

**Approuvé: 24 avril 2010**

## **Introduction**

En juin 2005, un député a présenté un projet de loi (projet de loi C-407) devant le Parlement fédéral en vue de légaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Ce projet de loi ne se s'est pas concrétisé, mais a été de nouveau présenté sous forme du projet de loi C-562 en juin 2008, puis encore sous forme du projet de loi C-384 en mai 2009. Ce projet de loi vise à modifier le *Code criminel* afin de « permettre à un médecin, sous réserve de certaines conditions, d'aider une personne qui éprouve des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement ou qui est atteinte d'une maladie en phase terminale à mourir dignement quand elle y consent de façon libre et éclairée. » Bien qu'il semble probable que ce projet de loi soit accepté, il a suscité une discussion publique au sujet de cette question et il y aura sans aucun doute d'autres tentatives à l'avenir visant à adopter une loi sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Il s'agit d'une question très contentieuse, qui entraîne des inquiétudes en ce qui concerne la pitié, la souffrance incontrôlée, l'autonomie du patient, l'autonomie du soignant, ainsi qu'une préoccupation à l'égard de la coercition et des abus possibles, de la vulnérabilité possible des personnes handicapées, des répercussions sur les soins palliatifs et d'une éventuelle action politique naïve. Compte tenu qu'il existe des spécialistes en soins palliatifs qui peuvent prodiguer des soins de fin de vie de qualité, nous devrions participer à ce débat.

Lors de sa réunion tenue au printemps 2005, le conseil d'administration de l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP) a mis sur pied un groupe de travail chargé de la question de l'aide médicale à la mort<sup>1</sup>. Ce groupe de travail a depuis changé de nom et il est désigné comme groupe de travail sur l'euthanasie et le suicide assisté. Ce groupe de travail a tenu une série de téléconférences en 2005 et en 2006. En mars 2006, Santé Canada a parrainé un forum de débats conçu pour aider à élaborer une Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie. Les membres des cinq groupes de travail de la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie (meilleures pratiques et soins de qualité, formation des professionnels soignants, information et sensibilisation du public, recherche et surveillance) ont participé à ce forum, qui comprenait notamment une discussion sur les répercussions de la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté sur le système de soins de santé. En décembre 2006, l'ACSP a lancé la première version de ce document de réflexion et a commencé à recueillir les suggestions de ses membres. Au printemps 2009, le groupe de travail de l'ACSP sur l'euthanasie et le suicide assisté a examiné toute la rétroaction reçue, ainsi que l'évolution de la terminologie, et il a révisé ce document afin de refléter les suggestions de ses membres dans la mesure du possible.

---

<sup>1</sup> Définition : Le terme « aide à la mort » désigne à la fois l'« euthanasie » et le « suicide assisté ». Ces termes, ainsi que d'autres termes apparentés, sont définis de façon plus approfondie dans le lexique annexé à ce document.

## Objectif du présent document

### *Ce qu'il est*

Ce document de réflexion de l'ACSP résume la discussion tenue jusqu'à présent. Son but est d'informer et d'encourager la discussion sur ce sujet chez les fournisseurs de soins palliatifs ainsi que le public. Il offre une assise factuelle dans laquelle peuvent puiser les membres de l'ACSP ainsi que d'autres pour discuter de la question de l'euthanasie et de l'aide à la mort.

### *Ce qu'il n'est pas*

Dans ce document, nous n'offrons pas d'appuyer ou de refuser d'appuyer la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté. L'ACSP reconnaît que les opinions de ses membres varient entre l'opposition catégorique et l'appui vigoureux d'une grande gamme d'options liées à l'aide à la mort. Par conséquent, il n'est pas réaliste que l'ACSP, en tant qu'organisme représentant les points de vue de ses membres, déclare une position favorable ou défavorable à l'égard de l'aide à la mort.

