, de commettre des infractions;
  - **isoler**, au besoin, les délinquants du reste de la société;
  - **favoriser** la réinsertion sociale des délinquants;
  - **assurer** la réparation des torts causés aux victimes ou à la collectivité;
  - **susciter** la conscience de leurs responsabilités chez les délinquants, notamment par la reconnaissance du tort qu'ils ont causé aux victimes et à la collectivité.
- [98] La détermination de la peine est une des tâches les plus difficiles pour un juge d'instance puisque chaque exercice en est un d'individualisation de la peine eu égard aux circonstances du crime, aux intérêts sociétaux en jeu et à la personne de l'accusé.

André Bergeron – Meurtre par compassion V

- [104] **Quelle est donc la peine appropriée pour cet homme de quarante-sept ans, sans antécédent judiciaire et dépressif qui, après de nombreux refus, accède au désir de sa conjointe afin de lui éviter le placement en institution et ce, alors que cette dernière est en phase terminale, qu'il lui reste peu de temps à vivre et qui, au surplus, échoue dans sa tentative?**
- [105] L'article 718.2 du *Code criminel* prévoit, entre autres, que la peine doit être « *adaptée aux circonstances aggravantes ou atténuantes liées à la perpétration de l'infraction ou à la situation du délinquant […]* ».
- [106] Dans la plupart, sinon dans tous les cas, le Tribunal est appelé à pondérer les circonstances aggravantes et atténuantes.

André Bergeron – Meurtre par compassion VI

- [111] En l'espèce, les circonstances atténuantes sont omniprésentes et non contestées :
  - l'accusé a fait preuve d'un **dévouement exemplaire** pendant plus de vingt-cinq ans à l'égard de sa conjointe : tous les éléments du dossier le confirment et plusieurs personnes avouent qu'elles n'en auraient pas fait autant;
  - malgré les demandes répétées de sa conjointe, qui souffrait et avait vu souffrir sa sœur et son frère, l'accusé a **constamment trouvé des excuses pour refuser ce qu'elle l'implorait de faire**;
  - au moment du passage à l'acte, **l'accusé est dépressif et incapable de réaliser qu'il a besoin d'aide**;
  - l'accusé est passé à l'acte afin de **respecter la promesse qu'il lui avait faite** et ainsi empêcher que sa conjointe ne subisse ce qu'elle avait toujours voulu éviter : le placement en institution;
  - le geste n'a pas été posé parce que l'accusé en était rendu à considérer sa tâche comme un fardeau mais bien comme un **acte d'amour** pour, à la demande de la victime, la libérer de ses souffrances et préserver sa dignité;

André Bergeron – Meurtre par compassion VII

- les **gestes posés n'ont pas causé la mort de la victime** et l'utilisation des aimants lui a été suggérée par cette dernière;
- **même la famille de la victime fait preuve d'empathie et de compréhension** à l'égard de l'accusé;
- le **décès de la victime était imminent** en raison de la cessation des traitements curatifs et préventifs;
- il a **enregistré un plaidoyer de culpabilité à la première opportunité raisonnable**.

- [127] **Dans les faits, n'eût été des circonstances exceptionnelles et particulièrement tragiques de ce dossier, du dévouement dont André Bergeron a fait preuve tout au long de sa vie commune avec Marielle Houle, des évènements ayant précipité son passage à l'acte et des autres circonstances atténuantes mentionnées précédemment, le Tribunal aurait prononcé une peine d'emprisonnement**.

André Bergeron – Meurtre par compassion VIII

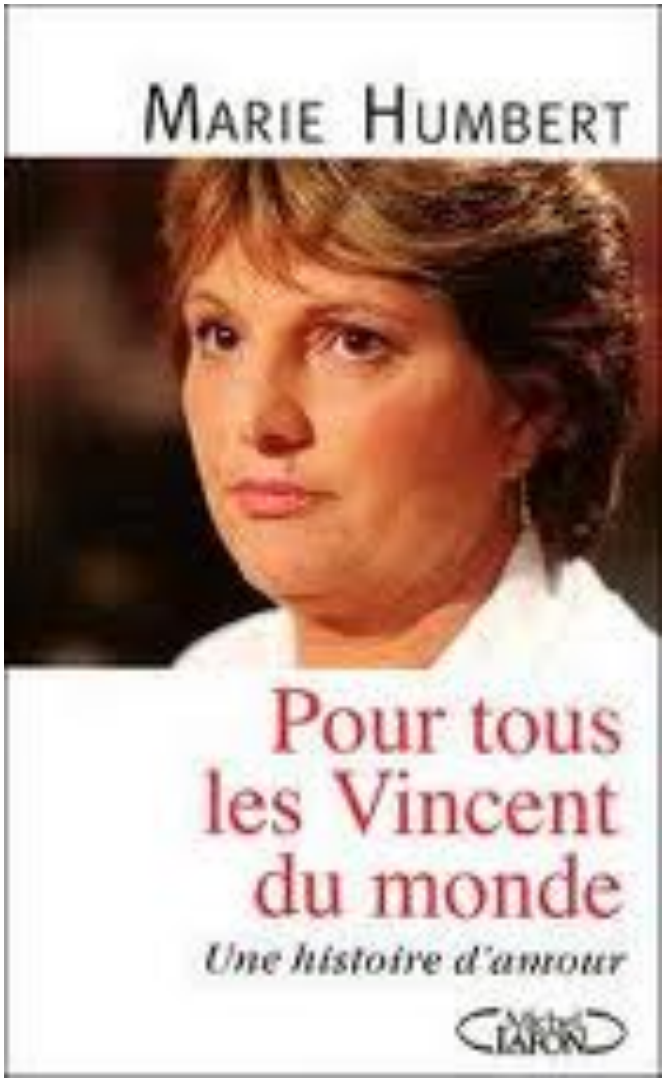
- POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

