

**Faculté de droit et de criminologie
École de criminologie**

La figure du médecin praticien de l'aide médicale à mourir au Canada : persécuteur, victime ou sauveur ?

Auteure : Nuttens Charlotte

Promoteurs : Perreault Isabelle et Renard Bertrand

Année académique 2022-2023

Master en criminologie à finalité approfondie

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Ce mémoire clôt deux années d'études en criminologie, riches de découvertes, d'expériences et d'apprentissages.

Je tiens vivement à remercier l'Université Catholique de Louvain et l'Université d'Ottawa qui m'ont donné l'opportunité de réaliser ce programme de double diplôme.

Mes remerciements s'adressent également à mes deux promoteurs, Isabelle Perreault, de l'Université d'Ottawa et à Bertrand Renard, de l'Université Catholique de Louvain, pour leurs conseils avisés, leur confiance et leur soutien qui m'ont permis d'arriver au bout de ce master.

Un merci particulier s'adresse enfin à ma famille et à mes amis pour leur soutien, leur présence et leur aide précieuse durant mes cinq années à l'université.

Table des matières

Introduction.....	9
Chapitre 1 : Situation de l'aide médicale à mourir en Occident et au Canada	12
Section 1 : De quoi parle-t-on ? Euthanasie, suicide, aide au suicide, suicide assisté, aide médicale à mourir.....	12
Section 2 : Survol de la situation internationale	16
Section 3 : État des lieux détaillé au Canada	17
Section 4 : Lois canadiennes sur l'aide médicale à mourir.....	18
Section 5 : Problématique	22
Chapitre 2 : Recension des écrits	25
Section 1 : Valeur de la vie.....	26
Section 2 : Lien avec le suicide.....	27
Section 3 : Raisons des demandes d'aide médicale à mourir	29
Section 4 : Arguments pour ou contre l'euthanasie	31
I. Arguments réguliers	32
II. Arguments séculiers.....	33
Section 5 : Activisme	34
Section 6 : Professionnels	37
Section 7 : Relations entre le médecin et son patient.....	39
Section 8 : Relations entre le médecin et l'entourage du patient	40
Conclusion	42
Chapitre 3 : Méthodologie	43
Section 1 : Présentation des données empiriques.....	43
Section 2 : Sélection des mémoires.....	44
Section 3 : Choix méthodologiques	46
Section 4 : Application de la théorisation ancrée	50
I. Codage ouvert.....	51

II. Codage axial	54
III. Codage sélectif.....	54
Section 5 : Posture épistémologique	55
Section 6 : Position en tant que chercheuse	56
Section 7 : Limites de la recherche	58
Chapitre 4 : Transformation de la médecine et rôle du médecin dans l'aide médicale à mourir.....	61
Chapitre 5 : Médecin praticien de l'aide médicale à mourir : persécuteur, victime ou sauveur ?.....	66
Section 1 : Cadre théorique	66
Section 2 : Médecin : persécuteur ?	70
I. Relation en péril	70
II. Pouvoir vs vulnérabilité	78
Section 3 : Médecin : Victime ?	86
Section 4 : Médecin : Sauveur ?.....	91
Section 5 : Conclusion	93
I. Discussion.....	94
II. Réponse à la question de recherche	97
Conclusion.....	99
Bibliographie.....	102
Annexes.....	107
Liste des mémoires au nom des citoyens utilisés.....	107
Liste des mémoires au nom des organismes utilisés	109

Introduction

Tueur, monstre, nazi, victime, héros, cadeau du ciel...

Voilà des qualificatifs que nous avons pu lire à maintes reprises dans les mémoires rédigés par les citoyens canadiens au sujet du médecin praticien de l'aide médicale à mourir.

Depuis plus de 20 ans, la mort assistée d'un médecin fait l'objet de discussions dans certains Etats européens et américains. En 2016, le Canada s'est doté d'une nouvelle législation visant à légaliser l'aide médicale à mourir. Cette dernière consiste en deux actes distincts : l'euthanasie volontaire et le suicide assisté. Quatre ans plus tard, le projet de loi C-7 visant à modifier le Code criminel canadien sur les dispositions de l'aide médicale à mourir a été proposé. Dès lors, les citoyens ont été invités à émettre leur avis sur ce projet de loi. Après la publication dudit projet de loi, 108 mémoires ont été déposés par des citoyens en leur nom ou au nom d'un organisme pour défendre leur position. Constituant notre matériau empirique, ces mémoires se sont avérés une véritable mine d'or pour notre recherche, tant dans la perspective exploratoire de cette dernière que dans celle de son analyse. Les mémoires les plus virulents au sujet du médecin praticien de l'aide médicale à mourir nous ont amenés à nous intéresser à la représentation de ce dernier qui en émergeait. Tantôt « divinisé », tantôt « diabolisé », ce professionnel de la santé, qui accepte d'aider à mourir des personnes en proie à d'incurables et insoutenables souffrances, mérite toute notre attention. Comment la société canadienne le perçoit-elle réellement ?

