



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences sociales
École de service social

DOCUMENT DE RÉFLEXION SUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

**Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques**

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

Le 09 mars 2010

Par Madame Joane Martel

Sociologue et criminologue de formation

Professeure titulaire

Auteure du livre *Le suicide assisté. Hérault des moralités changeantes*. Collection
Sciences sociales, théories sociales. Ottawa, Ont. : Presses de l'Université d'Ottawa.

Ma convocation d'aujourd'hui fait suite à cinq jours de consultations particulières où près d'une trentaine de spécialistes en provenance de domaines diversifiés en lien avec le mourir dans la dignité ont exprimé leurs opinions professionnelles sur cette question pour le moins épineuse. Quoique la plupart des points de vue à ce sujet aient déjà été exprimés par les spécialistes entendus, ma parution au terme des consultations particulières me place dans une position privilégiée puisqu'il appert que je sois l'une des seules sociologues de formation ayant été conviée à ces consultations. Ma présentation portera donc essentiellement sur les aspects davantage sociologiques du débat actuel entourant le mourir dans la dignité.

Mise au point de départ

Le mandat que la Commission de la santé et des services sociaux a récemment reçu de l'Assemblée nationale du Québec découle d'un ensemble de circonstances parmi lesquelles l'on retrouve une confusion assez généralisée dans la société civile autour de certains termes qui embrouillent le débat ainsi que le discours qui s'y rattache. Entre euthanasie active, euthanasie passive, euthanasie involontaire (contre volonté), euthanasie non-volontaire (volonté inconnue), mort médicalement assistée, meurtre par compassion et suicide assisté, il est, en effet, aisé d'en perdre son latin et de craindre le pire. Plusieurs avant moi ont tenté de clarifier un ensemble de termes pour la Commission. J'éviterai donc de le refaire ici.

Je me contenterai, au risque de paraître redondante, de rappeler, de prime abord, que le débat social actuel entourant le mourir dans la dignité ne porte que sur un type très précis d'euthanasie, soit la mort médicalement assistée dans le cadre d'une demande de la part de concitoyens souffrant de maladies dégénératives et irréversibles, qui sont, par surcroît, souvent en phase terminale. Il n'est pas question d'élargir le débat à l'euthanasie non-volontaire et involontaire.

L'intérêt social pour la mort médicalement assistée n'est pas nouveau dans l'histoire de l'Occident. Cependant, ses bases, elles, sont nouvelles. À titre d'exemple, avant la Seconde Guerre mondiale, les États-Unis et l'Angleterre avaient connu la montée d'un mouvement euthanasique basé, à cette époque, sur un idéal eugénique qui fut, ensuite, récupéré par l'idéologie nazie. Aujourd'hui, les bases contextuelles et conjoncturelles sous-jacentes au débat social sont nettement différentes.

Représentations sociales contemporaines de la mort

Les manières dont une société gère la mort dans le quotidien sont indissociables des représentations de la mort que cette société entretient. Or, dans le cadre des progrès récents de la médecine en matière de prolongation de la vie humaine, notamment par le biais des biotechnologies, des avancées au niveau des combinaisons médicamenteuses et de la recherche poussée en soins palliatifs, notre société est en mesure de prolonger, voire entretenir, la vie humaine de façon quasi indéfinie. Ainsi, nos sociétés tendent à évacuer la mort puisque, ne serait-ce que symboliquement, elles l'ont

presque totalement surmontée. Elles ont donc fait de la mort un non-sens, une dysfonction, d'où l'idée socialement réconfortante que les citoyens ne devraient pas souhaiter mourir prématurément étant donné l'existence de pratiques médicales permettant de repousser substantiellement le moment de la mort naturelle. Cela engendre le développement d'une culture qui confère à la vie humaine une légitimité nouvelle, où la souffrance et la douleur deviennent de moins en moins tolérables, et où elles deviennent des adversaires à écarter.