## Contexte

### Au Canada

#### *Statut juridique actuel*

L'euthanasie et le suicide médicalement assisté sont illégaux au Canada. Le *Code criminel* du Canada interdit l'homicide coupable (articles 222 et 229), ce qui comprend aider quelqu'un d'autre à mettre fin à ses jours par l'euthanasie volontaire. Par ailleurs, « conseiller à une personne de se donner la mort » et « aider ou encourager quelqu'un à se donner la mort » sont des infractions punissables (article 241). L'article 14 du *Code criminel* indique clairement que le fait d'avoir le consentement de la personne ne change pas la nature criminelle de ces actes. Bien qu'il y ait eu un important débat sur l'euthanasie volontaire et le suicide assisté (médicalement ou autre) au cours des dernières années, aucun changement n'a été apporté à la loi. En 1993, dans le cas de Sue Rodriguez (le seul cas portant sur cette question qui a été présenté devant la Cour suprême du Canada), une femme de 42 ans atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA) a déclaré que le paragraphe 241(b) violait ses droits en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, mais la Cour suprême a rejeté sa demande (marge de 5 contre 4). En 1994, un Comité spécial du Sénat a recommandé de n'apporter aucun changement aux infractions relatives à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté – bien qu'une minorité des membres de ce comité ait recommandé de modifier le *Code criminel* « 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 », ainsi qu'une exemption pour protéger les personnes qui aident quelqu'un à se suicider. Le même Comité spécial du Sénat a recommandé que, dans certaines circonstances, la Couronne devrait imposer des peines moins sévères aux personnes reconnues coupables d'infractions liées au conseil et à l'assistance au suicide ou à l'euthanasie.

Malgré l'absence de changement au niveau des lois, on constate qu'il y a eu une tendance évidente d'indulgence au niveau de la détermination des peines et même de l'inculpation des personnes, dont certains médecins, qui ont assisté des suicides et ont été reconnus coupables en vertu du *Code criminel*. En voici quelques exemples :

- En septembre 2004, Marielle Houle a été accusée d'avoir aidé et encouragé son fils de 36 ans à se suicider. Après avoir plaidé coupable en janvier 2006, elle a été condamnée à une période de probation de trois ans avec conditions.
- En septembre 2006, un homme de 62 ans, Raymond Kirk, a plaidé coupable à l'accusation d'avoir aidé sa femme à se suicider. En raison d'un spasme au dos, elle souffrait de douleurs aiguës et différents spécialistes n'arrivaient ni à établir un diagnostic ni à les soulager. La Cour de justice de l'Ontario a suspendu la sentence de M. Kirk et lui a imposé une période de probation de trois ans.
- En juin 2007, un tribunal de Colombie-Britannique a condamné Ramesh Kumar Sharma, un médecin de famille, pour avoir aidé Ruth Wolfe, une femme de 93 ans qui souffrait de problèmes cardiaques, à se suicider en lui prescrivant une dose létale de médicaments. Le tribunal l'a condamné à une peine de deux ans moins un jour à purger dans la communauté (emprisonnement avec sursis). Son droit d'exercer lui a aussi été retiré par le Collège des médecins de la province.
- En juillet 2007, la Gendarmerie royale du Canada (GRC) a décidé de ne pas porter d'accusation dans le cas du suicide assisté d'Elizabeth MacDonald, une Canadienne atteinte de sclérose en plaques décédée en Suisse (où le suicide assisté est légal) avec l'aide d'un organisme qui se consacre à assister les patients qui souhaitent mettre fin à leur vie. Son mari, Eric MacDonald, était à ses côtés au moment du suicide. La GRC a affirmé qu'aucune infraction au *Code criminel* n'avait été commise au Canada.

### ***La pratique au Canada***

Il existe peu de données exactes sur la fréquence des pratiques d'euthanasie volontaire et de suicide assisté au Canada. Comme ces pratiques sont illégales, elles sont rarement signalées. Par conséquent, la plupart des décès ne sont pas signalés au coroner – sauf si quelqu'un dépose une plainte ou demande une enquête – et il est donc difficile d'évaluer dans quelle mesure les décès sont « assistés ».

### ***Les attitudes publiques et professionnelles***

Selon un sondage réalisé en 1994, plus de 75 % du grand public canadien soutient la pratique de l'euthanasie volontaire et du suicide médicalement assisté pour les malades en phase terminale et qui ont peu de chance de se rétablir<sup>2</sup>. Cependant, entre 75 % et 83 % des gens s'opposaient à cette pratique dans le cas de patients atteints de conditions réversibles, des personnes âgées qui croient représenter un fardeau pour les autres et des personnes âgées qui souffrent de malaises physiques mineurs. L'enquête n'indique pas si les répondants étaient informés ou se faisaient offrir des solutions de rechange au suicide médicalement assisté.<sup>3</sup>

Le seul sondage publié sur ce sujet a été réalisée en 1996 auprès des médecins canadiens. Il indique que 76 % d'entre eux seraient opposés à participer à une euthanasie ou un suicide assisté, mais que 24 % seraient prêts à pratiquer l'euthanasie volontaire et que 23 % accepteraient de

<sup>2</sup> Genius S.J., Genius S.K., Chang W.C., « Public attitudes toward the right to die », *CMAJ*, 1994, n° 150(5), pp. 701-702.

