

L'euthanasie par confusion

Margaret A. Somerville

Introduction

Le débat sur l'euthanasie est entaché de confusion. Cette confusion est à la fois accidentelle et voulue, et elle affecte un large éventail de questions pratiques et théoriques. Il se pourrait même que cette confusion soit une façon de promouvoir la légalisation de l'euthanasie.

Cet article tente de faire la lumière sur quelques éléments de la question de l'euthanasie où règne encore une certaine confusion et, si possible, de la dissiper.

Des problèmes de sémantique

Une confusion au plan de la définition

Qu'est-ce qui constitue l'euthanasie?

La définition de l'euthanasie est très confuse. Pour être claire, cette définition devrait être : un acte ou une omission fait délibérément par quelqu'un et entraînant la mort, et dont l'intention première est de mettre fin à la vie d'une autre personne dans le but de la soulager de ses souffrances¹.

L'exemple le plus classique est celui de l'injection mortelle² donnée à une personne souffrante, en phase terminale, laquelle en fait la demande et qui donne à l'intervention son consentement éclairé. Toutefois, la définition proposée ne fait ni mention de la nécessité d'un consentement éclairé, ni du fait que la personne doit être un malade en phase terminale. Elle comprend donc l'euthanasie *non volontaire* – c'est-à-dire que le patient n'a pas compétence pour donner ou refuser son consentement – et l'euthanasie *involontaire* – c'est-à-dire que le patient est compétent, mais l'acte d'euthanasie lui est administré sans son consentement. Il y a ici une différence avec ce qui se produit aux Pays-Bas, où l'euthanasie exige le «consentement explicite»³. L'administration d'une injection mortelle à des personnes incapables de donner leur consentement,

Margaret Somerville

Margaret A. Somerville, AM, FRSC, AuA (pharm), LLB, DCL, LLD, enseigne à la Faculté de droit, est professeure à la Faculté de médecine et directrice fondatrice du Centre de Médecine, d'Éthique et de Droit de l'Université McGill, Montréal.



«C'est la gloire pour toi!» «Je ne sais pas ce que tu veux dire par "gloire"», dit Alice. «Je veux dire que tu as là un bel argument de choc!». «Mais le mot "gloire" ne signifie pas "un bel argument de choc"», reprend Alice. «Quand j'utilise un mot, répond encore Humpty Dumpty sur un ton plutôt méprisant, il a tout simplement le sens que je veux bien lui donner – ni plus ni moins».

(Lewis Carroll, traduction de *Through the Looking-Glass*, ch. 6)

comme cela se produit aux Pays-Bas, n'est pas considérée comme de l'euthanasie, ce qui, comme autre source de confusion, peut fausser les statistiques sur cet acte dans ce pays.

Les décisions de fin de vie

Ceux qui prônent l'euthanasie regroupent ensemble – sous une même catégorie de «décisions médicales de fin de vie» – les décisions en matière de soins palliatifs, de moyens de soulager la souffrance, de refus de traitement, de suicide médicalement assisté et d'euthanasie.

Ils font valoir que toutes les décisions qui ont pour but d'assurer une «bonne mort» aux patients ont rapport à l'euthanasie. Mais ils créent ainsi une grave confusion.

Cet article est un condensé d'un article plus exhaustif publié par la même auteure en décembre 1997, dans le *Law Journal* de l'University of New South Wales.
Veuillez noter que pour une discussion plus poussée, le lecteur devrait se reporter à l'article original.

Si on demandait aux médecins et infirmières qui acceptent cette *large* définition s'ils ont déjà été impliqués dans un acte d'euthanasie, ils répondraient probablement par l'affirmative. On peut en déduire que *bon nombre* d'entre eux pratiquent secrètement l'euthanasie et considèrent qu'il serait moins risqué de la légaliser et de la pratiquer ouvertement.

Certains soutiennent aussi que cette ouverture contribuerait à réduire le nombre des cas d'euthanasie. Or, non seulement n'en avons-nous aucune preuve, mais les résultats de la légalisation *de facto* aux Pays-Bas montrent plutôt le contraire⁴.

La plupart de ceux qui s'objectent à l'euthanasie le font parce qu'ils croient qu'il est *intrinsèquement mauvais* de tuer une autre personne. Or, ce n'est pas ce qu'ils disent des soins palliatifs, non plus que du droit de refuser un traitement de soutien de la vie, ou de celui de pouvoir obtenir un traitement adéquat de soulagement de la souffrance. Le caractère éthique et la reconnaissance légale de chaque type d'intervention médicale de fin de vie doivent être traités de façon distincte. Si le suicide médicalement assisté et l'euthanasie doivent être justifiés, ils doivent l'être sur leurs propres qualités intrinsèques, et non pas parce qu'ils sont simplement inclus – comme certains tenants de l'euthanasie cherchent à le faire – dans la même catégorie que d'autres interventions qui sont considérées comme acceptables sur les plans éthique et juridique.

Nous nous tromperions encore de termes si nous décrivions toutes les décisions de soins et de traitements de fin de vie comme des décisions médicales. Bon nombre d'entre elles en effet sont largement à l'extérieur du domaine *médical* et engagent, en plus des professionnels de la santé, un large éventail d'autres personnes.

Le suicide médicalement assisté

L'expression «suicide médicalement assisté» crée aussi de la confusion. On parle souvent alors d'euthanasie. Mais dans ce cas, le médecin intervient avec l'intention première de tuer le patient – presque toujours par injection mortelle –, ce qui constitue un *homicide*, et non pas un suicide.

Il arrive parfois qu'on qualifie l'euthanasie et le suicide médicalement assisté de «mort médicalement assistée», ce qui peut inclure un grand nombre d'autres interventions que font les médecins – et qu'ils ont l'obligation légale et éthique de faire – pour aider les mourants. Nous souhaitons tous obtenir⁵ ce genre d'aide médicale, mais cela ne signifie pas pour autant que nous approuvons le suicide médicalement assisté et l'euthanasie.