C'est précisément au cœur de cette conjoncture symbolique et sociale que la mort prend de nouvelles dimensions dans la mesure où l'on expérimentera la mort imminente de manière moralement différente des époques antérieures. Pour certains, il est nécessaire, devant cette mort imminente, de repousser, de refouler et de donner une légitimité renouvelée à la vie, alors que pour d'autres, elle évoque plutôt souffrances, déshumanisation et angoisse. De cette angoisse naît alors une vague de compassion envers la personne mourante, compassion qui s'exprime de manière prédominante dans un discours ancré dans des notions de qualité de vie et de mort dans la dignité. C'est, précisément, par l'entremise de cette dialectique que le « droit » de mourir dans la dignité se pose aujourd'hui. Plus particulièrement, la problématisation du mourir dans la dignité se pose dans le cadre social suivant.

Transformations sociales dominantes

Depuis les années 1990, plusieurs États-nations ont vécu, en leur sein, des transformations sociales majeures. La globalisation des échanges (notamment une meilleure circulation des idées) et l'extension du néolibéralisme ont produit, comme corollaires, un net pragmatisme économique doublé d'une austérité budgétaire dont les soins de santé ont malheureusement souvent fait les frais. Dans la foulée, ces États-nations ont assisté à un renforcement appréciable de l'individualisme et de la responsabilisation individuelle. Ces bouleversements se traduisent par un rejet, chez plusieurs acteurs sociaux, des référents sociaux et moraux qui présidaient jusqu'alors à l'organisation des rapports sociaux. Conséquence directe de ce rejet, il existe de moins en moins de référents communs à tous. S'ensuivra alors une recherche de significations nouvelles par les acteurs sociaux, recherche qui constitue une des tendances lourdes de notre société actuelle. À titre d'exemple, s'il y a débat social sur le droit de mourir dans la dignité, c'est précisément parce qu'il existe des interdits à cet égard – qu'ils soient moraux ou juridiques – et qu'il n'y a plus de consensus sociétair à l'endroit ni de ces interdits, ni du mode de gestion sociale traditionnel dans des circonstances relatives à l'autogestion du corps humain.

Cette absence de consensus sous-tend un changement dans les représentations sociales non seulement de la mort, mais aussi du droit pénal dont le mode traditionnel de régulation de l'euthanasie est progressivement remis en question. Bref, un des motifs importants pour lesquels le mourir dans la dignité pose un problème de société c'est justement la cohabitation de moralités plurielles dont certaines, plus nouvelles voire marginales, commencent à s'organiser de manière à se faire entendre soit dans l'arène politique, par le biais des tribunes publiques ou, encore, par le biais des tribunaux.

Pluralité des enjeux sociaux dans le débat actuel

Le débat actuel est donc porté par des acteurs sociaux dont les valeurs et les intérêts sont multiples et divergents (comme en témoignent les consultations particulières de cette Commission parlementaire). Les acteurs en présence représentent plusieurs segments de la société québécoise, tels que les pouvoirs publics, la médecine, les personnes handicapées, les personnes vieillissantes, le droit, l'Église, etc. Ces acteurs sont interpellés par la problématique du mourir dans la dignité en raison de réalités sociales nouvelles (p.ex. progrès biotechnologiques, question des soins palliatifs, idéologie des droits et libertés) qui posent, pour eux, des enjeux nouveaux. Nous sommes donc à la jonction de la construction d'un nouveau rapport de force.

Il serait veule, voire hypocrite, de se leurrer en croyant qu'il s'agit ici d'autre chose, plus noble, que d'un simple rapport de force en émergence. Ce rapport de force entre les protagonistes a la particularité de révéler que leurs luttes se jouent sur plusieurs fronts à la fois. Sur le plan des valeurs, s'affrontent un individualisme et un traditionalisme. Par ailleurs, la finalité du débat est nettement morale pour certains, alors qu'elle est davantage pragmatique pour d'autres. Les intérêts de certains sont clairement instrumentaux alors que d'autres situent les leurs davantage au niveau des représentations sociales.

