

## Compte rendu

---

Ouvrage recensé :

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, document de travail 28, Ottawa 1982.

par Mireille D.-Castelli

*Les Cahiers de droit*, vol. 24, n° 1, 1983, p. 223-225.

Pour citer ce compte rendu, utiliser l'adresse suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/042544ar>

DOI: 10.7202/042544ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

## Chronique bibliographique

---

COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT DU CANADA,  
**Euthanasie, aide au suicide et interruption  
de traitement**, document de travail 28,  
Ottawa 1982.

Ce document constitue une étude intéressante des notions d'euthanasie, d'aide au suicide et d'interruption du traitement, et des positions législatives souhaitables relatives à ces problèmes.

La première partie du document est consacrée à la définition de ces diverses notions. Dans cette partie, se trouvent notamment distinguées les notions de traitement et de soins palliatifs, distinction essentielle au sujet. Puis sont envisagés les deux cas où des problèmes se posent, celui du malade, en phase terminale, c'est-à-dire celui dont on sait qu'il mourra (le seul effet des traitements qui lui sont fournis étant de prolonger son existence plus ou moins longtemps avec plus ou moins de souffrances), et celui du nouveau-né mal formé.

Dans la deuxième partie, la Commission de réforme du droit traite du droit actuel et souligne quelle en est l'application au Canada et dans le droit comparé. Elle souligne surtout la distorsion existante entre la sévérité apparente des textes et l'application atténuée, voire l'absence complète d'application qui en est faite dans ce type de situation.

Dans la troisième partie, sont abordés la nécessité, les objectifs et les impératifs de la réforme. Relativement à la question de la nécessité de la réforme, la Commission souligne tout d'abord que la différence entre le droit écrit et le droit vécu de la réalité n'est pas nécessairement mauvaise ou dépourvue de sens, mais la Commission souligne aussi la nécessité concrète pour les médecins d'avoir des guides sûrs parce que ces derniers vivent dans un *vacuum juri-*

dique extrêmement gênant. Puis sont soulignés les objectifs du droit, notamment le rôle de prévention qui, aux yeux de la Commission, est particulièrement efficace dans ce domaine, car il y a tout lieu de penser que les médecins, généralement, n'entendront pas enfreindre la loi. C'est d'ailleurs pour cela qu'ils demandent à avoir des guides sûrs. Le rôle d'éducation active de la loi est également souligné.

Relativement aux impératifs auxquels doit répondre la réforme, un certain nombre de points sont discutés. Tout d'abord, la Commission rejette la distinction, dangereuse à ses yeux, entre la personne humaine et l'être non humain. Pour la Commission, est un être humain celui qui est né de parents humains sans qu'il y ait lieu de faire jouer d'autres critères. Deuxièmement, elle rejette la distinction entre mesures ordinaires et mesures extraordinaires car cette distinction pourrait bloquer l'évolution de la médecine et de plus elle ne constituerait pas une base assez solide. Troisièmement, elle adopte la présomption en faveur de la vie humaine, c'est-à-dire que l'on ne doit pas présumer qu'une personne en phase terminale entend renoncer à la vie. Cependant il ne faut pas en arriver à un acharnement thérapeutique pour tous les patients comateux. Quatrièmement, est adopté le principe que chaque être humain a l'entière liberté de décision relativement à son corps. Ce principe est la réaffirmation d'un principe que la Commission a déjà retenu antérieurement. Cinquièmement, elle réaffirme le principe que la qualité de la vie doit être retenue comme critère admissible et non simplement la « quantité ». Enfin, sixièmement, les incapables doivent être l'objet d'une protection particulière car on ne doit pas, sous prétexte qu'ils ne peuvent pas exercer eux-mêmes le choix, les priver

du droit de refuser des soins bien qu'ils soient générateurs de souffrance. La décision qui doit pouvoir être prise à cet effet, doit cependant l'être dans le meilleur intérêt de l'incapable. La Commission estime donc que des mécanismes spéciaux doivent éventuellement être mis en place.

Dans la quatrième partie, viennent les points retenus relativement à la réforme où sont envisagés les trois types d'actes énoncés dans le titre du document. Tout d'abord le problème est envisagé relativement à l'euthanasie. Il est spécifié que l'euthanasie dont il est question dans la recommandation est l'euthanasie active volontaire, c'est-à-dire l'euthanasie requérant un geste positif pour entraîner la mort d'un patient mais avec l'accord ou la demande de ce patient. Les autres types d'euthanasie ne sont pas envisagés. La Commission se prononce contre la légalisation de ce type d'euthanasie en raison principalement des risques créés par cette législation. Relativement aux meurtres par compassion, qui entrent également sous la rubrique euthanasie, la Commission estime que deux solutions pourraient être envisagées. On pourrait modifier la qualification, solution qu'elle rejette en raison du vécu du droit criminel, c'est-à-dire l'abandon des poursuites dans la pratique. La Commission semble pencher pour l'autre solution, celle de conserver le système actuel en permettant au tribunal de réduire ou de supprimer la sentence arbitrale en raison des motifs. Cependant cette modification devrait s'inscrire dans un cadre plus général de la prise en considération des motifs, lesquels sont souvent très difficiles à cerner, trop peut-être pour justifier valablement une telle réforme. Relativement à l'aide au suicide, la Commission estime pour des raisons de prudence, non certes dans ce type de relation mais relativement à d'autres situations, qu'il vaut mieux en rester au statu quo. Enfin relativement à l'interruption volontaire de traitement, doit être affirmé le droit pour une personne capable d'exiger l'arrêt du traitement. Doit être également levé tout doute sur la question relative au droit d'arrêter

les traitements. L'acharnement thérapeutique fait contre la volonté de la personne doit d'ailleurs être sanctionné aux yeux de la Commission.