Le premier chapitre de notre recherche s'intéresse à la situation de l'aide médicale à mourir en Occident et plus spécifiquement au Canada. Il est également essentiel de définir les diverses pratiques qui, de près ou de loin, ont un lien avec l'aide médicale à mourir. Comme nous le verrons, les distinguer les unes des autres tient parfois à peu de chose. Notre attention se tournera ensuite sur la place accordée à l'aide médicale à mourir dans le monde, en particulier aux Pays-Bas et en Belgique, pionniers dans la légalisation des actes posés en la matière. Cela nous amènera à examiner les lois canadiennes avant de contextualiser notre problématique, à savoir : *Comment les Canadiens se représentent le médecin praticien de l'aide médicale à mourir ?*

Dans le second chapitre, c'est la littérature scientifique en lien avec notre problématique qui retiendra l'attention. Différentes thématiques pouvant éclairer notre

compréhension de l'aide médicale à mourir seront abordées, notamment à travers les arguments qu'elles développent, avant de porter notre intérêt sur les professionnels de la santé, leurs patients et les proches de ces derniers. La littérature regorge de publications sur le sujet de l'euthanasie volontaire et du suicide assisté, nous avons dû opérer un tri parmi les thèmes. Grâce à l'utilisation des mémoires de manière exploratoire, nous ciblons les thèmes abordés par les citoyens canadiens.

Un troisième chapitre sera consacré à notre méthodologie et ses diverses étapes. Pour ce faire, nous avons eu recours à la théorisation ancrée (Glaser et Strauss – 1967) présentée dans un article d'Anne Laperrière (1997) : *La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées*. Nous aborderons de manière détaillée les mémoires qui constituent notre empirie et leur sélection. Dans un but de transparence, nous parlerons de la posture épistémologique adoptée ainsi que des prises de position face à l'aide médicale à mourir. Enfin, parce qu'il en existe dans toute recherche, nous terminerons ce chapitre en présentant les limites de cette étude.

Le quatrième chapitre sort tout droit des données empiriques. Nous l'avons nommé « Transformation de la médecine ». Ce chapitre a la particularité d'être très descriptif. Il n'est pas directement en lien avec notre problématique, mais il nous permet de saisir l'ampleur des éléments qui seront mentionnés ensuite par les rédacteurs des mémoires et qui feront, cette fois, l'objet d'une analyse approfondie.

Le cinquième et dernier chapitre consiste en l'analyse de nos données ainsi qu'en la présentation des résultats de notre analyse à travers une discussion mettant en lien théorie, empirie et littérature. En amont, nous définissons les trois concepts qui le structurent : persécuteur, victime et sauveur. À travers ce chapitre, nous cherchons à montrer comment les rédacteurs des mémoires se représentent la figure médicale dans la pratique de l'aide médicale à mourir au Canada.

Ce travail est rédigé en considérant le masculin singulier comme la forme neutre. Nous optons également pour l'usage de la première personne du pluriel dans l'ensemble du travail hormis dans la section concernant la position de la chercheuse dans le chapitre de méthodologie, dans laquelle la première personne du singulier sera employée. Enfin, nous utiliserons le terme « médecin » pour désigner à la fois le médecin et l'infirmier praticien, tous deux autorisés à pratiquer l'aide médicale à mourir par la loi fédérale canadienne.

Chapitre 1 : Situation de l'aide médicale à mourir en Occident et au Canada

Dans ce premier chapitre, différents éléments seront abordés. Avant tout, un état des lieux, d'hier à aujourd'hui, de ce qu'est l'aide médicale à mourir semble utile pour comprendre et distinguer l'histoire du suicide et de l'aide au suicide, du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire au Canada. Les lois canadiennes retiendront ensuite notre attention et la loi C-7, alors projet de loi en 2020, visant à modifier le Code criminel canadien sur les dispositions de l'aide médicale à mourir sera étudiée plus en détail. La problématique de ce travail sera ainsi énoncée, développée et contextualisée.

Section 1 : De quoi parle-t-on ? Euthanasie, suicide, aide au suicide, suicide assisté, aide médicale à mourir...

Au Canada, en 1980, l'espérance de vie à la naissance pour un homme était de 71,59 ans. En 2020, à compter de sa naissance, un homme peut espérer vivre 79,49 ans en moyenne. La même tendance s'observe chez les femmes bien que les chiffres soient différents (78,79 ans en 1980 et 83,96 ans en 2020 en moyenne). Pour l'un comme pour l'autre, ces derniers indiquent une augmentation de l'espérance de vie dans la population canadienne (Gouvernement du Canada, 2022). Pour, les deux chercheuses, Kaur et Marcoux, il est raisonnable de penser que les progrès de la médecine sont l'une des raisons de « ce recul de la mort ». En effet, des traitements de plus en plus efficaces permettent la guérison ou offrent la possibilité de vivre plus longtemps (Kaur & Marcoux, 2018, p. 214). Toujours selon les deux chercheuses, « l'acceptation de la mort pourrait de plus en plus être considérée comme un tabou social et moral » (*ibid.*), « les progrès dans le domaine des technologies biomédicales » (*ibid.*) ouvrent la porte à des traitements de plus en plus efficaces permettant d'observer un allongement de l'espérance de vie.

Ces diverses options telles que chimiothérapies, chirurgie ou encore médicaments, peuvent, selon Evans, « sometimes prolong life at the expense of the quality of life that is led » (Evans, 2015, p. 629). Toutefois, pour certaines personnes, ces progrès du domaine médical ne suffisent pas à soulager leurs souffrances tant physiques que psychiques. Dès lors, « un individu qui meurt avec l'assistance d'un médecin veut échapper à une souffrance prolongée et invalidante » (Gandsman, 2018, p. 175). Sujet aussi sensible que controversé (Kaur & Marcoux, 2018), l'aide médicale

à mourir entre en contradiction avec l'objectif actuel des nouvelles techniques médicales développées qui cherchent à reculer le jour fatidique auquel chaque individu est voué à mourir, et la mort apparaît de plus en plus comme « un échec » (Dourlen-Rollier, 2001, p. 77). Ainsi, certains patients pourraient se sentir obligés d'accepter des traitements visant à prolonger la vie parce que ceux-ci sont « available and is socially acceptable, while accepting death when treatment options are still available may be seen as a social and moral taboo » (Young & Ogden, 2001) dans (Evans, 2015, p. 629).