Je voudrais m'attarder quelque peu, ici, sur les enjeux constitutifs du présent débat car ils aménagent un terrain d'affrontement significatif pour les acteurs sociaux préoccupés par le mourir dans la dignité. Ces enjeux sont cruciaux parce qu'ils révèlent l'essence même du rapport de force qui lie les prises de position parfois adverses. Ces enjeux sont, de part et d'autre, de quatre ordres différents. Ils ont trait, premièrement, à la légitimation ou à la protection d'un statut professionnel ou d'un monopole d'action. Les enjeux sont, deuxièmement, d'ordre social et sont essentiellement liés à ce que les acteurs peuvent gagner ou perdre relativement au fonctionnement du système de santé. Pour certains tenants d'une libéralisation des pratiques médicales euthanasiques, il s'agit d'améliorer le traitement médical des personnes en phase terminale, de remédier à la rareté des ressources financières et techniques pour les personnes handicapées et d'effacer un certain discours sur l'établissement, au Canada, d'un système de classement et de priorité dans les hôpitaux. Pour les opposants à une telle libéralisation, il s'agit souvent d'investir de fortes sommes dans les soins palliatifs et de mettre sur pied, à grande échelle, des services de réhabilitation à domicile pour les personnes

gravement handicapées. En somme, la transformation du système de santé constitue un enjeu pour plusieurs acteurs sociaux et tous considèrent celui-ci comme crucial dans le débat sur le mourir dans la dignité.

Par ailleurs, parce que l'empiètement de l'État sur les droits individuels et la limitation des prérogatives judiciaires et législatives sont aussi en cause, les enjeux sont, troisièmement, de nature politique pour certains acteurs. Enfin, quatrièmement, ils sont d'ordre éthique pour d'autres acteurs parce qu'il y a principalement des valeurs traditionnelles à consolider ou, au contraire, des valeurs nouvelles à légitimer dans ce débat.

Une tendance globale se dégage donc de cet engagement des acteurs sur le plan des enjeux. Du côté des acteurs qui se disent en faveur de changements législatifs reflétant des pratiques déjà en cours¹, les enjeux sont principalement de type *curatif*, c'est-à-dire qu'ils sont liés à un préjudice tangible ou réel porté aux différents intérêts que les groupes défendent. Par exemple, le maintien de la norme pénale actuelle peut être considéré comme prolongeant les souffrances intenses de fin de vie chez certaines personnes. Il peut aussi dissimuler certaines pratiques médicales ou engendrer un stress psychologique non négligeable chez les dispensateurs de soins de santé. Enfin, le maintien de la norme pénale peut être perçu comme empêchant l'extension des domaines d'intervention de certains acteurs. L'intervention des tenants d'un tel assouplissement est donc envisagée sous l'angle de la *réparation* des dommages subis

¹ Pouvant être largement acceptées par la communauté médicale, les patients et leurs proches ainsi que par l'ensemble de la société.

à leurs intérêts.

Dans le second groupe de revendicateurs, c'est l'inverse qui se produit. La majorité des enjeux sont davantage de nature *préventive* dans la mesure où les acteurs se mobilisent surtout pour *éviter* que leurs intérêts soient lésés. Il s'agira, pour certains, d'éviter l'encadrement de la discrétion des procureurs de la couronne et, pour d'autres, d'éviter l'exclusion de la profession médicale d'un éventuel processus de légalisation de la mort médicalement assistée. Enfin, d'autres acteurs, encore, se mobiliseront pour éviter la diminution des enveloppes budgétaires allouées aux soins palliatifs. L'intervention des opposants à un assouplissement balisé des mesures législatives existantes est donc considérée, ici, du point de vue de la *prévention* de risques éventuels.

Affrontement des univers de sens

Bref, dans le débat actuel, il y a essentiellement deux univers de sens qui s'affrontent. L'univers des opposants à la mort médicalement assistée se situe dans la modernité en raison de leur argumentaire tout entier bâti sur un cadre référentiel qu'ils privilégient, soit celui des valeurs transcendantes (p.ex. caractère sacré de la vie) et de la notion de la primauté du droit qui sont, toutes deux, des valeurs au cœur même de la modernité. Quant à lui, l'univers des tenants de la mort médicalement assistée appartient davantage à la postmodernité. Ici, l'argumentaire dominant s'inscrit dans un processus de fragmentation du lien social et il promeut des valeurs contribuant au renforcement des intérêts davantage particularistes que collectifs.