Quant aux personnes incapables, celles-ci doivent avoir les mêmes droits. Reste le problème de l'expression et du contrôle de l'exercice de ce droit qui nécessite le développement de sa protection. En effet, on ne doit pas, vu l'impossibilité d'expliquer à une telle personne la situation, imposer l'acharnement thérapeutique sous prétexte du respect de la vie. Doit être prônée l'idée que la médecine est faite pour le bien des personnes, c'est-à-dire la qualité de la vie et non pas une prolongation dans des conditions déplorables. Relativement à savoir qui doit être la personne ou l'organisme qui devra ainsi prendre cette décision pour les incapables, question absolument essentielle, la Commission envisage trois systèmes possibles, confier la décision au médecin, confier la décision aux tribunaux, ou confier la décision aux proches, c'est-à-dire la famille. La Commission choisit de confier la décision au médecin, ce qui à nos yeux est fortement critiquable puisqu'il s'agira obligatoirement d'une décision dépersonnalisée, les médecins n'ayant pas une connaissance intime de leurs malades. De plus, leur laisser le soin d'une telle décision revient à choisir de leur permettre de prolonger indûment le traitement de certains incapables dans un but d'expérimentation. Ce n'est que dans la cinquième partie, celle qui a trait à la formulation de la réforme que la Commission semble envisager d'accorder certains droits à la famille puisque dans cette partie-là elle estime que « en cas de conflits d'appréciation sur la question de savoir quels sont les meilleurs intérêts de la personne (par exemple le médecin traitant et la famille), le tribunal devrait, comme la chose se fait d'ailleurs aujourd'hui, être appelé à trancher ». Donc, dans cette partie-là, la Commission semble finalement considérer que la décision ne relève pas exclusivement des médecins (Dieu merci).

Dans la cinquième partie qui a trait à la formulation de la réforme, la Commission

justifie les absences de réforme ou les réformes qu'elle propose. Les seules réformes qu'elle propose sont celles qui ont trait à la précision des obligations du médecin, c'est-à-dire le fait que le *Code criminel* ne doit pas être interprété comme créant une obligation d'acharnement thérapeutique ni comme empêchant un médecin d'entreprendre ou d'interrompre des soins palliatifs ou des mesures destinées à atténuer les souffrances d'une personne. Il convient de remarquer que dans la formulation de la réforme proposée, la Commission est loin de reprendre l'ensemble des conclusions auxquelles elle était arrivée à la fin de la deuxième partie. Notamment, il n'y a aucun texte pour prévoir le respect de la volonté du patient d'exiger la cessation ou la non-initiation d'un traitement ni non plus de formulation de la conclusion relative au fait que la loi doit indiquer que le médecin qui persiste à traiter contre la volonté expresse de son patient est sujet aux dispositions du *Code criminel*.

Les autres conclusions auxquelles arrive la Commission sont certes intéressantes mais la plupart peuvent être estimées plus ou moins couvertes par la proposition de réforme du *Code criminel* qui est proposée.

Ce document de la Commission de réforme du droit du Canada est très intéressant dans la mesure où il traite de questions extrêmement importantes à notre époque, questions qui peuvent plus ou

moins concerner tout le monde un jour ou l'autre. Les précisions apportées relatives à la notion des situations couvertes, notamment de malades en phase terminale et nouveau-nés souffrant de malformations graves, tout comme celles apportées à la notion de traitements et soins palliatifs ou celles relatives à la notion d'euthanasie, sont extrêmement intéressantes surtout dans la mesure où elles précisent des points qui sont discutés.

Relativement à ces questions, il est extrêmement intéressant de compléter la lecture de ce document par celle d'un article récemment paru, qui a trait, pour l'essentiel, au même problème : l'article de Suzanne Philips-Notens « Face à la maladie mortelle : deux décisions possibles et leurs implications juridiques ». (1981) 12 *R.D.U.S.* 433), où sont abordées les questions de traitement et de soins palliatifs, les notions d'euthanasie active ou passive et l'implication de leur acceptation et où l'on peut dire en gros que l'auteur arrive à des conclusions à peu près similaires à celles de la Commission de réforme du droit. Cette dernière étude étant cependant plus approfondie sur les notions qui sont soulevées que le document de travail de la Commission, elle permet ainsi de se faire une opinion appuyée sur des éléments plus complets.

Mireille D.- CASTELLI