Ce débat a trop d'importance pour qu'on le laisse se poursuivre à partir d'idées *obscures* sur ce qui constitue et ne constitue pas l'euthanasie. L'approche la plus honnête serait de se demander d'abord si la loi devrait être changée en vue de permettre aux médecins de donner des injections mortelles à des malades en phase terminale, qui sont des adultes compétents et qui en ont fait la demande, et qui donnent à cette intervention leur consentement libre et éclairé.

Mais beaucoup d'autres questions se posent. Si nous rejetons l'euthanasie, devrions-nous permettre le suicide médicalement assisté? Ou encore, si nous permettons l'euthanasie, pourrait-elle être pratiquée sur des personnes qui n'ont pas compétence pour prendre une telle décision?

Mais pour aider à éliminer la confusion actuelle – une confusion qui est de toute façon malsaine – il faudrait commencer par poser la question directement: sommes-nous pour ou contre l'euthanasie?

Editorial

Est-ce que je crois pour apporter une différence?

«Est-ce que je crois que ce que je dis ou ce que je fais changer quelque chose? Telle est la question percutante que Mary Jo Leddy posait aux participants du récent congrès annuel de l'Association canadienne pour la pratique en éducation pastorale (ACPEP).

Si elle est posée en toute sincérité, cette question fait vraiment réfléchir. Si nous la laissons vraiment déposer, elle peut devenir «vivante ... et plus incisive qu'a glaive à deux tranchants, qui pénètre jusqu'au point de



division de l'âme et de l'esprit ...» (Hébreu 4,12) parce qu'elle met à découvert les convictions les sentiments les plus profonds que nous cachons dans nos coeurs au sujet de ce que nous considérons comme notre valeur propre. Est-ce que nous sommes réellement à la hauteur de la situation? Sommes-nous assez bons? Est-ce que nous correspondons aux normes de ce qui est acceptable?

qu'établi par les autres ou par nous-même? De telles questions peuvent être posées dans le contexte de nos relations personnelles d'amour ou d'amitié; dans nos relations de travail définies en fonction de notre compétence, nos aptitudes ainsi que de la concurrence; ou encore comme citoyens d'un pays où nous pouvons nous sentir impuissants à changer les structures d'injustice largement répandues, implacables et en profondeur.

Une telle question, poussée dans tous ses recoins logiques, peut avoir une grande portée, ou un effet dévastateur; si je crois réellement que ce que je dis ou ce que je fais ne crée aucune différence, alors «je n'apporte aucune différence... Je n'ai rien à contribuer... Je n'ai aucune valeur, je ne veux rien... Malgré la société d'abondance dans laquelle nous vivons, nous entendons souvent de telles réactions à mesure que les emplois disparaissent, et qu'augmente le nombre de sans-abri, de prestataires du bien-être social et d'immigrants, et qu'en même temps, tous ces gens se voient pénaliser, que les étudiants doivent s'endetter, et que les structures sociales et institutionnelles qui assuraient un peu de sécurité se désagrègent. Nous arrivons-t-il souvent nous-mêmes d'avoir de tels sentiments? La

Richard Haughian

soif de plus en plus grande que manifeste notre société pour le sens de la vie et les choses spirituelles est souvent le résultat de ce manque d'estime de soi, de ce sentiment de n'être jamais à la hauteur.

Mais le son de cloche est tout autre lorsque nous pouvons répondre : «Oui, je sens et je me rends compte dans ma vie que je peux apporter une différence». Tel est d'ailleurs le message que nous donne notre foi chrétienne. Elle nous apprend que chacun de nous est aimé d'une façon inconditionnelle, que nous sommes créés à l'image et à la ressemblance de Dieu, que chacun a sa place et qu'il a une contribution spéciale à apporter, quel que soit le regroupement ou le contexte dans lequel nous nous trouvons. Elle nous montre que grâce à nos aptitudes et nos talents, par notre présence même, nous pouvons apporter une différence. On parle alors du sentiment de dignité personnelle et, à cause de l'importance fondamentale de ce sentiment dans nos vies, le respect de cette dignité de chaque personne est reconnu comme «le principe fondamental sous-jacent à l'éthique des soins de santé» (*Guide d'éthique des soins de santé*, p. 29).

Le principe est clair. Nous savons combien il est important de traiter les autres avec respect. Mais croyons-nous la même chose de nous-même? Sommes-nous convaincus que ce que nous disons et faisons, que celui ou celle que nous sommes, apporte une différence? Croyons-nous que nos efforts, avec le soutien des autres, peut changer et faire évoluer la société dans laquelle nous vivons? Si oui, nous agissons alors dans le sens de cette dignité de notre personne. Les difficultés peuvent nous porter au découragement; nous pouvons avoir l'impression que ceux avec lesquels nous travaillons, ou ceux pour lesquels nous travaillons, ne nous traitent pas toujours avec tout le respect voulu, mais il ne faut jamais que cela nous abatte et nous enlève notre espérance. Il ne faut pas non plus que cela nous empêche d'agir, de lutter et d'envisager un avenir meilleur.

Vous vous demandez peut-être comment tout cela se rattache à ce numéro de notre *Revue*. C'est que, tout simplement, le respect de la dignité de chaque personne est un principe fondamental qui doit toujours entrer en jeu, pour les décideurs, et pour ceux qui donnent comme pour ceux qui reçoivent les soins, lorsque d'importantes questions se posent, comme celles par exemple de la répartition des ressources, de l'euthanasie, de la restructuration du secteur de la santé et de la spiritualité. Je vous encourage à lire ces articles en vous demandant comment s'applique ce principe fondamental. Et j'espère que cette lecture saura nourrir vos pensées!

Une confusion au plan du langage

Le choix des mots que nous faisons pour décrire l'euthanasie crée aussi de la confusion. Par exemple, nous éprouvons un sentiment (tout comme une réaction émotive et un comportement) profondément différent lorsque l'euthanasie est présentée comme «un acte compatissant de soin clinique»⁶, plutôt que comme une mise à mort⁷.