Ultimement, la véritable ampleur de la transgression sociale que commettent ceux et celles qui choisissent de participer à la mort assistée d'une tierce personne se mesure à la vigueur de la réaction sociale. Plus la réaction est forte, plus la transgression est jugée considérable². Or, les affaires judiciaires canadiennes ultérieures à *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur Général)* [1993] (affaire dans laquelle l'État canadien n'a engagé aucune poursuite après le suicide assisté de Madame Rodriguez) se sont soldées soit par une absence de poursuite, soit par des peines considérées comme légères par rapport aux peines maximales prescrites en droit criminel. Les deux tableaux ci-dessous, l'un portant sur les principales affaires d'aide au suicide et le second sur les affaires d'euthanasie au Canada, résument la tendance des peines déterminées par les tribunaux pénaux canadiens.

² Luhmann, Niklas (1972/1985) *A Sociological Theory of Law*. London: Routledge

Tableau 1 :**Réaction des tribunaux pénaux canadiens aux affaires d'aide au suicide depuis 1993**

<i>Affaire</i>	<i>Lieu</i>	<i>Réaction des tribunaux</i>
<i>Svend Robinson (affaire Sue Rodriguez)</i>	1993 Colombie-Britannique	Aucune poursuite criminelle
<i>Mary Jane Fogarty</i>	1994 Nouvelle-Écosse	Sentence suspendue = trois ans probation + 300 heures de travaux communautaires
<i>Robert Cashin</i>	1994 Alberta	Deux ans de probation
<i>Dr. Maurice Généreux</i>	1996 Ontario	Emprisonnement deux ans moins un jour ; suspension de sa licence de pratique médicale
<i>Bert Doerksen</i>	1997 Manitoba	Accusations retirées
<i>Wayne Hussey</i>	1999 Ontario	Acquitté
<i>Richard Trites Michael Breau</i>	2001 Nouveau-Brunswick	Trite = sentence suspendue Breau = accusations retirées
<i>Julianna Zsiros</i>	2002 Colombie-Britannique	Sentence suspendue
<i>Evelyn Martens</i>	2002 Colombie-Britannique	Acquittée
<i>Marielle Houle</i>	2004 Québec	Sentence suspendue = trois ans de probation
<i>André Bergeron</i>	2005 Québec	Sentence suspendue = trois ans de probation
<i>Raymond Kirk</i>	2006 Ontario	Sentence suspendue = trois ans de probation
<i>Stéphan Dufour</i>	2007 Québec	Acquitté
<i>Dr. Ramesh K. Sharma</i>	2007 Colombie-Britannique	Emprisonnement avec sursis suspension de sa licence de pratique médicale

Tableau 2 :

Réaction des tribunaux pénaux canadiens aux affaires d'euthanasie depuis 1993

<i>Affaire</i>	<i>Lieu</i>	<i>Réaction des tribunaux</i>
<i>Dr. Nachum Gal</i>	1983 Alberta	Dr. Gal s'enfuit en Israël. Les deux infirmières ayant participé audit acte ont été suspendues, l'une pour quatre mois et l'autre pour une année
<i>Dr. Peter Graff</i>	1991 Colombie-Britannique	Aucune poursuite criminelle
<i>Scott Mataya</i>	1992 Ontario	Trois ans de probation suspension définitive de sa licence d'infirmier
<i>Dr. Alberto de la Rocha</i>	1993 Ontario	Trois ans de probation sans condition suspension de sa licence de pratique médicale pour 90 jours.
<i>Dr. Nancy Morrison</i>	1997 Nouvelle-Écosse	Aucune poursuite criminelle réprimande du Collège des médecins
<i>Cheryl Myers</i> <i>Michael Power</i>	1994 Nouvelle-Écosse	Trois ans de probation 150 heures de travaux communautaires
<i>Jean Brush</i>	1995 Ontario	18 mois de probation
<i>Robert Latimer</i>	1994 Saskatchewan	Sentence vie sans libération conditionnelle avant dix ans