Ce « goût » croissant pour la vie renforce forcément la difficulté qu'a notre société à accepter que certaines personnes choisissent de mourir (Kaur & Marcoux, 2018). En effet, pendant longtemps, le suicide a été un acte criminalisé et est, encore aujourd'hui, considéré comme un tabou selon Gandsman (Gandsman, 2018, p. 169). En effet, au 18^e siècle, au Canada, le corps de la personne qui se suicidait était traîné dans les rues et pendu sur la place publique. Il y avait là une volonté d'humiliation, de déshonorer publiquement la personne afin d'exprimer la condamnation de la société (Mishara & Weisstub, 2016, p. 57). Le suicide était encore très réglementé au 19^e siècle puisque de nombreux pays disposaient d'une législation entourant le suicide, qui prévoyait des sanctions pouvant aller jusqu'à une peine de prison pour les personnes faisant une tentative de suicide. Il est encore souvent présenté comme un choix irrationnel entre la vie et la mort dû à un trouble mental tandis que la mort médicalement assistée apparaîtrait plutôt comme un choix rationnel « dans le contexte de la souffrance causée par une maladie terminale, intraitable ou dégénérative » (Gandsman, 2018, p. 169) où le patient ne serait pas amené à choisir entre la vie et la mort mais entre les morts (*ibid.*). En effet, il ne s'agit pas de choisir si l'on veut mourir ou non, mais plutôt d'en choisir le moment ou les conditions, puisque la maladie irréversible conduit inéluctablement à la mort. Gandsman poursuit en citant une personne interviewée dans le cadre de ses recherches :

« [le suicide] c'est quand on détruit sa propre vie pour des raisons tordues. Ici, c'est différent. Ici, ce n'est pas un choix. Je ne le vois pas comme un suicide. Je choisis de ne pas mourir d'une mort lente et douloureuse. C'est le seul choix. La mort est inévitable » (Cath, leucémie de stade 4 et cancer du sein) (*ibid.*).

Bien qu'ayant la même finalité, le suicide et la mort médicalement assistée semblent des choix opposés pour les individus. L'auteur ira encore plus loin en disant qu'il s'agit pour les malades de faire le choix entre « une bonne mort, brève et sans douleur, et une mauvaise mort, longue, fastidieuse, douloureuse, qui se déroule dans la souffrance, l'anxiété ou la perte de contrôle sur son propre corps » (*ibid.*). Gandsman rapporte que, selon l'American Association of Suicidology, la principale distinction entre le suicide et l'aide médicalement assistée est que, pour cette dernière, « le choix du patient n'est pas déformé par des troubles psychologiques » (*ibid.*).

La mort, de manière générale, apparaît souvent comme violente pour les gens, au sens où elle touche aux émotions, il n'est donc pas toujours chose aisée de discuter de celle-ci. En effet, « la société, l'individu éprouvent d'immenses difficultés à vivre avec la mort, bien que notre disparition soit une étape faisant partie intégrante de la vie » (Dourlen-Rollier, 2001, p. 77). Ainsi, parler du « droit de mourir » (Perreault, Cauchie & Corriveau, 2018, p. 6) semble encore plus complexe pour les sociétés dans lesquelles « le suicide a longtemps été considéré comme un crime » (*ibid.*). De plus, « discuter du suicide (et sans doute encore davantage du droit de mourir) est souvent perçu comme un faux pas social, le sujet étant encore tabou, à tout le moins difficile à aborder sans que les émotions ne prennent le dessus sur la raison » (*ibid.*).

Un autre chercheur sur l'aide médicale à mourir, Hacking, mentionne *Augustin* et son commandement « thou shalt not kill » (Hacking, 2008, p. 3), au sens où l'on ne doit pas tuer d'humain et où se donner la mort revient à tuer un être humain. Le suicide est alors prohibé. Kant reviendra avec cette vision du suicide et, selon Hacking, il le considère comme une faute morale et le nomme même l'auto-meurtre (« self-murder » (*ibid.*)). Mishara et Weisstub mentionnent l'importance pour les sociétés de respecter les valeurs religieuses selon lesquelles les personnes qui tentent de se suicider vont intentionnellement à l'encontre des préceptes religieux ainsi que des valeurs culturelles dominantes. Toutefois, on observe que ce sont les pays aux idées libérales qui ont décriminalisé le suicide (Mishara & Weisstub, 2016, p. 57). D'ailleurs, concernant l'aide médicale à mourir au Canada, celle-ci a été légalisée en 2016, alors que venait tout juste d'entrer en fonction un gouvernement dit libéral, prenant la place d'un gouvernement plus conservateur, à la tête du pays depuis 2006 (Boily, 2016). Notons qu'elle a d'abord été introduite par le Québec dans la loi sur les soins de fin de vie dès 2015. Néanmoins, bien qu'en 2016, le gouvernement fédéral du Canada se dote d'une