Lorsque j'ai demandé au Dr Roger Hunt (un spécialiste des soins palliatifs qui a travaillé à faire légaliser l'euthanasie dans le Territoire du Nord de l'Australie) de me donner les raisons pour lesquelles, à son avis, les médecins doivent être autorisés à «tuer les mourants qui le souhaitent», il s'est objecté à mon utilisation du mot tuer. Il m'a fait remarquer qu'il fallait être «beaucoup plus précis dans les termes que nous utilisons en médecine» et que nous devrions parler d'*euthanasie volontaire* et non pas de mise à mort.

Le Dr Hunt ajoutait : «De façon générale, les gens ne s'attendent pas à ce que les médecins tournent le dos à quelqu'un qui est souffrant et mourant, et qu'ils l'abandonnent»⁸.

Cela est certain, mais faut-il en conclure, comme le fait le Dr Hunt, que la plupart des gens s'attendent à ce que les médecins pratiquent l'euthanasie? Le fait de lier inextricablement (par le langage et la structure de la phrase) quelque chose dont nous convenons tous – les soins personnels que les médecins doivent donner à leurs patients – avec l'euthanasie ne peut que créer de la confusion.

L'expression *euthanasie active volontaire* et son acronyme (EAV) sont également importants. L'usage de l'acronyme rend-il l'euthanasie moins menaçante, plus ordinaire? Une autre expression utilisée par les tenants de l'euthanasie pour décrire un retrait ou un refus de traitement qui entraîne la mort est *euthanasie passive* (ou

Le débat sur l'euthanasie est entaché de confusion. Cette confusion est à la fois accidentelle et voulue, et elle affecte un large éventail de questions pratiques et théoriques.

euthanasie passive volontaire). Si ces actes sont moralement et juridiquement acceptables, soutiennent-ils, il faut en conclure que les *gens conviennent que l'euthanasie est acceptable*, et qu'elle soit pratiquée par des moyens passifs ou actifs ne fait aucune différence au plan éthique ou juridique⁹.

D'un autre côté, ceux qui s'opposent à l'euthanasie font valoir qu'il existe d'importantes différences, établies depuis longtemps et bien comprises, entre le fait de permettre à une personne de mourir et celui de mettre cette personne à mort¹⁰. Voilà pourquoi ils s'opposent à l'expression *euthanasie passive* laquelle, selon eux, engendre la confusion dont nous avons parlé plus haut et donne, par cette même confusion, un appui à l'euthanasie.

L'argument que font valoir les défenseurs de l'euthanasie à l'effet que le traitement nécessaire du soulagement de la souffrance pouvant ou devant abréger la vie est de l'euthanasie, et qu'il est possible de s'y objecter pour les mêmes motifs que ceux décrits plus haut, a aussi un côté inquiétant. Il pourrait amener en effet des patients à refuser – par crainte d'être tués¹¹ – des calmants dont ils ont un grave besoin pour le soulagement de leurs souffrances, ce qui s'est déjà produit, paraît-il¹², suite à la légalisation de l'euthanasie dans le Territoire du Nord de l'Australie¹³.



Même ceux qui sont en faveur de l'euthanasie devraient s'opposer à l'utilisation de calmants comme moyens d'euthanasie, parce qu'alors, certains malades en phase terminale – par peur d'être euthanasiés ou à cause de leur opposition morale à l'euthanasie – pourraient se priver eux-mêmes d'un traitement essentiel.

Des problèmes de communication

Il n'est pas toujours facile de comprendre ce que les mourants essaient d'exprimer. À un certain stade, un grand nombre de personnes souffrant d'une maladie terminale expriment le *désir* de mourir. Mais cela est loin de vouloir dire qu'ils *veulent* être tués. Il est important de garder ces distinctions à l'esprit quand il s'agit de savoir si le patient demande réellement d'être euthanasié. Il peut vouloir poser une autre question, ou chercher à être rassuré ou reconforté, à savoir par exemple, qu'il n'est pas un fardeau trop lourd pour le personnel soignant, ou encore qu'il ne sera pas abandonné¹⁴.

Une confusion par association de termes

Décrire l'euthanasie comme étant simplement «l'étape finale de bons soins palliatifs»¹⁵ peut changer notre impression et notre façon de réagir. En effet, il serait étonnant que des gens soient en désaccord avec l'objectif sous-jacent des soins palliatifs – celui de soulager la peine et la souffrance et d'assurer des soins humanitaires et compatissants aux mourants. Si l'euthanasie n'était simplement qu'un autre exemple de bons soins palliatifs, comme le prétendent ses défenseurs, comment quelqu'un pourrait-il s'y opposer?

Pour déterminer si une certaine conduite constitue ou non de l'euthanasie, ce n'est pas seulement ce que nous faisons, mais les *raisons* pour lesquelles nous le faisons qui comptent.

En associant l'euthanasie à quelque chose que tout le monde juge nécessaire du point de vue éthique, comme les soins palliatifs, on cherche à la faire accepter. Bien plus, en en faisant une question *médicale* qui concerne avant tout les patients, leurs familles et les médecins, on lui donne un caractère médical et on camoufle ainsi le fait que l'euthanasie est une question *philosophique et sociale*.

Pour comprendre les conséquences de cette façon de couvrir l'euthanasie sous «un vêtement médical», nous pourrions demander s'il ne faudrait pas former un groupe d'avocats, plutôt que des médecins, spécialement entraînés pour pratiquer l'euthanasie¹⁶. Alors, ceux-là même qui s'opposent fortement à appeler l'euthanasie une «mise à mort» s'objecteraient et diraient qu'on ne peut pas permettre à des avocats de tuer des personnes.

La *formulation* des questions de sondage sur l'euthanasie peut aussi créer de la confusion. Lorsqu'on demande aux gens s'ils sont d'accord ou non de permettre à un malade en phase terminale très souffrant de demander une injection mortelle, la réaction émotive à l'idée d'abandonner des personnes à leurs douleurs peut colorer leur réaction, et les rendre plus favorables à l'euthanasie qu'ils ne le seraient autrement. Souvent aussi, les questionnaires ne laissent aux gens que la possibilité de répondre par un oui ou par un non à l'ensemble de la question. Il n'y a pas moyen de répondre «oui» à une partie de la question (par exemple le soulagement de la souffrance) et «non» à une autre (par exemple l'euthanasie). Ainsi y a-t-il confusion entre l'euthanasie, d'une part, et tout traitement de soulagement de la souffrance qui abrège la vie, d'autre part, ce qui peut mener à considérer ce traitement comme étant de l'euthanasie¹⁷.