À une exception près, soit celle de Robert Latimer qui agit comme le seul cas de figure au Canada, les peines infligées par les tribunaux canadiens ont en commun de mal se comparer aux peines maximales prescrites dans le *Code criminel* canadien. Les sentences rendues peuvent paraître excessives ou, au contraire, légères (ou carrément symboliques). Ces affaires judiciaires peuvent également être regardées comme des instances où les derniers éléments juridiques nouveaux en matière de mort médicalement assistée ainsi que les attentes du public ont été tels qu'ils ont forcé le

droit pénal à déployer – ou à ne pas déployer – tout son arsenal répressif. Il est généralement admis que les tribunaux sont sensibles à diverses pressions sociales. Cette sensibilité aux changements dans l'opinion peut amener les tribunaux à répondre – à tout le moins sur le plan symbolique – à de telles attentes. C'est dans ce sens particulier que les sentences rendues dans les affaires récentes relatives à l'aide au suicide ou à d'autres formes d'euthanasie doivent être comprises. Ces affaires récentes ainsi que les multiples appels judiciaires dont elles font l'objet, résultent de l'absence d'un consensus moral dans la société canadienne actuelle. Elles témoignent d'un bouleversement, encore largement insaisissable, dans le paradigme culturel de la moralité dominante.

L'argument de la pente fatale

Par ailleurs, je me permettrai une mise en garde contre le cautionnement, parfois hâtif, de l'argument de la pente fatale selon lequel si l'on ouvre la porte à un certain assouplissement des normes législatives ou des pratiques médicales il n'y aura qu'un pas, vite franchi, vers l'élargissement indu de pratiques euthanasiques à l'endroit de catégories toujours plus larges de la population. Autrement dit, l'argument principal est, ici, qu'il n'est pas judicieux de poser un geste ou d'adopter une mesure en soulignant que, si on le fait, il s'ensuivra, par une cascade d'effets, une catastrophe. Ce type d'argumentation est fréquent et il constitue ce qu'il convient d'appeler un sophisme, c'est-à-dire une erreur d'argumentation. Le sophisme de la pente fatale est présent dans une argumentation lorsque, pour discréditer une action ou une mesure, on affirme que

celle-ci entraînera une situation catastrophique en raison d'un enchaînement de causes et d'effets qui se révèle, après examen, impossible, douteux ou aisément évitable.

Depuis les années 1990, l'État de l'Oregon s'est doté d'un ensemble de garanties procédurales et juridiques encadrant la mort médicalement assistée. En novembre 1994, il a en effet passé une loi, le *Death with Dignity Act*³, légalisant certaines formes de morts médicalement assistées (par ordonnance d'un médicament létal uniquement). Cette loi ne vise, par contre, qu'une petite catégorie d'individus, soit les habitants de l'Oregon qui sont mentalement et physiquement « capables », qui sont en phase terminale d'une maladie irréversible et qui ont moins de six mois à vivre. Bien que les Pays-Bas aient été, en 2001⁴, le premier état du monde à instituer un modèle légal (non pénal) de régulation étatique du suicide médicalement assisté, l'Oregon a été le premier territoire politique en Amérique du Nord à faire de même. Après l'épuisement de nombreuses procédures judiciaires, cette loi entra en vigueur en novembre 1997. La grande majorité des évaluations ou des études effectuées à l'égard de la pratique de la mort médicalement assistée en Oregon n'ont pas révélé la présence de dérapages tels que présumés en vertu de l'argument de la pente fatale. Aux Pays-Bas, cependant, un petit nombre d'études (p.ex. Comité des droits de l'homme de l'ONU, 2009) soulignent qu'un élargissement trop grand des critères originaux aurait pu faire naître une certaine tolérance et permissivité envers l'acte euthanasique chez les médecins

³ Aussi connue sous le nom de *Measure 16*. Or. Rev. Stat. §§ 127, 800-897 (1995).

⁴ La loi du 12 avril 2001 relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et au contrôle de l'assistance au suicide, et portant modification du code pénal ainsi que de la loi sur les pompes funèbres dépénalise, dans certaines conditions, l'euthanasie, y compris lorsque la requête émane d'un mineur (loi entrée en vigueur le 01 avril 2002).

néerlandais. À la lumière de cette information, seules des données probantes issues d'études scientifiques nombreuses et corroborant systématiquement cette tendance sauraient nous alarmer. À ce jour, cependant, le prétendu lien entre l'action et ses conséquences imputées est soit faible – comme dans le cas de l'Oregon – soit évitable notamment par le biais d'un assouplissement partiel jalonné de balises claires et de garde-fous enchâssés dans la loi de manière à prévenir, justement, l'écueil de la pente fatale. À cet égard, il convient de rappeler qu'il demeure de la prérogative de l'État d'abroger toute loi jugée désuète ou hasardeuse.