législation permettant le suicide assisté et l'euthanasie volontaire, Russel D. Odgen révèle que déjà avant 1994, des décès assistés, sans supervision médicale, avaient lieu : « They were clandestine and camouflaged from law enforcers » (Kilty & al., 2014, p. 17). Odgen ajoute qu'il existe, depuis le début des années 1990, des guides pratiques destinés au grand public dans lesquels diverses techniques de suicide assisté sont décrites.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de s'arrêter sur des concepts essentiels à notre recherche et dont les définitions portent souvent à confusion. L'euthanasie est un terme utilisé dans la littérature internationale qui signifie étymologiquement la « bonne mort » (Dourlen-Rollier, 2001, p. 80) (venant du grec « *eu* : bien et *thanatos* : la mort » (Rey, 2012, p. 189)) au sens où elle permet « une mort sans agonie, [...] d'échapper à l'invivable » (Vallée, 2020, pp. 127-128). Dans nos sociétés, la conception de ce qu'est une « vie bonne » (Dumont & Maclure, 2019, p. 110) diverge de ce que l'on considère comme « la bonne mort » (*ibid.*). De plus, en raison des traditions culturelles diverses et variées, les sociétés ont des conceptions particulièrement différentes, « voire contradictoires de ce que pourrait être « la bonne mort » » (Reist & Cenec, 2006, p. 80). La mort est donc « un enjeu qui soulève des questions à la fois métaphysiques et éthiques relatives au caractère et à la valeur de la vie » (Dumont & Maclure, 2019, p. 111). L'aide médicale à mourir consiste en deux gestes distincts possibles. D'une part l'euthanasie volontaire (Kaur & Marcoux, 2018, p. 215) est définie comme « the administration of drugs with the explicit intention of ending the patient's life, at the patient's explicit request » (van der Maas & al., 1996, p. 1700). D'autre part, il peut s'agir également de suicide (médicalement) assisté ou d'aide médicale à mourir auto-administrée (AQDMD, 2022) définie comme « the prescription or supplying of drugs with the explicit intention of enabling the patient to end his or her own life » (van der Maas & al., 1996, p. 1700). Dès lors, ces deux actes qui constituent l'aide médicale à mourir se différencient principalement par la personne qui pose l'acte de donner la mort : pour l'euthanasie, c'est le médecin (ou l'infirmier praticien) ; pour le suicide médicalement assisté, c'est le patient lui-même. Les auteurs soulignent également la possibilité pour le médecin et le patient d'administrer ensemble les médicaments létaux, « the administration of lethal drugs by both the patient and the physician » (*ibid.*), cette dernière sera considérée comme une euthanasie. Finalement, l'aide médicale à mourir est un terme générique regroupant euthanasie volontaire et

suicide médicalement assisté. Il est important de préciser que l'on parle d'aide médicale à mourir uniquement lorsqu'il « est nécessaire de poser un acte supplémentaire, ayant spécifiquement pour but de causer la mort de la personne » (Commission de l'éthique en science et en technologie, 2020). Ainsi, l'aide médicale à mourir se distingue de la cessation de traitement, parfois appelée « euthanasie passive » (*ibid.*). Selon l'article 5 de la loi concernant les soins de fin de vie, « [...] toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin » (Loi concernant les soins de fin de vie, ch. s-32.0001, art. 5).

Section 2 : Survol de la situation internationale

Comme nous l'avons vu, le suicide était très réglementé au Canada, mais il l'est également à travers le monde. En effet, des « peines exemplaires » sont infligées aux personnes qui s'essaient à ôter la vie (Perreault, Cauchie & Corriveau, 2018). Toutefois, Mishara et Weisstub (2016) mentionnent que « the majority of the countries, despite having laws stipulating punishments for suicide attempts, do not prosecute or punish attempters. The situation remains complex and practices and jurisprudence are sometimes inconsistent » (Mishara & Weisstub, 2016, p. 54). Depuis plusieurs décennies, on observe une tendance à la décriminalisation du suicide dans de nombreux pays, néanmoins, le droit punit encore le fait d'encourager, d'aider ou d'inciter au suicide (*ibid.*).

Depuis plusieurs années, de plus en plus de mouvements se créent en faveur de la légalisation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté. D'ailleurs, divers pays ont déjà légalisé ces pratiques ou des pratiques plus ou moins similaires. Les récentes lois concernant les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir pourraient apparaître comme une tentative de « réappropriation du processus de mourir » (Kaur & Marcoux, 2018). Les pionniers en la matière sont les Pays-Bas, en 2001 dans la « *houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* »¹ (Judo, 2013, p. 70). Ils ont rapidement été imités par la Belgique avec la loi relative à l'euthanasie en 2002 (*ibid.*). Ces deux pays autorisent également les mineurs à demander l'euthanasie. Dans le premier, les enfants doivent être âgés d'un minimum de 12 ans.

¹ Signifiant « loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide » (Judo, 2013, p. 70).

Dans le second, la Belgique, la référence n'est pas l'âge mais « la capacité de discernement » du mineur. Cette obligation implique l'interdiction d'euthanasie pour les jeunes enfants (Nicol & Tiedemann, 2021). Aujourd'hui, le Luxembourg (2009), la Colombie, la Suisse ainsi que certains Etats américains autorisent également cet acte (Gandsman, 2018, p. 169). Enfin, en 2016, le Canada a lui-même légalisé ce qu'il appelle l'aide médicale à mourir. Il est donc nécessaire d'être bien conscient que l'aide médicale à mourir est un sujet encore très récent et sur lequel on pourrait manquer de recul. Cependant, cette limite peut être considérée comme une force au Canada qui n'est qu'au début de la légifération de ces pratiques. De plus, le cadre d'application est seulement en train de se créer. Ceci implique que les débats sont encore très ouverts, les projets de loi visant à ajuster ce cadre se multiplient, la loi peut continuer à évoluer. Pour preuve de cette évolution, en 2016, la loi fédérale légalise l'aide médicale à mourir, s'ensuit, en 2020, le projet de loi visant à élargir les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir. Selon Damas, bien que les législations varient selon les pays, « toutes répondent à un principe fondamental : le respect du patient et de son autonomie » (Damas, 2020).