Un autre problème se pose lorsqu'on associe la position anti-euthanasie avec la religion. En effet, les tenants de l'euthanasie sont portés à penser que ceux qui s'y opposent ne le font que pour des motifs religieux. Mais même si cela est vrai pour certains, on hésite à croire qu'un grand nombre de personnes s'opposeraient à l'euthanasie pour des motifs séculiers.

D'autres pensent que ceux qui sont en faveur de l'euthanasie sont contre la religion alors que, dans certaines confessions religieuses, même le clergé est en faveur¹⁸. Il faut prendre garde ici de ne pas tirer de conclusions toutes faites. Il faut éviter aussi de dévaluer ou de rejeter certaines opinions simplement parce qu'elles sont associées à des croyances religieuses.

Ce débat a trop d'importance pour qu'on le laisse se poursuivre à partir d'idées obscures sur ce qui constitue et ne constitue pas l'euthanasie.

Enfin, nous sommes également portés à confondre individualisme et sentiment d'identité personnelle. En effet, pour mourir en paix, nous avons besoin de sentir que notre vie a eu un sens. Nous essayons souvent d'obtenir ce sentiment d'identité personnelle par des efforts «d'individualisme intense» et en gardant le contrôle sur notre vie. (L'euthanasie est un recours très fort dans cette recherche de contrôle.) Or, la plupart des gens n'obtiennent pas ce sentiment d'identité personnelle par un intense individualisme, mais plutôt par une impression d'appartenance à une collectivité. Dans la société occidentale contemporaine – où les mourants sont souvent isolés, et où la mort est généralement stérilisée, déritualisée et déhumanisée – l'euthanasie peut devenir une réaction complexe à la perte de nos moyens collectifs de faire face à la mort.

Une analyse éthique et juridique

Une confusion entre les moyens et la fin

Dans le débat sur l'euthanasie, il y a souvent confusion entre, d'un côté, l'acceptabilité éthique et juridique du résultat (la mort) et, de l'autre, les moyens d'obtenir ce résultat.

L'argument le plus fort en faveur de l'euthanasie est qu'il n'y a *aucune* différence éthique ou morale entre la mort qui résulte d'un refus de traitement et celle qui résulte d'une injection mortelle, et qu'il ne doit y avoir *aucune différence juridique*.

Par ailleurs, ceux qui sont contre l'euthanasie soutiennent qu'il existe une différence morale et éthique entre le fait d'accepter un refus de traitement de la part d'un patient (même si la mort doit s'ensuivre) et donner à la personne une injection mortelle (ou aider cette personne à commettre un suicide), et que la *différence juridique* entre ces situations devrait être maintenue¹⁹. En d'autres termes, le *moyen* par lequel la mort se produit a une portée morale importante; et la législation devrait continuer à faire comprendre que certains moyens sont moralement et éthiquement acceptables, et que d'autres ne le sont pas.

Une des sources de cette confusion est l'accent qui est trop souvent placé sur le *résultat*. On soutient alors que si un malade est en phase terminale, la manière dont le résultat est produit n'a pas d'importance au plan moral et éthique, et ne devrait pas en avoir non plus au plan *juridique*. Néanmoins, la question centrale n'est pas le résultat lui-même – parce que nous mourrons tous éventuellement – mais plutôt la manière dont nous mourrons, et si certains moyens de mourir (comme le suicide médicalement assisté et l'euthanasie) devraient

être légalement prohibés. Pour y répondre, il nous faut examiner le rôle que les *intentions* du médecin jouent pour tirer la ligne entre les interventions médicales acceptables et celles qui sont inacceptables.

Une confusion au plan des intentions

Un des principes fondamentaux du droit criminel est qu'un crime n'existe que s'il y a à la fois un acte criminel (*actus reus*) et une intention coupable qui l'accompagne (*mens rea*), ce qui signifie généralement qu'il faut être en présence d'une intention de causer un résultat défendu.

C'est par l'*intention* de celui qui pose l'acte que la législation établit une distinction entre la légalité d'un retrait de traitement entraînant la mort et l'*illégalité* du suicide médicalement assisté ou l'euthanasie. Dans le cas du suicide médicalement assisté et l'euthanasie, l'*intention première* est de causer la mort. Par la non-application d'un traitement de soutien de la vie qu'un patient a refusé, l'*intention première*²⁰ n'est pas de causer la mort mais de *respecter le droit du patient à l'inviolabilité* (c'est-à-dire son droit de ne pas être touché sans son consentement, ce qui inclut le droit de ne pas recevoir un traitement sans son consentement éclairé). Continuer d'appliquer un traitement que le patient a refusé constituerait en effet un délit criminel de voies de fait.

À l'opposé, si un traitement de soutien de la vie n'est pas appliqué à un patient incomptéte qui n'a pas antérieurement refusé le traitement, il y a risque de responsabilité criminelle. Si le traitement est mis de côté parce qu'il est devenu médicalement inutile²¹, il n'y a aucune responsabilité criminelle. Mais s'il n'est pas médicalement inutile et est mis de côté dans l'intention première de tuer la personne, l'acte constitue un crime d'homicide lequel, selon les circonstances et la définition de l'euthanasie qui est utilisée, pourrait ou non être classifié comme un acte d'euthanasie²².

L'immunité judiciaire applicable à l'administration d'un traitement nécessaire pour soulager la souffrance qui pourrait abréger, ou abrégera la vie est accordée à cause de la doctrine du *double effet*²³. Dans ce contexte, la nécessité de recourir à certains moyens pour soulager la douleur justifie l'usage de ces moyens, même si le résultat non souhaité sera d'abréger la vie.