- SURSEOIT au prononcé de la peine pour une période de trois ans pendant laquelle l'accusé sera soumis à une ordonnance de probation.

- **450-01-040946-050 - R. c. Bergeron 2006 QCCQ 10156**

Marie Humbert – Meurtre par compassion I

Marie Humbert – Meurtre par compassion II



Marie Humbert – Meurtre par compassion III

- Le 24 septembre 2000, Vincent Humbert est victime d'un accident de voiture qui le laisse **tétraplégique, aveugle, muet mais lucide**.
- Ne supportant plus de vivre cette vie sans espoir, **il entreprend de nombreuses démarches pour obtenir d'être euthanasié**.
- Le 24 septembre 2003, **sa mère, Marie Humbert, lui administre une dose de pentobarbital de sodium. Vincent Humbert survit mais entre dans un coma profond**.
- Après discussion et accord avec la famille, le Docteur Frédéric Chaussoy explique que «compte tenu du tableau clinique, de l'évolution et des souhaits qu'avait exprimés à diverses reprises Vincent, j'ai décidé de limiter les thérapeutiques actives».
- **Après avoir débranché les appareils respiratoires de Vincent Humbert, le Docteur Chaussoy injecte à son patient du chlorure de potassium pour lui permettre de mourir rapidement. Vincent Humbert meurt très rapidement**.

Marie Humbert – Meurtre par compassion IV

- Le Docteur Frédéric Chaussoy déclare être en paix avec sa conscience après avoir pratiqué «**une euthanasie menée médicalement, ne voulant pas, tout comme les proches, que Vincent se retrouve dans l'état antérieur à la tentative d'euthanasie de sa mère**».
- Le Docteur Frédéric Chaussoy annonce également que la décision de «limiter les thérapeutiques actives avait été collective et difficile, mais prise en toute indépendance par les médecins du service de réanimation avec l'équipe médicale qui suivait le jeune homme depuis trois ans.»
- Le Docteur Frédéric Chaussoy déclare également : «**On aurait pu dire qu'il a fait une complication, un arrêt cardiaque. On sait très bien mentir, on le fait régulièrement et l'on aurait pu continuer dans cette traditionnelle hypocrisie. Mais là, il valait mieux dire la vérité. Alors on l'a dite et on assume**».

Marie Humbert – Meurtre par compassion V

- Marie Humbert est mis en examen pour «**administration de substances toxiques commise avec préméditation** sur personne vulnérable», un délit passible de cinq ans de prison.
- Le Docteur Frédéric Chaussoy déclare «qu'un médecin ne doit pas être victime d'un acharnement judiciaire, et je pèse mes mots, quand il a fait son devoir. Je revendique cet acte médical, un acte courageux, une décision d'humanité. Mais le droit c'est le droit, et le droit, on me l'oppose», a ajouté le Docteur Chaussoy.
- Évoquant le coma de Vincent Humbert et les séquelles probables, le Docteur Chaussoy a précisé : «**On serait entré dans l'acharnement thérapeutique, cela aurait été immoral, ce que le conseil de l'Ordre appelle une obstination déraisonnable**.»
- Le 14 janvier 2004, le Docteur Chaussoy est mis en examen pour «**empoisonnement avec préméditation**», un crime passible de la réclusion criminelle à perpétuité, mais il est laissé en liberté.