Section 3 : État des lieux détaillé au Canada

Le criminologue et historien André Cellard et l'historien Gérald Pelletier (Tremblay, 2005) nous rappellent l'importance du droit pénal dans notre société : « C'est celui qui établit les limites comportementales dont la transgression constitue aux yeux de l'Etat un acte social, un interdit. C'est lui aussi – et surtout – qui confère à l'Etat l'autorité d'édicter et d'appliquer les différentes formes d'actions punitives destinées à sanctionner ceux qui contreviennent à l'ordre ainsi établi » (Cellard & Pelletier, 1998, p. 261). Selon eux, le droit pénal est « relié à tous les aspects politiques, économiques, culturels, religieux et autres » (*ibid.*) qui caractérisent chaque société. La question du droit à intervenir dans la vie privée est « l'un des débats fondamentaux » (Bertrand, 1981, p. 5) autour duquel de nombreux professionnels se réunissent. De plus, ce droit pénal évolue au rythme des sociétés, les auteurs donnent pour exemple « la tentative de suicide et l'homosexualité qui étaient considérées, il n'y a pas si longtemps, comme des crimes graves et qui, désormais, ne figurent plus sur la liste des interdits sanctionnés par [le] droit pénal » (Cellard & Pelletier, 1998, p. 261).

Section 4 : Lois canadiennes sur l'aide médicale à mourir

En fait, l'aide médicale à mourir a été légalisée en 2015 pour la première fois par le Québec dans la Loi sur les soins de fin de vie qui livre une définition de l'aide médicale à mourir correspondant plutôt à la définition de l'euthanasie volontaire (Kaur & Marcoux, 2018, p. 214). En 2016, le gouvernement fédéral élabore un projet de loi, sanctionné en juin de la même année, visant à donner un cadre légal dans lequel l'aide médicale à mourir peut se dérouler (Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)), reprenant cette fois sous le terme « aide médicale à mourir » les définitions d'euthanasie volontaire et de suicide médicalement assisté. Elle est maintenant autorisée sur tout le territoire canadien, tant qu'il s'agit, selon l'article 3, paragraphe 6 de la Loi concernant les soins de fin de vie et l'article 241.1 du Code criminel canadien de « l'administration de médicaments ou de substances par un médecin (ou un infirmier praticien dans le Code criminel) à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès ». Ceci correspond à la définition de l'euthanasie volontaire (Kaur & Marcoux, 2018). L'article 241.1 du code criminel va plus loin en autorisant également « un médecin ou un infirmier praticien à prescrire ou fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort », ceci correspond à la définition du suicide assisté (*ibid.*) ou de l'aide médicale à mourir auto-administrée (AQDMD, 2022), qui diffère donc de l'aide médicale à mourir « simple » par laquelle seul un médecin est autorisé à poser l'acte, dans des conditions particulières, qui donne la mort. Nous observons donc que la loi québécoise est plus restrictive que la loi fédérale. De plus, conceptuellement, l'aide médicale à mourir est considérée de manière différente au Québec que dans le reste du Canada où elle est vue comme un « acte médical [...] qui ne vise pas l'accompagnement ni le soutien du patient, allant à l'encontre de certains principes fondateurs de la médecine » (Gagné & Favron-Godbout, 2021, p. 1). À l'inverse, au Québec, elle est considérée comme « un soin de santé » à part entière (*ibid.*) et est, par ailleurs, légalisée dans la Loi concernant les soins de fin de vie. Pour cette recherche, nous nous consacrons exclusivement à l'analyse des mémoires portant sur la loi fédérale et considérons donc l'aide médicale à mourir comme les actes de suicide assisté et d'euthanasie volontaire.

Faisant suite à la décision de la Cour Suprême du Canada en 2015 dans l'arrêt Carter rendant inopérants les articles 214*b*) et 14 du Code criminel canadien ainsi que

l'article 7 de la Charte « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » (Gouvernement du Canada, 2021) qui prohibent l'Aide médicale à mourir. Le gouvernement en place, en 2016, près d'un an et demi plus tard, a déposé un projet de loi visant à légaliser l'Aide médicale à mourir (Canada, 2016). Depuis lors, les articles 241.1 et suivants offrent un cadre légal dans lequel l'Aide médicale à mourir peut se réaliser (Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)). Afin d'édifier cette première loi, le gouvernement s'est inspiré des législations belge, néerlandaise et de l'Oregon (Provencher-Renaud, Larivée & Sénéchal, 2019). L'objectif principal poursuivi était de rendre possible l'aide médicale à mourir pour des Canadiens en fin de vie, dont les souffrances étaient intolérables (Gouvernement du Canada, 2020a). Ainsi, il est devenu possible au Canada, selon un ensemble de critères d'admissibilité bien précis, pour « un médecin ou un infirmier praticien :

a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort ;

b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort » (L.R.C. (1985), ch. C-46, art. 241.1).