<sup>3</sup> Ibid.

réaliser un suicide assisté si ces pratiques étaient légales<sup>4</sup>. Un peu plus de la moitié des médecins ayant répondu au sondage ont indiqué qu'ils ne pratiqueraient aucun des deux, tandis qu'entre 20 % et 22 % étaient incertains. Plus de 40 % d'entre eux seraient prêts à aiguiller les patients vers l'euthanasie volontaire ou le suicide médicalement assisté. Environ 75 % d'entre eux estiment que si l'acte d'euthanasie volontaire est légalisé, il doit être réservé aux médecins.

Dans un sondage d'Ipsos Reid réalisé auprès de 1 005 Canadiens et publié en 2007, 76 % des personnes interrogées étaient d'accord avec le concept d'accorder le droit de mourir aux personnes qui veulent mourir, plutôt que d'endurer l'évolution complète d'une maladie incurable<sup>5</sup>. Plus récemment, un sondage d'opinion publique réalisé par Angus Reid et publié en février 2010 indique que 67 % des personnes interrogées soutenaient la légalisation de l'euthanasie au Canada.<sup>6</sup>

## **Tendances mondiales en matière d'euthanasie et de suicide assisté**

D'autres pays en sont à différents stades du débat public sur l'euthanasie et le suicide assisté, ou, tel qu'on le désigne aussi, l'aide à la mort. Le suicide médicalement assisté est désormais légal aux Pays-Bas, en Belgique, en Suisse, au Luxembourg et dans les États de l'Oregon, de Washington et de Montana (É.-U.). Seuls les Pays-Bas et la Suisse ont légalisé l'euthanasie. Avec l'exception du Montana, qui n'a pas encore adopté de loi, les juridictions qui ont légalisé le suicide assisté ont établi des procédures conçues pour veiller à la sécurité des patients et prévenir les abus. Par exemple, dans certaines juridictions (Oregon, Belgique), toute personne demandant un suicide médicalement assisté doit se soumettre à une évaluation complète de ses besoins en soins palliatifs. Étant donné que le Montana n'a pas encore adopté de loi (en date de juin 2009), cet État n'a pas encore mis en place de lignes directrices.

Par contre, la plupart des pays n'ont pas légalisé l'euthanasie et/ou le suicide assisté, ce qui est aussi le cas de la plupart des États aux États-Unis.

En Oregon, l'État qui a la plus longue histoire de suicide assisté (légalisé en 1998), la légalisation du suicide médicalement assisté n'a pas entraîné une grande augmentation du nombre de personnes demandant et recevant un suicide assisté par un médecin (16 en 1998, 42 en 2003 et 60 en 2008<sup>7</sup>), mais elle a résulté en un accroissement très significatif de la prestation de soins palliatifs. Par exemple, l'utilisation générale des centres de soins palliatifs a augmenté de 84 % depuis l'adoption de la *Loi sur la mort digne (Death With Dignity Act)* en 1998.<sup>8</sup> Cela pourrait indiquer que les gens sont moins susceptibles de demander le suicide assisté lorsqu'ils reçoivent des soins palliatifs appropriés.

---

<sup>4</sup> Kinsella T.D., Verhoef M.J., dans *The Medical Post*, 1996, 32(34), p. 90. (Article cité avec la permission des auteurs.)

<sup>5</sup> Vollmar, V.J., *Recent Developments in Physician-Assisted Death*, mai 2007, p. 11.  
<http://www.willamette.edu/wucl/pdf/pad/2007-10.pdf>. Consulté le 22 juin 2009.

<sup>6</sup> *Two-Thirds of Canadians Express Support for Legalizing Euthanasia*, février 2010 :

<http://www.visioncritical.com/category/global-opinions-and-trends>. Consulté le 8 mars 2010.

<sup>7</sup> *Oregon Death with Dignity Act Annual Reports* : <<http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/>>. Consulté le 11 juin 2009.

<sup>8</sup> O'Reilly, Kevin B., « Oregon still stands alone: Ten years of physician-assisted suicide », *American Medical News*, le 12 mai 2008 : <<http://www.ama-assn.org/amednews/2008/05/12/prsa0512.htm>>. Consulté le 11 juin 2009.