Marie Humbert – Meurtre par compassion VI

- Le lundi 27 février 2006, la juge d'instruction, Anne Morvant, a rendu une **ordonnance de non-lieu** conformément aux réquisitions du parquet du tribunal de grande instance de Boulogne-sur-Mer.
- Les faits reprochés à Marie Humbert, la mère du jeune tétraplégique, et au docteur Frédéric Chaussoy, tous deux mis en examen, en janvier 2004, respectivement pour «administration de substances nuisibles» et «empoisonnement avec préméditation», ont été «**commis sous l'emprise d'une contrainte les exonérant de toute responsabilité pénale**», fait valoir la juge Morvant.
- Devenu tétraplégique, muet et presque aveugle suite à un accident de voiture, mais néanmoins parfaitement conscient et disposant de ses facultés auditives et de son pouce droit pour communiquer, Vincent Humbert avait «**une implacable détermination à mourir**», souligne la juge Morvant dans son ordonnance.

Marie Humbert – Meurtre par compassion VII

- Selon la juge Morvant, sa mère s'est retrouvée sous une double «**contrainte, à la fois interne - envahissement de ses sentiments, de son devoir de loyauté à l'égard de son fils - et externe - publication du livre de Vincent Humbert, appel au chef de l'État et retentissement sur l'opinion publique**».
- Lorsque Marie Humbert décide, le 24 septembre 2003, d'administrer des barbituriques dans la sonde gastrique de son fils, «**elle se trouvait privée de son libre arbitre**», souligne la juge Morvant dans son ordonnance.
- «**L'examen du processus décisionnel fait apparaître que, peu à peu, la volonté de Vincent a supplanté celle de sa mère**. (...) L'acte de Marie Humbert ne pouvait être que l'expression du choix de son fils», considère la juge Morvant.

Marie Humbert – Meurtre par compassion VIII

- «Force est de constater que ce jeune homme imperturbable avait décidé de se faire donner la mort et qu'il avait choisi mais aussi **poussé sa mère à commettre un geste définitif**, quitte à mettre en oeuvre à son encontre une sorte de chantage affectif pour la soumettre à ce geste vécu pour lui comme l'ultime acte d'amour.»
- Le docteur Chaussoy a, lui aussi, subi de **multiples «contraintes»**.
- Le 26 septembre 2003, quarante-huit heures après le transfert de Vincent Humbert dans son service de réanimation du centre hélio-marin de Berck-sur-Mer, le médecin, avec l'accord de la famille et de l'équipe soignante, décide de débrancher le respirateur artificiel et d'injecter notamment du chlorure de potassium, un produit létal qui entraîne le décès du jeune tétraplégique.

Marie Humbert – Meurtre par compassion IX

- Si la juge Morvant rappelle que cette injection est «en contradiction avec l'article 38 du code de déontologie médicale et qu'un médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort», elle fait valoir que le docteur Chaussoy «**n'avait pas l'intention de lui donner la mort au sens pénal du terme, mais de préserver la dignité de Vincent Humbert et celle de sa famille**».
- Son acte a été exercé «**sous la contrainte de voir revenir son patient dans un état antérieur, voire pire, malgré ses demandes réitérées, de la compassion extrême à l'égard de la mère et sous la contrainte médiatique aboutissant à l'absence de possibilité de réflexion sereine dans un temps raisonnable**».

Marie Humbert – Meurtre par compassion X

- «Au vu de toutes ces circonstances», la juge Morvant estime «**qu'il ne peut être relevé à l'encontre du docteur Chaussoy une intention dolosive**. D'autant qu'il existait un vide juridique. Jusqu'à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, **ce domaine a été celui du non-dit et par conséquent de la prise de risque par des médecins isolés et susceptibles d'être poursuivis**».
- Et la juge Morvant de conclure : «Si Vincent Humbert est parvenu par sa détermination sans faille à forcer la main de sa mère et des médecins, il n'est cependant pas parvenu à atteindre celle du législateur même si un premier pas a été accompli lors du vote de la loi du 22 avril 2005.

Marie Humbert – Meurtre par compassion XI

- «Cette ordonnance de non-lieu a été délivrée dans l'esprit des réquisitions que j'avais prises, à savoir que **les actes sont prohibés mais que le contexte très particulier de cette affaire, la pression qui s'exerçait sur les personnes, permet de considérer qu'il y a une cause d'exonération de responsabilité au titre de la contrainte**", dit le procureur Gérald Lesigne.
- Cette notion de contrainte, prévue à l'article 122-2 du code pénal, a été retenue par la juge Morvant chargée du dossier. **Aux termes de cet article, n'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister**.