Dans certains cas extrêmes, le soulagement de la souffrance ne peut être obtenu que par complète séduction. Cette forme d'intervention n'équivaut pas à donner la mort à un patient, mais soulève néanmoins des questions complexes en matière d'éthique et de droit. Ceux qui sont en faveur de l'euthanasie soutiennent qu'il s'agit en réalité d'une forme d'*euthanasie lente*. Dans quelques cas rares, lorsqu'une personne reçoit de bons soins palliatifs – mais que toutes les autres mesures pour soulager la douleur ou la souffrance se sont avérées inefficaces – la séduction complète peut être le traitement à choisir, étant dans ces cas éthiquement et légalement acceptable. Par ailleurs, s'il se présentait plus qu'un nombre minimum de cas dans une unité donnée, il serait possible de conclure que le traitement a été utilisé comme une forme d'*euthanasie lente*²⁴.

De quelque côté du débat que l'on se tienne, il faut constamment nous questionner sur le caractère essentiel, l'intégrité éthique et la cohérence de nos actions, de nos valeurs et de nos croyances concernant nos décisions de fin de vie.

Dans bien des cas, il peut être impossible de déterminer si l'intention première d'un médecin est de soulager la souffrance ou de tuer le patient, car les deux buts peuvent être présents en même temps²⁵. Il en est qui se servent de cette difficulté comme argument en faveur de la légalisation de l'euthanasie, puisque ces cas démontrent qu'elle est déjà pratiquée. Mais même s'il paraît impossible

dans ces cas de déterminer l'intention, il faut se rappeler que les jurys, dans des causes criminelles, doivent quotidiennement arriver à le faire. Il n'est pas plus difficile pour nous de déterminer la présence ou l'absence d'une intention de tuer, afin de distinguer les interventions qui constituent de l'euthanasie et celles qui ne le sont pas.

La procédure juridique actuelle montre que la société parvient à maintenir sa norme fondamentale la plus importante – nous n'avons pas le droit de nous tuer les uns les autres – tout en permettant aux médecins d'appliquer tous les traitements de soulagement de la souffrance nécessaires. Il est essentiel que nous puissions assurer de tels traitements, et aussi d'appliquer cette norme fondamentale, ce que nous ne pourrions pas faire en légalisant l'euthanasie.

Une confusion au plan du lien de causalité

Les médecins se montrent fréquemment inquiets au sujet de l'importance qu'attache le droit à la présence ou à l'absence d'un *lien de causalité*, en ce qui concerne la mort d'une personne résultant soit du retrait d'un traitement de soutien de la vie, soit d'une injection mortelle.

Les défenseurs de l'euthanasie font valoir que les distinctions de lien de causalité qui sont faites entre ces deux situations sont artificielles. Ils prétendent que, dans les deux cas, le critère de causalité – le critère «sans le...»²⁶ – montre que l'*action du médecin* a été la cause de la mort du patient. («Sans le» facteur déterminant qu'a été le retrait du traitement, le patient ne serait pas mort; ainsi, le retrait du traitement est la cause de la mort du patient. «Sans le» facteur

déterminant qu'a été l'injection mortelle, le patient ne serait pas mort; ainsi, l'injection mortelle est la cause de la mort du patient.)

L'acte du retrait du traitement n'est pas illégal et donc, même si la mort en résulte, une enquête sur le rapport de cause à effet ne serait pas justifiable parce que nous ne sommes en présence d'aucun acte criminel ayant pu causer la mort. La causalité ne peut être soulevée en matière judiciaire que s'il y a présence d'un acte criminel, et la question qui se pose alors est de savoir si cet acte a causé ou non le résultat défendu.

À l'opposé, lorsqu'un médecin donne une injection mortelle (*un acte criminel*) et qu'il admet que cet acte était accompagné de l'intention de tuer (*une intention coupable*), il devient pertinent de savoir si l'injection mortelle a été la cause de la mort du patient.

L'argument selon lequel ces deux cas devraient être traités de la même façon témoigne d'un refus de comprendre ou d'appliquer les principes les plus fondamentaux du droit criminel.

La deuxième matière à confusion en rapport avec les liens de causalité est que les défenseurs de l'euthanasie semblent présumer que le «critère de causalité» – le «sans le...» doit toujours être appliqué. Pourtant, le droit reconnaît parfois des rapports de causalité sans répondre à ce critère, et il ignore certaines relations qui seraient établies par l'analyse de ce critère²⁷.

Une autre approche consiste à reconnaître que le retrait du traitement de soutien de la vie suppose une *multiplicité* de facteurs déterminants, et que l'une de ces causes (la défaillance respiratoire) est, en elle-même, suffisante pour causer la mort, alors que l'autre (tourner l'appareil respiratoire à «off») n'est pas suffisante, en l'absence de défaillance respiratoire.

Colvin résume la situation comme suit :

«Avec la *common law*, deux critères généraux différents ont été utilisés pour régler les questions de responsabilité causale... Le critère de la 'cause substantielle' est un *critère rétrospectif*. Il exige de regarder en arrière à partir d'un résultat afin de déterminer si, à la lumière de tout ce qui s'est produit, un facteur causal particulier a joué un rôle substantiel dans la production du résultat. À l'opposé, le critère de 'prévisibilité raisonnable' est un *critère prospectif*. Il suppose que l'on parte de la position de la personne considérée comme ayant causé le résultat et d'examiner ensuite sa conduite jusqu'au résultat. Il s'agit alors de savoir si, oui ou non, cette conduite a fait que ce résultat devienne une conséquence raisonnablement prévisible, en ce sens qu'elle faisait partie de l'éventail normal de résultats prévus...»²⁸.

Imprimerie Delta limitée

Notre nouvelle presse à cinq couleurs avec deux unités recto-verso et une vitesse de 15,000 impressions à l'heure (la plus rapide dans l'industrie) nous permet de vous offrir les meilleures livraisons.