Pour pouvoir bénéficier de l'aide médicale à mourir, l'individu doit satisfaire à la totalité des critères suivants. Tout d'abord, il doit être « admissible à des soins de santé financés par l'état au Canada » (Canada, 2016). Ensuite, il doit également être âgé de 18 ans et plus et être « capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé » (*ibid.*). En outre, il lui faut être « affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables » (*ibid.*). De plus, il doit fournir « une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures » (*ibid.*). Enfin, il doit pouvoir y consentir « de manière éclairée [...], après avoir été informé des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs » (*ibid.*). De même qu'en Belgique ou aux Etats-Unis, c'est par écrit que la demande doit être introduite « au moyen d'un formulaire prescrit par le ministre de la santé et des services sociaux, dûment daté puis signé par le patient et contresigné par un professionnel de la santé ou les services sociaux » (Provencher-Renaud, Larivée & Sénéchal, 2019). Toutefois, une exception autorise une personne tierce, extérieure à l'équipe médicale,

à signer le document en cas d'impossibilité physique ou psychologique du demandeur (*ibid.*).

En 2020, un nouveau projet de loi visant à modifier la loi de 2016 était proposé, avec pour objectif « d'établir un équilibre entre plusieurs intérêts et valeurs sociétales » (Gouvernement du Canada, 2020b) tels que l'autonomie, l'égalité, la protection des personnes vulnérables et la reconnaissance du suicide comme enjeu de santé publique (*ibid.*). Ce projet de loi consécutif à l'arrêt Truchon dans lequel le juge estimait que l'obligation qu'une personne soit en fin de vie pour demander l'aide médicale à mourir porte atteinte au droit à l'égalité prévu dans l'article 15 de la Charte canadienne (Tiedemann, 2019). En 2021, ce projet de loi a été sanctionné. Plusieurs modifications étaient soumises, notamment, celle d'élargir l'aide médicale à mourir pour les personnes « **dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible** »² (Projet de loi émanant du Gouvernement (Chambre des communes) C-7 (43-2) - Première lecture - Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) - Parlement du Canada, 5 octobre 2020) et celle **d'interdire l'aide médicale à mourir dans le cas où la seule raison invoquée serait une maladie mentale**. Le projet de loi supprime aussi l'obligation du consentement final pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui ont perdu leur capacité à y consentir. Une mort dite raisonnablement prévisible apparaît « lorsqu'il y a une possibilité réelle que la mort du patient survienne dans un délai qui n'est pas trop éloigné » (Gouvernement du Canada, 2016).

Par son projet de loi, le gouvernement vise également à « **créer deux séries de mesures de sauvegarde à respecter avant la prestation de l'AMM³, chacune s'appliquant selon que la mort naturelle est raisonnablement prévisible ou non** » (Projet de loi émanant du Gouvernement (Chambre des communes) C-7 (43-2) - Première lecture - Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) - Parlement du Canada, 5 octobre 2020). La première, s'appliquant aux personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, consiste à supprimer la période de réflexion de dix jours ainsi qu'à imposer la signature de la demande écrite d'aide médicale à

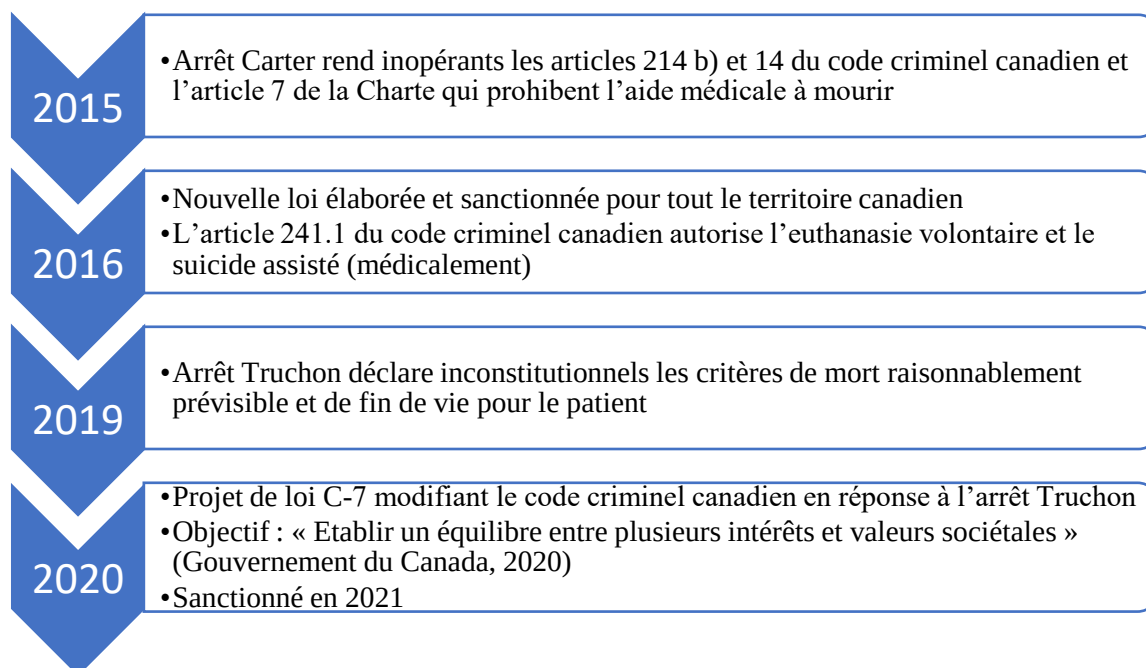
² Mort naturelle raisonnablement prévisible signifie qu'il y a « une possibilité réelle que la mort du patient survienne dans un délai qui n'est pas trop éloigné » (Gouvernement du Canada, 2016).