Léonie Crevel – Meurtre par compassion II

- Le lundi 23 octobre 2006, le procès de Léonie Crevel, **80 ans**, accusée d'avoir mis fin aux jours de sa fille handicapée en juillet 2004 à Tancarville, près de la ville du Havre, s'est ouvert pour deux jours devant la cour d'assises de Seine-Maritime à Rouen.
- Léonie Crevel, qui comparaît libre et qui est mise en examen pour **homicide volontaire sur personne vulnérable**, encourt la réclusion criminelle à perpétuité.
- **C'est une petite femme voûtée, à la démarche difficile, qui s'est présentée lundi devant les assises. Presque sourde, l'octogénaire a peiné à comprendre, mais surtout à se faire comprendre** lors de son audition au cours de laquelle elle a dû, dans les détails, expliquer ses faits et gestes qui ont coûté la vie de sa fille Florence, 42 ans.
- «Ce jour-là, elle étouffait. Elle souffrait de trop. Alors, j'ai fait une chose que je n'aurais jamais pensé de ma vie», a-t-elle expliqué à la cour. «J'en avais marre de la voir souffrir. Jamais je n'aurais cru faire cela».

Léonie Crevel – Meurtre par compassion III

- En ce 31 juillet 2004, à son domicile, elle a expliqué que «**parce que j'avais les mains trop petites pour serrer, je suis allé chercher la cordelette que j'ai passée autour de son cou, que j'ai attachée à son lit médicalisé. Puis je l'ai fait basculer sur le côté de son lit**».
- L'un des experts appelé à témoigner explique que **Florence, reconnue débile mentale profonde, hémiplégique, aveugle et épileptique avait un état de santé qui se dégradait au fil des ans**. «Elle était devenu entièrement dépendante, mais sa mère refusait toute aide médicale à domicile».
- Contrairement à celui du jeune Vincent Humbert, l'état de santé de cette jeune fille se dégradait : ce qui fait la différence entre ces deux situations.

Léonie Crevel – Meurtre par compassion IV

- L'octogénaire, très éprouvée par cette épreuve, avait déclaré à la sortie de l'audience en fin de matinée: «Je ressens ce qu'une mère peut ressentir envers un enfant. J'ai sauvé ma fille de sa maladie parce qu'elle était trop grave. Mais je n'ai jamais prémédité. **C'était la seule solution que j'avais pour la sauver de la souffrance**».
- Les médecins et experts avaient expliqué à la cour que **Léonie Crevel s'était toujours occupée de sa fille de manière irréprochable** et «qu'elle avait du mal à se remettre de sa bêtise».
- «Son acte n'était pas prémédité, mais il était la conséquence d'une décision soudaine», dira Jean-Jacques Lefèvre, psychologue. «**Elle a agi pour le bien de sa fille. Pour elle, c'était un acte d'amour puisque sa fille est maintenant tranquille**».
- Le mardi 24 octobre 2006, la Cour d'assises de Seine-Maritime inflige à Léonie Crevel une peine de **deux ans de prison avec sursis**.

Lydie Debaine – Meurtre par compassion I

Lydie Debaine – Meurtre par compassion II

- Le 14 mai 2005, **Lydie Debaine, 62 ans, donne plusieurs cachets de barbituriques à sa fille Anne-Marie avant de la plonger dans une baignoire pour la noyer. Elle tente simultanément de se suicider en ingurgitant des barbituriques**.
- **Née prématurée avec une grave infirmité motrice cérébrale, Anne-Marie, invalide à 90%**, a été placée de 6 à 22 ans dans des centres spécialisés. En 2001, faute de place disponible dans une structure adaptée à sa pathologie et à son âge, elle revient chez elle.
- **Sa mère, chef de service dans une association, a du quitter son emploi pour s'en occuper.** Trois ans plus tard, une place se libère dans une maison d'accueil de Sarcelles mais Lydie Debaine **refuse d'y inscrire sa fille de peur qu'elle se fasse violenter**.
- Quelques mois avant de mourir, **Anne-Marie a un âge mental estimé à cinq ans**. **Son état s'est aggravé. Elle souffre de violents maux de tête, de crises d'épilepsie et de vomissements à répétition**.

Lydie Debaine – Meurtre par compassion III

- Selon son dossier médical, «**l'aggravation de sa dépendance est irrémédiable**». Sa mère est obligée de dormir avec elle.
- En cachette, Lydie écrit des lettres expliquant son projet. Un samedi matin profitant de l'absence de son mari, elle passe à l'acte. De retour, le mari trouve un mot sur la porte d'entrée : «Pardon Fernand de te quitter, prends sur toi, courage, Anne-Marie ne s'est pas rendue compte, je t'aime, Lydie».
- Les secours ne pourront rien pour Anne-Marie mais sauveront Lydie qui sera placée plusieurs semaines dans un centre psychiatrique avant d'être mise en examen et d'être placée sous contrôle judiciaire.
- Le mercredi 9 avril 2008, la Cour d'assises de Pontoise **acquitte Lydie Debaine.**