Pour tous vos besoins d'impressions



2773, ch. Lancaster, Ottawa, Ontario K1B 4V8

Tél. (613) 736-7777 • Téléc. (613) 736-0707

La mort est un résultat *raisonnablement prévisible* du retrait d'un traitement de soutien de la vie, mais les tribunaux ont toujours soutenu que de tels retraits ne constituaient pas la *cause substantielle* de la mort. La mort est également un résultat *raisonnablement prévisible* (et même certain) d'une injection mortelle. Néanmoins, il est impossible d'imaginer qu'un tribunal déclare – en présence d'une preuve au-delà de tout doute raisonnable que la mort a résulté de l'injection – que l'injection mortelle n'a pas été la *cause substantielle* de la mort.

La loi de l'*ordre public* (laquelle exige l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire) peut être utilisée en rapport avec les règles du droit applicables aux préjudices, un domaine où la théorie de la cause à effet a été plus pleinement explorée que dans le droit criminel. On peut y recourir pour justifier une conclusion à l'effet qu'il n'y a pas présence de cause à effet, mais les juges se sont presque toujours montrés réticents à le faire à cause de la réputation de «cheval indompté» de ce droit privé²⁹.

On ne doit consentir qu'à des actes qui ne sont pas contraires à l'ordre public. Tourner la clé d'un appareil respiratoire à «off» n'est pas, en soi, contraire à l'ordre public; ainsi, une des façons de justifier l'acte est d'avoir le consentement de la personne à ce moment-là ou à l'avance. De la même manière, fournir le soulagement nécessaire de la douleur, même si cet acte abrège la vie, n'est pas contraire à l'ordre public. En effet, il faudrait plutôt considérer comme contraire à l'ordre public de ne pas assurer un traitement pleinement adéquat de soulagement des souffrances à des personnes qui en ont besoin. À l'opposé, donner une injection mortelle à une personne est un acte qui, en lui-même, est contraire à l'ordre public; le consentement de la personne n'a donc aucun rapport avec la responsabilité criminelle de celui qui l'a posé.

Un autre facteur dans ce débat est l'exercice du pouvoir *discrétionnaire judiciaire* et de son rôle dans la détermination de la responsabilité légale. Il y a une immense différence entre la présentation de ce pouvoir comme exemple de prise de décision purement arbitraire de la part d'un juge, et celle qui le considère comme un recours que prend le juge pour trouver des «moyens de connaître» plus humains que la raison pure.

Les juges de la Cour suprême du Canada aussi bien que de la United States Supreme Court, en concluant qu'une interdiction législative du suicide assisté n'était pas inconstitutionnelle, se sont penchés sur «l'histoire de leur pays respectif» comme sur «un moyen de connaître». Ils ont fait appel à la «mémoire humaine» pour contrebalancer un argument de raison pure voulant qu'il n'y ait pas de différence morale – et qu'il ne devrait donc pas y avoir de différence juridique – «entre laisser un patient mourir et amener ce patient à mourir»³⁰, et ils ont trouvé qu'il existait des différences importantes, profondes et bien établies entre ces deux façons de faire.

Une confusion au plan de la jurisprudence

Certains tenants de l'euthanasie, comme Mason et Mulligan, proposent que l'euthanasie soit adoptée par étapes, en l'autorisant tout d'abord pour les personnes souffrant de certaines conditions³¹, comme l'*état végétatif permanent* ou encore une *maladie neurologique progressive*³².

Ils se plaignent du fait que «la rhétorique de l'euthanasie soit floue», mais ils ajoutent eux-mêmes à la confusion en donnant leur interprétation des jugements qui ont été prononcés dans deux causes canadiennes. Ils affirment que celles-ci montrent que les tribunaux sont de plus en plus en faveur de l'euthanasie.

Mason et Mulligan reconnaissent qu'un traitement médicalement inutile peut être suspendu ou retiré des personnes qui se trouvent dans un état végétatif permanent. Il n'existe en effet aucune obligation éthique ou légale de poursuivre un traitement médicalement inutile. En fait, dans les établissements de santé publics, il y a plutôt une obligation éthique de *ne pas gaspiller* les ressources rares, ce que de tels traitements, à condition qu'ils soient effectivement inutiles et selon une définition stricte, seraient en réalité. Même ceux qui sont contre l'euthanasie seraient d'accord avec le retrait de tels traitements. Mais ils n'admettraient pas pour autant qu'il s'agit là d'euthanasie, ni que c'est là une raison pour approuver l'euthanasie.

Il y a également confusion entre, d'une part, le refus ou le retrait d'un traitement, et l'euthanasie d'autre part. En effet, il existe des cas où le refus ou le retrait d'un traitement *constituerait* un acte d'euthanasie. Par exemple, ne pas accorder ou retirer un traitement de soutien de la vie à une personne qui a toujours été mentalement incomptente – avec l'intention première de lui infliger la mort – plutôt qu'à cause du fait que le traitement est médicalement inutile, serait au mieux un acte d'euthanasie³³.

Ainsi, pour déterminer si une certaine conduite constitue ou non de l'euthanasie, ce n'est pas seulement ce que nous faisons, mais les raisons pour lesquelles nous le faisons qui comptent³⁴. Ce sont ces raisons qui établiront les précédents de ce qui sera légalement permis ou défendu dans la prise de décisions médicales de fin de vie.

La cause *Nancy B* a exigé que le tribunal applique le *Code civil* du Québec, lequel statue que «la personne humaine est inviolable», c'est-à-dire qu'il n'est pas permis de la toucher sans son consentement³⁵. Le *Code* prévoit aussi de façon explicite que des soins ou un traitement ne doivent pas être donnés à une personne compétente sans le consentement libre et éclairé de cette même personne³⁶. Nancy B était atteinte d'une paralysie respiratoire irréversible causée par le syndrome de *Guillain-Barré*, et ne vivait que grâce à un appareil respiratoire. Elle avait demandé que ce traitement de soutien de la vie soit débranché.