Une vision novatrice ?

Les consultations particulières et les auditions publiques de la Commission parlementaire doivent s'efforcer, à mon avis, de lever le voile sur un certain nombre de réalités sociales parfois inconfortables, souvent complexes et délicates. Notamment, la Commission pourrait éviter le piège de l'inertie de la classe politique qui a esquivé, jusqu'à ce jour, le débat par crainte de s'aliéner l'électorat.

Il conviendrait également de reconnaître le combat réel de l'esprit humain contre le dépérissement du corps, combat dont l'expression saura se verbaliser davantage qu'auparavant étant donné la tendance démographique lourde du vieillissement accéléré des populations mondiales⁵. Une des caractéristiques majeures de ce vieillissement des populations est certainement le fait que les baby boomers

⁵ Organisation des Nations Unies (2002) *Plan d'action international sur le vieillissement*. Deuxième

constitueront un imposant contingent des personnes vieillissantes. Cette « vague » de générations nombreuses aura non seulement marqué toute la seconde moitié du vingtième siècle, mais marquera également les cinquante prochaines années en raison de leur entrée progressive à la retraite et, plus tard, de leur arrivée aux portes de la grande vieillesse. Les prochaines décennies seront donc marquées par une augmentation notable du nombre de décès, ce qui ne manquera pas d'avoir des implications socio-économiques, concernant notamment le système de santé, qui devra prendre en charge un nombre croissant de personnes en fin de vie⁶. Cette situation ne manquera pas, en retour, d'affecter le secteur d'activités qui se développe autour de la mort (p. ex. soins palliatifs, services funéraires).

Or, les baby boomers ont ceci de particulier qu'ils sont en meilleure santé que leurs prédécesseurs et qu'ils sont davantage éduqués et mieux outillés en capital social et politique. Plus particulièrement, ils ont influencé de manière significative les politiques sociales et économiques de leur environnement. Bref, les baby-boomers ont l'habitude de voir les politiques s'arrimer à leurs besoins.

Dans cet ordre d'idées, la présente Commission parlementaire doit également garder à l'esprit l'état actuel de la médecine face aux maladies dégénératives. Soulignons que malgré tous les efforts pour assurer la dispense des meilleurs soins palliatifs, il y aura toujours des moments où les meilleurs efforts failliront à la tâche d'améliorer la qualité de vie à défaut de la prolonger. Conséquemment, le coût social du

assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, Espagne.

⁶ Monnier, Alain (2007) « Le baby-boom : suite et fin », *Population & Sociétés* (Bulletin mensuel

maintien de la prohibition générale de l'euthanasie sera tel que les personnes en phase terminale souhaitant devancer leur mort naturelle devraient souffrir plus longtemps que nécessaire.

Il conviendrait également de lever le voile sur l'hypocrisie du droit canadien et du système de justice pénale à cet égard. Alors qu'en théorie l'euthanasie devrait être une affaire de meurtre au premier degré en vertu de l'article 229 du *Code criminel* canadien (puisque l'intention est de causer la mort), les accusations portées en matière d'euthanasie varient fréquemment en fonction d'autres critères : le fait que l'intention première était de soulager la souffrance, l'attitude imprévisible des jurés et la difficulté, sur le plan technique, de prouver la cause exacte de la mort chez une personne qui approche de la fin de sa vie et prend des quantités considérables d'analgésiques.