Lydie Debaine – Meurtre par compassion IV

- **Juridiquement**, la situation est embarrassante.
- **Humainement**, elle peut sembler compréhensible.
- **Juridiquement**, Lydie Debaine n'est donc pas coupable, bien qu'elle reconnaisse le meurtre, qu'elle qualifie d'«acte d'amour».
- **Humainement**, elle assure avoir déjà vécu «la pire des sanctions».
- Il y a une **décriminalisation de ce que nous appelons des meurtres par compassion**, un peu comme lors du non-lieu prononcé dans l'affaire Vincent Humbert.
- Il y a une **évolution de la société qui est une forme de compromis entre les exigences de la loi et la compassion**.
- Nous sommes au carrefour du droit et de la morale.
- La **Loi** dit «Tu ne tueras point» mais la **Justice** voit la compassion.
- **C'est toute l'ambiguïté du droit, de la Justice et de l'éthique.**

Dignitas I

- Depuis sa création en 1998 jusqu'en 2008, l'association **Dignitas a aidé activement 868 personnes à mettre fin à leurs souffrances**.
- Chaque semaine ou presque, Dignitas aide une personne à mettre fin à ses jours.
- Une infirmière discute avec l'homme ou la femme qui s'apprête à mourir, s'assure de sa détermination à entreprendre cet ultime voyage, soutient les proches lorsqu'ils sont présents, puis prépare le mélange mortel à base de penthiobarbital de sodium dilué dans de l'eau, mais l'infirmière n'administre jamais cette préparation.

Dignitas II

- **La personne prendra le verre et avalera la potion**. Deux à cinq minutes plus tard, elle perdra connaissance. De vingt minutes à une heure plus tard, elle décédera.
- L'infirmière prendra son pouls et vérifiera qu'il s'est bien arrêté de battre.
- Ensuite, l'infirmière appellera la police.
- Comme d'habitude, gendarmes, procureur et médecin légiste viendront constater le décès du client.
- Ils ouvriront une fois encore une enquête qui se conclura par un non-lieu.

Dignitas III

- Propos de Ludwig A. Minelli recueillis par Agathe Duparc
- Article paru dans l'édition du 25 mai 2008 du journal Le Monde
- De 1998 à 2008, Ludwig Minelli a accompagné 868 personnes dont 85 % d'étrangers. Parmi eux, plus de la moitié sont allemands, puis viennent des Anglais, des Français,
- Sur cent personnes qui reçoivent notre feu vert provisoire, à savoir qu'un médecin suisse s'est dit prêt à leur prescrire du Pentothal après consultation de leur dossier, seulement **12 % réalisent leur souhait de mourir. Environ 70 % d'entre elles ne nous rappellent jamais, alors que 18 % disent vouloir encore attendre**. **Quand ils savent que la porte de secours existe, les individus se sentent plus tranquilles, ils ont moins peur**.
- **http://www.dignitas.ch/**
- Brochure en français et en PDF disponible sur leur site

Dignitas IV

- Dignitas prolonge souvent la vie de ses adhérents. Il y a quatre ans, un professeur allemand qui souffre d'un cancer m'a dit : « Je viens à Zurich, je me suicide. Vous avertirez ensuite ma femme. » Je lui ai répondu que son épouse devait être au courant. Il lui en a parlé et, maintenant, tous les six mois, il prépare ses papiers pour venir et, une semaine avant, il nous appelle pour dire qu'il a encore des choses à faire.
- **Sur les 7 368 demandes d'assistance au suicide enregistrées depuis 1998, seules 868 personnes sont passées à l'acte**. Il y a une grande différence entre un suicide normal et une mort volontaire assistée. Dans le premier cas, le suicidaire ne parle à personne, et sa mort, brutale, est très dure pour son entourage. À Dignitas, nous conseillons à nos adhérents de discuter avec leur famille. Ils peuvent ainsi se dire adieu, et la phase de deuil se passe en général mieux.

Dignitas V

- En mars 2008, le cas de Chantal Sébire a bouleversé la France. Que vous a-t-il inspiré ?
- C'est un cas terrible. Mme Sébire nous avait contactés, mais elle a finalement pu se procurer du penthiobarbital de sodium. Elle est morte trois jours après que le tribunal de Dijon a refusé de lui prescrire cette substance.
- Mais si l'on choisit la voie des tribunaux, il faut s'y prendre bien plus tôt, et l'on peut gagner. Je le conseille souvent aux différentes associations à l'étranger, car il est très difficile de trouver des majorités parlementaires pour changer les lois.
- Toute personne qui veut une mort volontaire peut invoquer l'article 8.1 de la Convention européenne des droits de l'homme, dont il découle que chacun a le droit de décider de la date et de la méthode de sa propre mort.
- **8.1 Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale**, de son domicile et de sa correspondance.

Position du Barreau du Québec I

- De l'ensemble de l'analyse qui précède, le Barreau du Québec dégage les cinq éléments suivants :

1. Il existe dans la société, incluant les milieux médicaux, une **ouverture pour reconnaître que des circonstances particulières, telles une souffrance intolérable, devraient permettre à la personne de mettre fin à ses jours avec assistance médicale sans crainte pour le médecin** qui fournirait cette assistance de faire l'objet de poursuite criminelle.