## Facteurs entraînant des demandes de suicide assisté

En se fondant sur la très grande expérience de la communauté des soins palliatifs en matière de soins de fin de vie, les fournisseurs de soins palliatifs ont observé – et ces observations ont été confirmées par les preuves de recherche<sup>9</sup> – que la volonté de recourir à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté provient généralement d'un ou de plusieurs des facteurs suivants :

- la douleur et la souffrance causées par toutes les maladies terminales,
- le besoin qu'a la personne de contrôler sa maladie et son corps/sa vie,
- le désir de ne pas être un fardeau pour les autres,
- la dépression et la détresse psychologique qui sont souvent associées à la maladie.<sup>10</sup>

## Rôle des soins palliatifs

Des soins palliatifs complets – c'est-à-dire, des soins qui visent à répondre aux besoins physiques, sociaux et spirituels des personnes mourantes et des membres de leur famille – peuvent aider à atténuer beaucoup des facteurs qui conduisent les gens à envisager le suicide assisté, particulièrement le fardeau imposé aux proches, la dépression ainsi que la gestion de la douleur et des symptômes. De plus, des soins palliatifs de grande qualité peuvent donner un plus grand sens à la vie de la personne, et le sentiment de contrôler son corps.

L'expérience de la communauté des soins palliatifs démontre que certaines personnes qui promeuvent la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté ainsi que certains fournisseurs de soins de santé ne sont pas nécessairement au courant des options actuellement disponibles en matière de soins palliatifs. Par exemple, les personnes recevant des soins palliatifs ont le droit de refuser un traitement, de la nourriture et/ou de l'eau. Un tel abandon ou une telle abstention de traitement est à la fois éthique et légale. Dans les circonstances extrêmes, à la toute fin de la vie lorsque toutes les autres méthodes de soins ont été essayées et que les symptômes, comme une douleur incontrôlable et l'essoufflement, sont intolérables, les patients atteints d'une maladie avancée évolutive en phase terminale ont l'option de recevoir des thérapies comme la sédation complète, qui pourrait soulager toutes les formes de détresse. Cette décision doit se prendre avec l'approbation du patient et en s'assurant que la famille est au courant de la décision. La Société canadienne des médecins de soins palliatifs est en train d'élaborer des lignes directrices de consensus sur la sédation continue au Canada. Dans ces situations, les praticiens des soins palliatifs doivent continuer à respecter le droit du patient et de sa famille à faire ces choix. Le patient et sa famille continuent à recevoir des services de soins palliatifs prodigués avec compassion, et les praticiens des soins palliatifs ne les abandonnent pas.

---

<sup>9</sup> Van der Maas P.J., van Delden J.J., Pijnenborg L., Looman C.W., « Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life », *Lancet*, 1991, n°338, pp. 669-674.

<sup>10</sup> Chochinov H. M., Wilson K. G., Enns M. et al., « Desire for death in the terminally ill », *American Journal of Psychiatry*, 1995, n° 152, pp. 1185-1191. Une étude récente réalisée auprès de 200 patients indique que 44,5 % d'entre eux souhaitent parfois que la mort arrive vite, mais que seulement 17 d'entre eux (8,5 %) ont reconnu avoir un désir de mort sérieux et permanent. Sur ces 17 personnes, environ 10 (58,8 %) ont indiqué avoir des symptômes de dépression (par rapport à 7,7 % des patients qui n'avaient aucun véritable désir de hâter la mort). Il est particulièrement intéressant de noter que, chez 6 de ces 10 patients, le désir de mourir s'atténuait à mesure que la dépression s'affaiblissait (Chochinov, Wilson et al., 1995).

## Analyse

L'Association canadienne de soins palliatifs fait la promotion de l'excellence des soins pour toutes les personnes atteintes de maladies terminales et leur famille. Nos politiques doivent refléter leurs meilleurs intérêts ainsi que les valeurs de l'ensemble de la société. Une partie de notre rôle consiste à promouvoir des politiques, des services et des lois qui répondent aux besoins des personnes mourantes et de leur famille.