Le tribunal a confirmé le droit de Nancy B de refuser un tel traitement, même si la mort s'ensuivrait. Il a conclu que Nancy B voulait que «le traitement de soutien



Il faut constamment nous questionner sur le caractère essentiel de nos actions concernant nos décisions de fin de vie.

respiratoire qui lui était donné soit arrêté de manière que la nature suive son cours...»³⁷. Il a déclaré que cela «pouvait ne pas être véritablement considéré comme une tentative de commettre le suicide parce que... la mort serait avant tout le résultat de la maladie sous-jacente, plutôt que le résultat d'une atteinte auto-infligée».

Dans la cause *Rodriguez*, tous les juges de la Cour suprême du Canada ont fermement confirmé le droit de refuser un traitement – même sur la base du droit de la personne à l'inviolabilité – mais une majorité d'entre eux ont tout aussi fermement fait la différence entre ce droit et tout autre droit d'obtenir une aide pour commettre le suicide ou obtenir l'euthanasie.

Des quatre juges dissidents dans la cause *Rodriguez*, le jugement du juge en chef Lamer était plus que les autres sans précédent. Il a statué que le «droit de choisir le suicide»³⁸ est encastré dans la loi constitutionnelle canadienne, et que le défaut de porter assistance à commettre un suicide aux personnes qui sont physiquement incapables de le faire par elles-mêmes contrevient au droit constitutionnel contre la discrimination fondée sur une incapacité physique.

Le juge en chef a déclaré que tant en vertu de la *Charte* que de la *common law*, les droits de l'individu à l'autodétermination et à l'autonomie ont donné lieu à *un droit de choisir [...] la manière de diriger sa propre vie*³⁹.

Étant donné que le Parlement a abrogé la législation qui faisait du suicide un crime – lequel était donc légal – il a statué que ce droit de choisir s'étendait au droit de choisir le suicide.

Au Canada, le droit de refuser un traitement a constamment été interprété par les tribunaux comme étant fondé sur le droit à ne pas être touché sans son propre consentement. Dans son contenu, ce droit est *négatif* et ne peut pas être utilisé comme fondement à un droit ayant un «contenu positif», ce qu'est en fait le droit d'obtenir une assistance pour commettre le suicide ou pour un acte d'euthanasie.

À l'opposé, les tribunaux américains ont interprété le droit à la vie privée comme incluant un droit à l'autonomie personnelle. Ce dernier droit comporte non seulement le droit de refuser un traitement⁴⁰, mais également un *droit à contenu positif permettant de décider ce qui doit arriver de soi-même* – y inclus le droit à être exempt de l'interférence de l'État sous la forme d'une loi pour décider de ce qui doit advenir de son propre corps⁴¹.

Bien que la Cour suprême des États-Unis ait décidé récemment que les lois des États interdisant l'assistance au suicide sont constitutionnellement valides⁴², il



L'euthanasie engendre la confusion.

n'en reste pas moins que dans des pays comme les États-Unis et l'Australie – lesquels possèdent une constitution fédérale qui accorde la compétence en matière de droit criminel aux États – la validité constitutionnelle des lois des États qui permettent l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté demeure une question ouverte⁴³. Il est probable que cette situation devra être éclaircie dans un avenir assez proche.

Conclusion

Le débat sur l'euthanasie est d'une importance capitale. Il touche notre *passé* – les normes et les valeurs dont nous avons hérité; notre *présent* – à savoir si nous modifierons ces normes et valeurs; et notre *avenir* – l'impact qu'aura une décision actuelle (qu'elle soit pour ou contre l'euthanasie) sur nos descendants, comme individus aussi bien que comme société⁴⁴.

Le résultat de ce débat aura une grande portée sur notre société et sur le paradigme social de notre «histoire partagée»⁴⁵.

Nous devons mettre le doigt sur le mal qui peut être fait par une utilisation trop facile de nos concepts juridiques, surtout lorsque ceux qui les utilisent pour promouvoir la légalisation de l'euthanasie les déforment – ou bien de façon intentionnelle ou bien parce qu'ils les comprennent mal.

Cette question met en cause non seulement notre juste sympathie à l'égard des personnes qui endurent de grandes souffrances, mais également la nécessité de déterminer si, oui ou non, certaines maladies ou conditions rendent l'euthanasie appropriée. Il importe également de se demander s'il est acceptable, en principe et comme valeur de base de notre société, d'accorder aux médecins le droit d'intervenir avec l'intention première d'infliger la mort.

Nous devons donc mener ce débat avec honnêteté, intégrité et courage, mais également avec *clarté*, et donc en éliminant toute confusion. Que nous soyons pour ou contre l'euthanasie, il y a des points nombreux et importants sur lesquels nous sommes tous d'accord pour la prise de décisions de fin de vie. Notre débat doit se fonder sur cette unanimité plutôt que sur nos désaccords. Ainsi, le «ton» du débat changera, et par le fait même peut-être, son résultat.