Ainsi, d'autres dispositions du *Code criminel* entrent généralement en jeu, selon les circonstances, notamment l'article 215 (Devoir de fournir les choses nécessaires à l'existence), l'article 216 (Obligation des personnes qui pratiquent des opérations dangereuses), l'article 219 (Négligence criminelle), l'article 220 (Le fait de causer la mort par négligence criminelle), l'article 221 (Causer des lésions corporelles par négligence criminelle), l'article 222 (Homicide), l'article 229 (Meurtre), l'article 231 (Classification [des meurtres]), l'article 234 (Homicide involontaire coupable), l'article 245 (Fait d'administrer une substance délétère) ainsi que les diverses dispositions touchant les voies de fait et les lésions corporelles. On admet donc, au sein de la justice pénale canadienne, l'existence de circonstances pouvant être légitimement considérées comme

atténuant l'acte commis. Y aurait-il, déjà ici, un choix judiciaire, voire social, qu'un assouplissement des mesures législatives viendrait simplement entériner ? Le traitement judiciaire des affaires liées à l'euthanasie et à l'aide au suicide serait-il davantage lié à un certain vide normatif et à une ambiguïté ou, du moins, aux caractères opposés des référents juridiques que l'on estime nécessaire pour son encadrement social ? Une chose est certaine par ailleurs. À la lumière de ce qui précède, il convient de conclure que l'utilisation – voire la transformation – du droit relève bel et bien d'un processus interactionnel de construction sociale et non du processus neutre et cohérent dirigé par un soi-disant législateur apolitique et abstrait.

Sur le plan strictement social, il faudrait éviter de taire l'hypocrisie générale de la société québécoise et canadienne qui, d'un côté, visent à protéger le caractère sacré de la vie humaine mais qui, de l'autre côté, sanctionnent les guerres, semblent relativement impuissantes devant le suicide ou les surdoses de drogues de mauvaise qualité, acceptent l'auto-défense au sein du *Code criminel* canadien, fardent la pratique de certaines formes, bien intentionnées, d'euthanasie dans les hôpitaux et taisent l'existence de réseaux clandestins composés notamment de professionnels de la santé.

Bref, il serait souhaitable que la Commission parlementaire soit en mesure de prendre un sain recul face aux argumentaires s'inscrivant dans le symbolisme des absolus moraux dont on postule l'universalité. Les valeurs, nos valeurs, ne sont ni « universelles » ni « transcendantes ». Elles sont le résultat de choix propres à la modernité. Par ailleurs, la promotion du *statu quo* à la défense de valeurs morales conservatrices est une position qui, d'un point de vue sociologique, est marquée par

l'hypocrisie de la société civile et de la sphère politique. Elle dissimule l'existence bien réelle de la pratique de la mort assistée dans la clandestinité. Elle dissimule également l'attribution, bien réelle aussi, de peines somme toute légères par les tribunaux canadiens à l'endroit des individus accusés d'avoir contribué à la mort consentie ou « orchestrée » d'un patient ou d'un de leurs proches.

Une lecture des mémoires déposés auprès de la présente Commission sur la santé et les services sociaux témoigne d'une forte opposition entre deux visions du monde. La première, celle de la morale naturelle, défend le consensus traditionnel promulguant l'inviolabilité de la vie humaine. Les tenants de la seconde vision, celle du pluralisme social, défendent la société libre, égalitaire au sein de laquelle les opinions et les droits conflictuels seraient reconnus.

En 1993, l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Sue Rodriguez* mit en lumière l'importante minorité de cette décision extrêmement serrée. Dans cette décision à cinq contre quatre en faveur du maintien du *statu quo*, la volonté des quatre juges dissidents de reconnaître des valeurs nouvelles au sein de la société canadienne et de réduire la place traditionnelle occupée par le droit pénal en matière d'euthanasie témoigne d'une sorte d'avancée éthique de l'époque contemporaine.

Conclusion

La médecine est l'une des disciplines ayant le plus bénéficié des progrès technologiques et de l'apparition de nouveaux médicaments. En fait, la médecine a réussi à repousser l'échéance de la mort encore plus loin qu'on ne l'aurait imaginé il y a à peine 50 ans. Symboliquement, on peut affirmer que les sociétés occidentales ont presque totalement surmonté la mort, elles en ont fait un non-sens, une dysfonction⁷. Cette évacuation de la mort entraîne la mise en place de ce que Cauchon (1986)⁸ appelle une « civilisation du bien-être », c'est-à-dire une culture qui confère à la vie une légitimité nouvelle. Dans cette culture, la souffrance et la douleur tendent à devenir de moins en moins tolérables et ce, tant pour la personne qui souffre que pour celles qui la voient souffrir. Les souffrances deviennent donc des adversaires qu'il faut à tout prix écarter. Par conséquent, l'idée de mettre fin à ses jours avant que des souffrances ou des maladies débilitantes ne nous privent de tout bien-être commence à susciter de l'intérêt sur la place publique.