L'expérience dans le domaine des soins palliatifs démontre que le processus de la mort a souvent un sens et une finalité pour la personne mourante et ses proches. En tant que champ d'activité, nous sommes responsables de nous assurer que tous ceux qui participent à la prestation de soins palliatifs ont les connaissances (y compris connaître les solutions de rechange au suicide assisté), les attitudes et les compétences nécessaires pour aider les personnes mourantes à prendre en charge la souffrance physique et émotionnelle, et pour soutenir les membres de la famille. Nous avons également la responsabilité de veiller à ce que les patients qui cherchent à obtenir de l'aide pour se suicider soient au courant de l'existence des soins palliatifs ainsi que des programmes et services de soins palliatifs.

Cependant, l'ACSP reconnaît que, même en ayant accès à des soins de fin de vie complets et compatissants, un très petit nombre de Canadiens pourraient tout de même chercher à obtenir de l'aide pour mettre fin à leurs jours. La communauté des soins palliatifs a la responsabilité de respecter ces personnes et de répondre à leurs besoins, tout en respectant nos propres valeurs et principes.

## Déclaration de l'ACSP

L'ACSP a donc rédigé une déclaration qui tente de saisir à la fois notre préoccupation fondamentale à l'égard des questions entourant l'euthanasie et le suicide assisté, les risques potentiels, ainsi que notre respect pour les personnes qui ne partagent pas cette opinion.

*L'Association canadienne de soins palliatifs s'engage à améliorer la qualité de la vie et de la mort des personnes atteintes d'une maladie évolutive limitant l'espérance de vie, surtout à l'approche de la fin de la vie, ainsi que de leur famille, et elle considère que l'euthanasie et le suicide assisté ne font pas partie des soins de fin de vie de qualité.*

*La fin de la vie sera toujours associée à une certaine souffrance. Des soins de fin de vie de qualité peuvent atténuer une partie de cette souffrance en allégeant le fardeau pour les familles, en aidant les gens à trouver un sens à la vie qu'ils ont vécue et au processus de mourir, en fournissant un soutien psychologique adéquat, en offrant des soins à domicile ou dans des établissements spécialisés en soins palliatifs, ainsi qu'en aidant à gérer la douleur et les symptômes. Pour la grande majorité des gens, des soins palliatifs de grande qualité seront une meilleure option que l'euthanasie ou le suicide assisté.*

*Toutefois, malgré l'accès à des soins palliatifs de grande qualité, un très petit nombre de Canadiens pourraient tout de même vouloir contrôler leur propre mort. En tant que fournisseurs de soins palliatifs, nous devons respecter leur droit à ce choix et ne pas les abandonner. Nous continuerons à évaluer les raisons pour lesquelles ils font ce choix, à prodiguer les mêmes soins compatissants à ces personnes et à répondre à leurs préoccupations ainsi qu'à celles de leur famille, mais nous avons également le*

*droit de ne pas participer ou de ne pas assister tout effort visant à hâter volontairement la mort.*

## **Recommandations**

Avant de considérer la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, le Canada a la responsabilité de veiller à offrir des soins palliatifs complets et compatissants à tous, et à informer les Canadiens au sujet de ces services et de la façon d'y accéder. Toute discussion concernant la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté doit également répondre à des questions complexes, notamment : la capacité de la personne à prendre une décision éclairée, les répercussions sur les personnes vulnérables et les personnes ayant un handicap, les questions d'éthique et d'accès, les défis juridiques potentiels, les questions relatives aux assurances, ainsi que les mécanismes permettant de repérer et de prévenir la coercition ou les abus.

L'ACSP recommande que, avant d'adopter et de discuter d'une loi visant à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté :

1. Les responsables des politiques prennent le temps de s'informer sur les questions complexes et les répercussions liées à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.
2. Les responsables des politiques et les praticiens engagent les Canadiens dans des débats publics ouverts et approfondis sur les risques et les avantages de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, en s'assurant qu'ils comprennent les répercussions du langage utilisé et qu'ils sont renseignés sur l'euthanasie, le suicide assisté et les options disponibles à la fin de la vie.
3. Les provinces et territoires canadiens agissent rapidement pour veiller à ce que tous les citoyens aient un accès rapide à des services de soins palliatifs complets et compatissants, et ils s'assurent que tous les citoyens et leurs fournisseurs de soins sont au courant des services de fin de vie à leur disposition.
4. Tous les fournisseurs de soins soignant des personnes mourantes possèdent les compétences et les connaissances nécessaires pour gérer la souffrance physique, émotionnelle, sociale et spirituelle qui peut conduire les gens à envisager l'euthanasie et le suicide assisté.
5. Tous les fournisseurs de soins s'assurent d'éduquer et d'informer les patients et leur famille sur tous les aspects des soins de fin de vie, y compris la planification préalable des soins, les testaments de fin de vie, la gestion de la douleur et des symptômes, les questions liées à l'abandon ou à l'abstention de traitement comme l'hydratation et la nutrition, le rôle des services de soins palliatifs ainsi que les solutions de rechange à l'euthanasie et au suicide assisté.
6. Toute proposition de légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté doit comprendre des dispositions et des mesures de protection conçues pour réaffirmer le respect de la dignité individuelle, protéger les personnes vulnérables, prévenir la coercition et les abus, ainsi que veiller à ce que la décision ne soit pas motivée par le manque de disponibilité de soins palliatifs de grande qualité et appropriés.
7. L'ACSP travaille étroitement avec ses partenaires afin d'éduquer le public et les responsables des politiques sur tous les aspects des soins de fin de vie, y compris la planification préalable des soins, les testaments de fin de vie, la gestion de la douleur et des symptômes, les questions liées à l'abandon ou à l'abstention de traitement comme l'hydratation et la nutrition, ainsi que les solutions de rechange à l'euthanasie et au suicide assisté.

## **Examen continu**

L'aide à la mort est une question d'envergure internationale qui évolue rapidement et comporte d'importantes répercussions, non seulement pour les personnes qui approchent la fin de la vie et pour ceux qui leur survivent, mais aussi pour les personnes qui les soignent. Il est important que les Canadiens comprennent que l'euthanasie et le suicide assisté ne font pas partie des soins de fin de vie de qualité. L'ACSP continuera à surveiller les développements et à analyser l'incidence potentielle sur les fournisseurs de soins palliatifs.

## Bibliographie

1. Bernheim, Jan L., « Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? », *BMJ*, 2008, volume 336, pp. 864-867.
2. *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Somerville M., Montréal, QC, McGill-Queen's University Press, 2001.
3. *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia & Assisted Suicide in Canada*, Downie J., Toronto, ON, University of Toronto Press Incorporated, 2004.
4. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient Choice*, Quill T., Battin M. (eds), Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2004.
5. *The Case against Assisted Suicide for the Right to End-of-Life Care*, Foley K., Hendin H. (eds), Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2002.
6. *Bulletin d'actualité : L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, Marlisa Tiedemann et Dominique Valiquet, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, révisé le 17 juillet 2008, consulté le 22 juin 2009.

## Autres références

Vous trouverez d'autres ressources de documentation sur le site Web de l'ACSP, à l'adresse : [http://www.acsp.net/politique\\_publicue/issues\\_amm/issues\\_amm.html](http://www.acsp.net/politique_publicue/issues_amm/issues_amm.html).

**Date d'examen de la politique : Deux ans après la date d'approbation**

**Inscrit au calendrier permanent : Oui**

**Date d'approbation : Le 24 avril 2010**

## Membres du groupe de travail sur l'euthanasie et le suicide assisté de l'Association canadienne de soins palliatifs :

Candace Myers  
Chris Sherwood  
Justine Farley

Larry Librach  
Sharon Baxter  
Sydney Grant

## Lexique et renseignements supplémentaires

**Aide (ou assistance)** – Le fait de fournir les moyens d’administration.

**Aide à la mort** – Un terme plus général qui désigne à la fois l’euthanasie et le suicide assisté inclusivement.

**Suicide assisté (ou aide au suicide)** – Acte d’aider intentionnellement une autre personne à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux.

**Suicide médicalement assisté (ou aide médicale au suicide)** – Acte de mettre fin, ou d’essayer de mettre fin, à sa propre vie avec l’aide intentionnelle d’un médecin. L’aide offerte peut comprendre la prescription de médicaments létaux, et peut ou non inclure l’aide pour administrer des médicaments létaux.

**Capacité** – Aptitude à comprendre la nature, les conséquences et la signification d’une décision. Compréhension des résultats qui découleront des actions.

**Euthanasie** – Mise à mort, par une méthode sans douleur, d’une personne ayant une maladie terminale ou étant gravement débilitee, en omettant un acte (abstention intentionnelle d’une procédure médicale nécessaire à la survie, aussi connue sous le nom d’euthanasie passive\*) ou en commettant un acte (euthanasie active).

\* Il ne faut pas confondre cet acte avec le refus du traitement, que les adultes capables ont le droit de faire.