³ AMM est l'un des acronymes utilisés pour désigner aide médicale à mourir.

mourir à un seul témoin indépendant (Gouvernement du Canada, 2020c). Quant à la seconde, elle s'applique aux personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible et consiste en l'ajout d'une période d'évaluation de minimum 90 jours afin de consacrer suffisamment de temps et d'expertise à l'évaluation des demandes d'aide médicale à mourir ainsi qu'à ajouter une seconde évaluation pour vérifier le respect des critères d'admissibilité par l'expert (*ibid.*).

Le projet de loi vise aussi à « **permettre la prestation de l'AMM à la personne jugée admissible dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible et qui a perdu, avant la prestation, la capacité à consentir à recevoir l'AMM, si elle a conclu une entente préalable avec le médecin ou l'infirmier praticien** » (Projet de loi émanant du Gouvernement (Chambre des communes) C-7 (43-2) - Première lecture - Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) - Parlement du Canada, 5 octobre 2020). Enfin, le projet de loi souhaite « **permettre la prestation de l'AMM à la personne qui a perdu la capacité à y consentir, après s'être administré une substance qui lui a été fournie dans le cadre des dispositions régissant l'AMM pour qu'elle cause sa mort** » (*ibid.*). Ce projet de loi a été fortement controversé, un peu plus d'une centaine de mémoires ont été déposés, par des citoyens et organismes, pour marquer leur accord et/ou leur désaccord avec ces modifications proposées. Il a été sanctionné le 17 mars 2021.

Tableau de la chronologie des décisions juridiques et de la législation sur l'aide
médicale à mourir au Canada



Section 5 : Problématique

Si l'on s'en tient au point de vue de Cellard et Pelletier, la modification du Code criminel est influencée notamment par la pression des « groupes divers d'acteurs sociaux » (Cellard & Pelletier, 1998, p. 262). Ainsi, dans le cas de notre recherche sur l'aide médicale à mourir, on pourrait penser qu'en 2016 les groupes de pression ont réussi à obtenir un changement fondamental dans le Code criminel canadien, à savoir la légalisation de l'euthanasie volontaire et du suicide assisté. En fait, on observe que depuis plusieurs années, la société contemporaine accorde davantage d'importance à l'autonomie des personnes et « plus spécifiquement, dans le secteur de la santé, [à] l'autonomie et [à] l'auto-détermination, [à] la responsabilité de l'individu, [à] sa capacité à exercer une influence sur les questions qui le concernent, à identifier et satisfaire ses besoins, à résoudre ses problèmes et à contrôler sa propre vie » (Roy, Stylios & Pilote, 2023, p. 74) et moins à l'autorité du médecin, qui n'est dorénavant « acceptée que si elle se justifie » (*ibid.*). Le monde occidental se positionne de manière plus critique vis-à-vis des connaissances professionnelles et scientifiques et souhaite « engager un dialogue plus égalitaire entre les individus et les professionnels de la santé » (*ibid.*). « La question de la souffrance vécue et perçue par les personnes en fin

de vie [...] constitue une illustration forte de cette volonté de plus en plus affirmée chez les individus de reprise d'un pouvoir sur soi au regard des pratiques et des savoirs professionnels » (*ibid.*), mais la souffrance est de moins en moins tolérée. Les auteurs affirment que « mourir sans souffrir est désormais l'ultime quête ! » (*ibid.*), c'est la recherche d'une qualité de vie suffisante qui prône sur la « le caractère sacré de la vie » (*ibid.*). En effet, dans leur étude, ils observent un déclin de l'influence de la religion dans les décisions prises par les patients.

Ces tendances progressives questionnent les gouvernements des pays occidentaux depuis quelques décennies sur les problématiques des soins de fin de vie. Le Canada s'est également emparé de la question dès 1993 avec *l'arrêt Rodriguez* qui renouvelle l'interdiction du suicide assisté (*ibid.*) et ensuite, en 2015, *l'arrêt Carter* qui oblige de rendre légale l'aide médicale à mourir. Tous deux ont une place essentielle dans la question de l'aide médicale à mourir et sont étudiés par Gabrielle Pilliat (2017) dans sa thèse de maîtrise. En effet, le premier est un arrêt dans lequel la Cour Suprême du Canada réaffirme la prohibition de l'aide médicale à mourir suite à la demande de Sue Rodriguez, femme gravement malade, de se voir fournir le suicide assisté par son médecin. Elle avait « demandé qu'un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdra la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait » (Pilliat, 2017, p. 5). Sa demande vient du fait qu'elle s'inquiète des souffrances et de la « perte de dignité » (*ibid.*) qu'elle pourrait vivre si on ne lui accorde pas la possibilité de décider du jour de sa mort et de la manière dont elle va mourir. Gabrielle Pilliat présente le second arrêt comme très similaire au premier, affirmant que « la prohibition de l'aide médicale à mourir [...] prive [les personnes en souffrance] de pouvoir faire un choix personnel quant à leur manière de mourir » (*ibid.*). Ainsi, à quelques détails près, les deux arrêts sont très similaires. Pourtant, le second, en 2015, a mené le gouvernement à devoir créer un cadre dans lequel l'aide médicale peut se dérouler en toute légalité.