2. **Les règles actuelles du *Code criminel* qui prohibent la fin de vie avec assistance médicale n'ont pas été conçues à cette fin. Elles sont jusqu'à un certain point désuètes, non seulement en raison de leur date d'adoption (1892) mais parce qu'elles se révèlent très difficiles d'application, pour ne pas dire quasi inapplicables**, dans le contexte des soins de fin de vie, en raison des exigences de preuve hors de tout doute raisonnable quant à l'intention et la causalité.

Position du Barreau du Québec II

3. Leur seule existence ne permet donc pas d'assurer adéquatement la protection des personnes vulnérables et **a pour effet de priver des personnes en fin de vie d'une assistance médicale à mourir qui leur permettrait de mourir dans la dignité, tout en favorisant les pratiques clandestines.**

4. Le développement du droit à l'autodétermination précisé par les chartes, surtout la Charte canadienne, amène à **repenser la portée du caractère sacré de la vie**, particulièrement en fin de vie.

5. **La décision de choisir de mourir avec assistance médicale à un moment déterminé est une décision éminemment personnelle, qu'une personne prend en fonction de ses propres valeurs, de sa vision de sa vie et de son avenir, et de la perception claire des options dont elle dispose. L'État ne devrait pas s'ingérer dans une telle décision autrement que pour en assurer le respect.**

Position du Barreau du Québec III

- **Le Barreau du Québec considère qu'il est pertinent de reconnaître à une personne majeure apte à consentir, le droit de mourir avec assistance médicale au moment choisi par elle, pourvu qu'elle rencontre l'une ou l'autre des situations exceptionnelles que nous décrirons plus loin et ce, sans que le médecin qui lui prête assistance n'ait à craindre de faire l'objet de poursuite criminelle.**

Position du Barreau du Québec IV

- Le Barreau du Québec estime que **le droit de mourir dans la dignité commence d'abord par une réappropriation de sa mort par la personne en fin de vie** et ce, à travers des règles définies. Nous croyons que **tous les processus qui ont pour objet de séparer la personne de sa décision de fin de vie doivent être revus et corrigés.**
- Tout le processus juridique de la fin de vie s'articule autour de la personne concernée et impose l'identification et la mise en oeuvre de plusieurs droits, dont la plupart existent déjà, et qui, s'ils sont respectés, constituent et **confirment le droit de mourir dans la dignité**.

Position du Barreau du Québec V

- Ces droits, selon nous, sont les suivants :
  1. **Droit à l'inviolabilité, l'intégrité et l'autonomie de la personne**
  2. **Droit à l'information**
  3. **Droit à la confidentialité et au respect de la vie privée**
  4. **Droit aux soins**
  5. **Droit aux soins palliatifs**
  6. **Droit de choisir le lieu de sa fin de vie**
  7. **Droit de refuser, d'interrompre ou de cesser les soins déjà entrepris**
  8. **Droit de refuser à l'avance des soins**
  9. **Droit de choisir le moment de sa fin de vie avec assistance médicale**

Position du Barreau du Québec VI

- **Le Barreau du Québec croit qu'un majeur apte ainsi qu'un majeur inapte qui a exprimé des volontés à cet effet alors qu'il était apte, devraient avoir le droit de requérir une assistance médicale pour mettre fin à leur vie, dans des situations exceptionnelles, dans le cadre d'une procédure stricte pour assurer le respect de leurs droits, sans que le médecin qui leur procure une telle assistance ne fasse l'objet de poursuite criminelle.**
- Nous croyons que cette évolution du droit correspond à l'évolution de la société québécoise de 2010 et peut être mise en oeuvre dans les limites des compétences de l'Assemblée nationale et du gouvernement du Québec.

Position du Barreau du Québec VII

- Ainsi, dans l'état actuel du droit, la personne peut prendre les décisions suivantes :
  1. **Mettre fin à ses jours en se suicidant.**
  2. **Consentir à des soins palliatifs, dont certaines modalités de traitements peuvent accélérer sa mort et même, dans certains cas, la provoquer à court terme et directement (sédation terminale).**
  3. **Retirer son consentement à des soins dans le but de causer sa mort ou en sachant que le retrait aura cette conséquence prévisible ou probable.**
  4. **Refuser à l'avance que des soins pouvant lui sauver la vie soient entrepris.**

Position du Barreau du Québec VIII

- **Les règles actuelles du droit criminel, conçues dans une autre réalité sociale, sont mal adaptées aux problématiques complexes de fin de vie, au point d'être sinon inapplicables, du moins difficilement applicables dans une mesure adéquate pour remplir leur fonction de protection.**
- Il est essentiel de dissiper l'incertitude qui existe dans le monde médical quant à la légalité de l'assistance médicale en fin de vie, car cette incertitude lèse les droits patients en fin de vie et favorise des pratiques clandestines.
- Il est important que les médecins puissent oeuvrer dans un environnement juridique dont les limites et les possibilités leur sont bien connues, sont claires et permettent des soins à leurs patients dans le respect des règles déontologiques et de la bonne pratique médicale.