**Euthanasie volontaire** – Mise à mort d’autrui, par une méthode sans douleur, lorsqu’elle est pratiquée conformément aux vœux d’une personne capable, que ces vœux aient été formulés par la personne ou dans une directive préalable écrite valide (voir ci-dessous). (Une personne est considérée capable si elle est apte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ainsi qu’à communiquer cette décision.)

Un exemple d’euthanasie volontaire est lorsqu’un médecin administre une injection létale à un patient capable qui souffre, à la demande de ce patient.

**Euthanasie non volontaire** – Mise à mort d’autrui, par une méthode sans douleur, lorsqu’elle est pratiquée sans qu’on connaisse les vœux de la personne, soit parce qu’elle a toujours été incapable, soit parce qu’elle est maintenant devenue incapable, ou parce qu’elle n’a laissé aucune directive préalable exprimant sa préférence. (Une personne est considérée incapable si elle est inapte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ou à communiquer cette décision.)

Un exemple d’euthanasie non volontaire est lorsqu’un médecin administre une injection létale à un homme âgé incapable qui souffre de façon aiguë en raison d’une maladie avancée en phase terminale, et qui n’a pas communiqué ses vœux au médecin lorsqu’il était capable. Un autre exemple serait celui d’un patient adulte ayant une déficience mentale, atteint d’un cancer incurable et inapte à formuler ou exprimer sa préférence, qui est tué par son frère (qui est aussi son décideur ou nom d’autrui/fondé de pouvoir).

**Euthanasie involontaire** – Mise à mort, par une méthode sans douleur, d'une personne ayant une maladie terminale ou étant gravement débilitee, qui est pratiquée à l'encontre des vœux d'une personne capable ou des vœux exprimés dans une directive préalable valide. Elle est assimilée au meurtre ou à l'homicide involontaire coupable.

Un exemple d'euthanasie involontaire est lorsqu'un fils administre un surdosage létal de médicament à son père qui est atteint du cancer, mais le père ne veut pas recevoir le surdosage de médicament. Un autre exemple est le cas d'un médecin qui, malgré la directive préalable d'un patient indiquant qu'il ne veut prendre aucune mesure pour hâter la mort, administre une injection létale à ce patient qui est maintenant inconscient et souffre d'une maladie en phase terminale.

### **Autres termes courants**

**Directive préalable** – Une déclaration verbale ou écrite des futurs désirs de la personne dans le cas où elle serait incapable de communiquer ses intentions à l'avenir.

**Permettre la mort naturelle** – « Fait référence aux décisions qui peuvent être prises pour NE PAS recevoir de traitement ou subir de procédure qui retarderont le moment de la mort, et cela s'applique seulement quand la mort est sur le point de survenir en raison de causes naturelles. »<sup>11</sup> En général, l'ACSP n'utilise pas ce terme; ce n'est pas une forme d'aide à la mort et la définition est incluse ici seulement à titre de référence.

**Ne pas réanimer** – Une ordonnance donnée par le patient ou la famille, indiquant au personnel médical de ne pas commencer la réanimation cardio-respiratoire (RCR) si le cœur de la personne s'arrête. Cela ne signifie pas « ne pas traiter ». Les interventions médicales agressives peuvent encore être utilisées jusqu'au moment où le cœur s'arrête. Ce n'est pas une forme d'aide à la mort; la définition est incluse ici seulement à titre de référence.

## **Bibliographie du lexique**

Marlisa Tiedemann et Dominique Valiquet, *Bulletin d'actualité : L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, Bibliothèque du Parlement, Service d'information et de recherche parlementaires, révisé le 17 juillet 2008. Consulté le 22 juin 2009 à l'adresse : <<http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/919-e.htm>>

Site Web : Encyclopedia of Death and Dying>En-Gh>Euthanasia. Consulté le 22 juin 2009 à l'adresse : <<http://www.deathreference.com/En-Gh/Euthanasia.html>>

Site Web : Fraser Health>Advance Care Planning: Let's Talk>Definitions. Consulté le 22 juin 2009 à l'adresse : <<http://www.fraserhealth.ca/Services/HomeandCommunityCare/AdvanceCarePlanning/Pages/Definitions.aspx>>

---

<sup>11</sup> <http://www.fraserhealth.ca/Services/HomeandCommunityCare/AdvanceCarePlanning/Pages/Definitions.aspx>