Références

1. MA Somerville, «The Song of Death: The Lyrics of Euthanasia», *Journal Contemporary Law & Health Policy* 9(1993) 13, pp. 1-76.
2. À moins d'indication contraire, l'expression «injection mortelle» est utilisée tout au cours de ce texte dans le sens d'une injection qui est donnée avec l'intention première de tuer la personne à laquelle elle est administrée.
3. State Committee on Euthanasia, *Report on Euthanasia*, Government Printing Office, The Hague (1985). La définition a également été utilisée dans le Remmink Report de 1991 ainsi que dans son résumé *Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in The Netherlands*, Ministerie van Justitie (1991), p. 3. Malgré l'exigence de «consentement explicite», une recherche récente a montré qu'il s'est produit un grand nombre de cas d'euthanasie non volontaire et involontaire aux Pays-Bas. Voir les renvois 4, 15 et 16.
4. *Ibid.*
5. AM Capron, «Euthanasia in the Netherlands: American Observations», *Hastings Center Report* 30 (1992) 22.
6. Report of the Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethics of Prolonging Life and Assisting Death, «Assisted Death», *The Lancet* 1990; ii: pp. 610-613.
7. Somerville, note 1.
8. Transcript of Pilot Segment, *Searching for Ethics 2001*, vidéocassette, Uluru, Australie, avril 1997.
9. Pour une analyse, voir MA Somerville, «Euthanasia by Confusion», *UNSW Law Journal* (décembre 1997), 8-10.
10. Cette distinction a été formulée de cette façon par le juge en chef Renquist, parlant au nom de la Cour suprême des États-Unis dans l'arrêt jurisprudentiel *Vacco contre Quill*, US Supreme Court Docket No 95-1858, du 26 juin 1997. (United States Law Week, 65 LW 4695, 24 juin 1997.)
11. Pilot sequence, voir note 10, par le Père Norelle Lickiss, Sydney, Australie et le Père Aranda Sanchez, Melbourne, Australie.
12. Le Parliament of the Commonwealth of Australia, Senate Legal and Constitutional Legislation Committee, *Consideration of Legislation Referred to the Committee: Euthanasia Laws Bill 1996*, Senate Printing Unit, Department of the Senate, Parliament House, Canberra, pp. 39-55.
13. *The Rights of the Terminally Ill Act, 1995* (NT). Subséquemment, le Parlement du Commonwealth a adopté *The Euthanasia Laws Act 1997* (Cth) prenant prépondérance sur la législation du territoire.
14. MA Somerville, «Unpacking the Concept of Human Dignity in Human(e) Death: Comments on 'Human Dignity and Disease, Disability and Suffering' par Sylvia D. Stolberg» *Humane Medicine*, (1995) 11, pp. 148-151.
15. T Quill, «The Case for Euthanasia», Symposium, *Searching for the "Soul" of Euthanasia*, 11^e Congrès sur le soin des malades en phase terminale, Montréal, Canada, 1996.
16. RM Sade et MF Marshall, «Legistrothanatry: A New Specialty for Assisting in Death», *Perspectives in Biology and Medicine* (1996) 39 (4), pp. 547-549.
17. Voir note 9, p. 5, pour un exemple de cette approche.
18. H. Shepherd, «United council sets new direction». *The [Montreal] Gazette*, le 21 juin 1997, J-7 : «Vers la fin de l'année... un groupe d'Églises incluant les catholiques, quelques Églises évangéliques et autres ont publiquement critiqué une tendance vers l'acceptation de l'euthanasie – une déclaration que l'Église Unie du Canada et les Quakers n'ont pas appuyée».
19. Somerville, note 1.
20. Voir Somerville, note 1 et note 7, pour une analyse du concept d'intention première, lequel est un synonyme de motif.
21. Pour une analyse de l'inutilité médicale, voir note 9, pp. 20-21.
22. Voir note 9, p. 21.
23. Pour une analyse de ce critère, voir la note 9, p. 10.
24. Voir l'analyse, note 9, pp. 9-10, dans laquelle le traitement nécessaire de soulagement de la souffrance est faussement qualifié de «euthanasie lente».
25. I. Lagnado, «Top Journals Divide Over Assisted Suicide», *Wall Street Journal*, B1, 4 juin 1997.
26. Voir note 9, p. 15.
27. E. Colvin, *Principles of Criminal Law* (1991, 2^e éd.), Caswell, Toronto, pp. 80-82.
28. Colvin, note 27, pp. 85-85.
29. *Richardson contre Mellish* (1824) 2 Bingham 229 at 252, Burrough J.
30. *Quill contre Vacco* note 10, per Renquist CJ.
31. JK Mason et D Mulligan, «Euthanasia by States» *The Lancet* 1996; 347: pp. 810-811.
32. La proposition de Mason et Mulligan déplace l'accent portant sur le droit du patient à l'autodétermination et à l'autonomie vers la maladie dont le patient souffre, comme première justification de l'euthanasie. Cette approche soulève d'importantes questions sur l'impact qu'aurait la légalisation sur l'euthanasie pour les personnes handicapées qui souffrent des mêmes conditions débilitantes ou de conditions équivalentes.
33. Il peut être utile de noter que si se présentait une situation similaire concernant une personne compétente qui aurait refusé son consentement au retrait d'un traitement, mais que le traitement lui aurait été néanmoins retiré, nous qualifierions cet acte sans hésiter comme étant un meurtre, et non pas de l'euthanasie. Bien plus, la question du retrait d'un traitement médicalement inutile d'un patient compétent contre sa volonté (ou dans le cas de patients incomptables, contrairement à la volonté de ses décisionnaires substituts) soulève des questions juridiques complexes qui sont susceptibles d'être soumises aux tribunaux dans un proche avenir, étant donné qu'un peu partout, nous faisons face à de graves restrictions dans nos budgets de la santé.
34. Voir la note 9, pp. 10-14.
35. Le Code civil du Québec, article 19.
36. *Ibid.*, article 19.1
37. *Ibid.*, 392 (DLR).
38. *Rodriguez contre Canada* (AG [1993] 3 SCR 519:107 DLR (4th) 342.
39. *Ibid.*, 365.
40. *Cruzan contre Director, Missouri Department of Health* 497 US 261 (1990) (USSC).
41. *Roe contre Wade* 410 US 913 (1973) (USSC).
42. *Vacco contre Quill* note 11; *Washington contre Glucksberg* US Supreme Court Docket, No 96-110, 26 juin 1997 (United States Law Week, 65 LW 4669, 24 juin 1997).
43. En Australie, *The Rights of the Terminally Ill Act 1995* du Territoire du Nord, une législation qui autorisait l'euthanasie et le suicide médical assisté a été en quelque sorte évincé par une législation (*The Andrews Bill* 1997) du Parlement fédéral. Le pouvoir que possède le Parlement de prendre le pas sur les lois du Territoire pourrait bien, toutefois, être différent de son pouvoir sur la législation des États. Celui-ci pourrait être mis en cause si l'un ou l'autre des projets de loi en faveur de l'euthanasie actuellement soumis aux législatures d'État australiennes prenait force de loi.
44. MA Somerville, «Legalizing Euthanasia: Why Now?», *Australian Quarterly*, (1996) 68(3), pp. 1-14.
45. MA Somerville, «Genetics, Reproductive Technologies, Euthanasia and the Search for a New Societal Paradigm», (Éditorial), *Soc Sci Med.*, (1996) 42(12), ix-xii.