Position du Barreau du Québec IX

- **Le Barreau du Québec ne croit pas qu'il faille décriminaliser l'aide au suicide ou l'euthanasie de façon générale.**
- **L'objectif général de protection de la vie demeure un impératif important qui doit être préservé.**
- **Cependant, il serait nécessaire d'en assouplir l'application dans un contexte de fin de vie, lorsqu'une assistance médicale à mourir est donnée à un patient dans le respect de sa volonté.**
- L'adoption d'un processus juridique clair permettrait de rassurer les patients, leurs proches, les médecins et autres intervenants professionnels dans ce processus.
- **Pour les patients, savoir que leur médecin sera en mesure de les aider à mourir s'ils le demandent et si les souffrances deviennent intolérables, ou si la fin est proche, est de nature à leur inspirer davantage de confiance.**

Position du Barreau du Québec X

- **Nous avons déjà fait état, dans la première partie de ce mémoire, que les règles du *Code criminel* sont extrêmement difficiles d'application dans le contexte de la fin de vie, au point où aucune poursuite criminelle fondée sur un acte euthanasique ou une aide au suicide par un médecin n'a jamais conduit, au Canada, à un verdict de culpabilité par un jury.**
- **En pratique, pour les raisons que nous avons déjà évoquées, les règles du *Code criminel* sont virtuellement inapplicables.**
- **La pratique de l'euthanasie existe à un certain degré au Québec, malgré le *Code criminel* actuel.** Cependant, en raison de la clandestinité du phénomène, il est impossible de savoir combien de personnes elle touche, si elle est volontaire ou involontaire, à quelles conditions elle est pratiquée, s'il y a un accroissement de la pratique et quelles sont les caractéristiques des personnes visées, etc. Cette pratique demeure sans normes et ne donne aux personnes vulnérables qu'une protection complètement illusoire.

Bibliographie I

- **Barreau du Québec, *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, Mémoire présenté dans le cadre de la Commission spéciale de consultation de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité au mois de septembre 2010**
- **Bégin, Luc, *L'impartialité des juges et la lecture morale des droits*, Québec, Université Laval, Les Cahiers de droit, Vol. 38, no 2, 1997, p. 417-436**
- Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, 1982
- Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport 20, 1983

Bibliographie II

- **Demers, Diane L., *Les choix de finitude de la vie dans une société libre et démocratique : Le rôle de l'état*, Mémoire présenté dans le cadre de la Commission spéciale de consultation de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité, Montréal, 9 mars 2010, 25 pages**
- **http://www.dignitas.ch/**
- Downie, Jocelyn, Dying Justice: *A Case for Decriminalizing Euthanasia and Assisted Suicide in Canad*a, University of Toronto Press Inc., Toronto, 2004
- 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

Bibliographie III

- 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
- Mullens, Anne, 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, *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

Bibliographie IV

- Somerville, Margaret, Death Talk: *The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*. McGill-Queen's University Press, Montréal, 2001
- Nicol, Julia, Marlisa Tiedemann et Dominique Valiquet, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, Publication n° 2010-68-F

Bibliographie du Mémoire du Barreau

- 497 U.S. 261, page 302. Le même constat a été fait par la Chambre des Lords dans la cause britannique de *Airedale NHS Trust* c. *Bland*, 1993 AC 789 “In many cases the time and manner of death is no longer dictated by nature but can be determined by human decision (p. 878, Lord Browne-Wilkinson)”
- Boisvert, Marcel, *Droit de mourir et droit à la mort : le point de vue du médecin in. Droits de la personne : les bio-droits, aspects nord-américains et européens*, Éditions Yvon Blais, 1997, pages 346-347
- Baudouin, Jean-Louis, *Rapport synthèse*, Congrès de l’Association Henri Capitant, Journées Suisses, 2009, page 13 (en voie de publication)
- Collège des médecins du Québec, *La médecine, les soins appropriés et le débat sur l’euthanasie*, 16 octobre 2009, page 2
- Comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Éthique et recherche biomédicale*, Rapport 2000, La documentation française, page 33.