⁷ Le Breton, David (1991), *Passions du risque*, Paris, Métailié.

⁸ Cauchon, Lise (1986), « Mourir à l'hôpital : l'ordre des choses. Étude de l'organisation sociale de la mort ». Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Montréal.

L'existence même de la présente Commission parlementaire témoigne de la présence simultanée, au sein de la société, d'innovations et de ruptures dans les moralités actuelles. Par leurs assises idéologiques et leur statut d'autorité, les règles juridiques (p.ex. : le droit pénal) contribuent largement à institutionnaliser les moralités et les rapports sociaux. Toutefois, cette influence ne constitue nullement un processus unilatéral dicté par le législateur. La place qu'occupe le droit dans la régulation d'un problème social, comme la mort médicalement assistée, se conçoit principalement dans son rapport dialectique avec un ordre social situé à une époque donnée de l'histoire.

À titre d'exemple, prenons la situation actuelle des sociétés québécoise et canadienne qui, à l'instar de plusieurs autres, sont engagées dans un processus de fragmentation des univers de sens. L'écartèlement que connaît cette société est rapide, et le droit doit minimalement répondre aux exigences des nouvelles réalités sociales. Or, la nature systémique du droit le pousse à l'usure et au durcissement, et ultimement à la détérioration, s'il ne veille pas à remplacer ses composantes symboliques, procédurales ou administratives de manière à les arrimer aux pratiques sociales. Par exemple, j'ai fait la démonstration, ci-haut, qu'à l'endroit de l'euthanasie ou de l'aide au suicide les tribunaux canadiens semblaient avoir adopté une certaine flexibilité qui va à l'encontre des dictats du droit criminel à l'égard de ces deux crimes. L'écart entre la loi et l'application de cette loi est donc déjà creusé. Pour pouvoir conserver une certaine efficacité, le droit devra s'adapter à l'évolution de l'environnement social en faisant en sorte que ses objectifs et ses modes d'intervention correspondent aux changements sociaux. Ainsi, l'établissement de nouvelles normes ou l'abolition de certaines autres

feront partie intégrante de l'adaptation du droit au milieu.

Pour conclure, il convient de rappeler que depuis le dénouement tragique de l'affaire *Sue Rodriguez* en 1993 et le Comité sénatorial chargé de faire rapport sur l'euthanasie et l'aide au suicide en 1994, les autorités fédérales ainsi que le public canadien n'ont pas examiné de manière sérieuse la possibilité que cette crise ait été longuement préparée et qu'elle ait pu avoir des implications profondes pour la société dont on ressent encore les contrecoups plus de quinze années plus tard.

Écrits de l'auteure touchant à la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie

Martel, Joane (2010) "Remorse and the Production of Truth". Accepté pour publication dans la revue scientifique britannique *Punishment & Society*.

Martel, Joane (2002) *Le suicide assisté. Hérault des moralités changeantes*. Collection Sciences sociales, théories sociales. Ottawa, Ont. : Presses de l'Université d'Ottawa.

Martel, Joane (2001) "Examining the Foreseeable. Assisted Suicide as a Herald of Changing Moralities", *Social and Legal Studies*, vol. 10:2, pp. 147-170.

Martel, Joane (1999) "Bouncing Boundaries and Breaking Boundaries: The Case of Assisted-Suicide and Criminal Law in Canada", *Crime, Law and Social Change*, vol. 30, pp. 131-62.

Pavillon Charles-De Koninck
1030, av. des Sciences-Humaines
Local 5444
Québec (Québec) G1V 0A6
CANADA

418 656-2372
Télécopieur : 418 656-3567
svs@svs.ulaval.ca
www.svs.ulaval.ca