Bibliographie du Mémoire du Barreau

- Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, 1982, page 8
- Commission de réforme du droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport no. 20, 1982, page 9
- Commission de réforme du droit du Canada, *Le traitement médical et le droit criminel*, Document de travail 26, 1980, page 2
- Corte constitutionnel de Colombia, Sentencia C-239/97, 20 mai 1997
- Dongois, Nathalie, *L'euthanasie en droit français* in Aspect pénaux du vivant, série II, volume 3, Genève, Helbring & Lichtenhawn, 2004, pages 295 à 299
- *In the matter of Karen Quinlan* 70 N.J. 10, 355 A. 2d 647, 1976 N.J. LEXIS 181, 79 a.l.r. 3D 205

Bibliographie du Mémoire du Barreau

- Lutte, Isabelle, *L'expression de la volonté en période de fin de vie. Actualité de droit familial et de droit médical. Les droits des personnes les plus faibles*, Bruxelles, 2007. Éditions Bruylant, 45, page 68
- *Morgentaler* c. *La Reine,* (1988) R.C.S. 30
- Otlowski, Margaret, *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Oxford University Press, 2004
- *R (on the application of Purdy)* v. *Director of Public Prosecutions,* (2009) 4 All ER 1147
- *Rodriguez* c. *Colombie-Britannique (Procureur général)*, (1993) 3 R.C.S. 519, jugement rendu à 5 contre 4

Bibliographie sur la mort I

- Abiven, Maurice, *Une éthique pour la mort*, Paris, Éditeur Desclée de Brouwer, 1995, 166 pages, ISBN : 978-2-220-03635-9
- Antonowicz, Gilles, *Fin de vie – Vivre ou mourir, Tout savoir sur vos droits*, Paris, Bernard Pascuito Éditeur, Éditions de l'Archipel, 2007, 287 pages, ISBN : 978-2-84187-932-8
- Aubry, Régis, sous la direction de, *L'euthanasie et la mort désirée: questions pour la société et les soins palliatifs*, SFAP, 2004, 244 pages, ISBN : 201100944
- Aurenche, Sophie, *La mort devant soi – Euthanasie, des clés pour un débat*, Paris, Éditions Autrement, 2003, 125 pages, ISBN : 978-2-7467-0358-2
- Beignier, Bernard, Nicolas Aumonier et Philippe Letellier, *L'euthanasie*, Paris, PUF, «Que sais-je? Numéro 3595», 2010, 128 pages, ISBN : 978-2-13-058093-5
- Béland, Jean-Pierre, *Mourir dans la dignité? Soins palliatifs ou suicide assisté, un choix de société*, Québec, Presses de l'université Laval, 2009, 140 pages, ISBN : 978-2-7637-8648-3
- Broussouloux, Claude et Étienne Charles, *L'euthanasie dans tous ses états*, Éditions Pascal, 2010, 192 pages, ISBN : 978-2-35019-081-5
- Cadart, Bruno, *Mourir dans la dignité*, Éditions Ressources, 2005, 213 pages, ISBN : 978-2-923215-01-3

Bibliographie sur la mort II

- Castra, Michel, *Bien mourir - Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF, 2003, 365 pages, ISBN : 978-2-13-053284-2
- Cavey, Michel, *L'euthanasie - Pour un débat dans la dignité*, Paris, L'Harmattan, 2005, 200 pages, ISBN : 978-2-7475-7864-6
- Chanu, Antoinette, *Euthanasie, vous avez demandé une loi?*, Paris, Éditeur J. Lyon, 2005, 163 pages, ISBN : 978-2-84319-107-7
- Gingras, Denis et Richard Béliveau, *La mort, mieux la comprendre et moins craindre pour mieux célébrer la vie*, Éditions Trécarré, 2010, 264 pages, ISBN 978-2-89568-471-8
- Guienne, Véronique, *Sauver, laisser mourir, faire mourir*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, «Essais», 2010, 134 pages, ISBN : 978-2-7535-1028-9
- Hocquard, Anita, *L'euthanasie volontaire*, Paris, PUF, «Perspectives critiques», 1999, 272 pages, ISBN : 978-2-13-050192-3
- Jacquemin, Dominique, *Éthique des soins palliatifs*, Paris, Éditions Dunod, 2004, 156 pages, ISBN : 978-2-10-048409-6
- Labayle, Denis, *Pitié pour les hommes - L'euthanasie, le droit ultime*, Paris, Stock, 2009, 210 pages, ISBN : 978-2-234-06195-8

Bibliographie sur la mort III

- Sauzet, Jean-Paul, *La personne en fin de vie - Essai philosophique sur l'accompagnement et les soins palliatifs*, Paris, L'Harmattan, Collection «Questions contemporaines», 2005, 150 pages, ISBN : 978-2-7475-8213-1
- Wieviorka, Michel, *Disposer de la vie, disposer de la* mort, Paris, Éditions de l'Aube, Collection «Monde En Cours», 2006, 202 pages, ISBN : 978-2-7526-0273-2