En 2020, le projet de loi C-7 visant à modifier le Code criminel canadien sur les dispositions de l'aide médicale à mourir a été proposé. Les citoyens canadiens ont été invités à donner leur avis sur ce projet. Ils ont ainsi écrit des mémoires (dont nous parlerons plus en détail dans la suite de cette recherche) que nous avons d'abord utilisés à des fins exploratoires puis à des fins d'analyse. En effet, l'exploration de ces données nous a permis d'observer des discours autour de la personne du médecin

praticien de l'aide médicale à mourir. Dans un premier temps, nous nous sommes demandé : *Pourquoi l'Etat ne s'intéresse pas plus à la figure du médecin qui semble pourtant assez controversée dans les mémoires ?* Dans un second temps, après une relecture des mémoires et la sélection d'une partie d'entre eux, nous nous sommes rendu compte que les données ne nous permettraient pas de répondre à cette question. Dès lors, notre question de recherche s'est modifiée pour devenir : *Comment les Canadiens se représentent le médecin praticien de l'aide médicale à mourir ?*

Chapitre 2 : Recension des écrits

Dans ce second chapitre, nous verrons les différents sujets traités par les auteurs autour des thèmes de l'aide médicale à mourir, de l'euthanasie ou encore du suicide assisté. Ces thèmes ne sont pas exhaustifs à tout ce que l'on retrouve dans la littérature, mais ils font référence aux thèmes qui émergent des données empiriques.

Il existe de nombreux travaux et études sur les thèmes de l'euthanasie, du suicide assisté et de l'aide médicale à mourir plus spécifiquement. On observe une augmentation d'écrits sur le sujet depuis une vingtaine d'années. En effet, ces publications suivent les politiques sur les premières législations de ces différents actes au début des années 2000 et sont surtout issues de la littérature scientifique « européenne ». Ces éléments semblent cohérents puisque les premiers pays à autoriser de tels actes sont les Pays-Bas et la Belgique. Toutefois, sont dénombrés également des articles d'auteurs venant d'Amérique du Nord⁴ où ces actes sont également de plus en plus discutés et légalisés tant au Canada que dans certains Etats des Etats-Unis. Précisons que la question du suicide a été étudiée depuis bien plus longtemps en sciences sociales. L'un des auteurs les plus connus dans ce domaine est Emile Durkheim, considéré comme « le père fondateur de la sociologie » (Fournier, 2007) aux yeux de nombreux professionnels des sciences humaines et sociales. Dès 1888, il accorde un intérêt particulier à la question du suicide et donne des cours sur le sujet. Par la suite, il publiera l'un de ses premiers ouvrages en la matière intitulé « Natalité et suicide » (*ibid.*) et travaillera sur une étude, devenue très connue, nommée « Le suicide », présentant le suicide⁵ comme un « fait social » en 1897 (*ibid.*).

Parmi les différents articles de cette recension, certains viennent de pays dans lesquels l'euthanasie volontaire et/ou le suicide assisté ne sont pas autorisés (ou n'étaient pas autorisés au moment de la publication de l'article), d'autres de pays qui ont légalisé ces pratiques. Quelques-uns de ces articles sont même des méta-analyses. Kaur et Marcoux précisent tout de même que ces études sont parfois difficilement

⁴ Comprendre Etats-Unis et Canada

⁵ Dans le matériel empirique que nous étudions, il apparaît que divers auteurs utilisent le terme suicide pour parler de l'aide médicale à mourir. Par ailleurs, de nombreux articles traitent de la question de la légalisation ou non de ces actes. Les auteurs exposent les arguments pour ou contre l'euthanasie et le suicide assisté.

comparables d'une part « en raison des différences culturelles, d'autre part, en raison du statut juridique possiblement différent de l'euthanasie et du suicide assisté » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 232) dans les différents pays. De plus, les définitions de l'euthanasie et du suicide assisté fournies ne sont pas toujours similaires lorsqu'il y en a. De fait, certains chercheurs ne fournissent aucune définition laissant ainsi le participant à l'étude se créer sa propre définition (*ibid.*). Les deux auteurs attirent également notre attention sur la possibilité pour les participants d'avoir parfois cherché à répondre aux chercheurs de manière « socialement acceptable ». Il s'agit donc « d'un biais de non-réponse ou d'un biais de désirabilité sociale en raison de la nature délicate du sujet » (*ibid.*) pour lequel les répondants pourraient vouloir donner des réponses en conformité avec « les valeurs véhiculées dans leur milieu de travail » (*ibid.*). Ce biais de désirabilité sociale est « une tendance des personnes interrogées à choisir les réponses qu'elles estiment les plus valorisées socialement » (Larousse, s.d.). Il influe « sur les réponses des individus et crée un écart quasi inévitable entre la réalité et la réponse de l'individu » (Coron, 2020).

Section 1 : Valeur de la vie

Parmi les mémoires étudiés dans le cadre de notre recherche, certains auteurs évoquent que, pour une personne gravement malade, demander l'aide médicale à mourir lui permet de choisir sa propre mort et ainsi, selon eux, mourir dans la dignité. La littérature montre également que certaines personnes considèrent qu'il vaut mieux mourir avant de perdre leur dignité.

L'aide médicale à mourir a la particularité de confronter les valeurs de la société. Elle met également en évidence l'hétérogénéité des « valeurs, croyances et cultures » (Gagné & Favron-Godbout, 2021, p. 1) qui rendent nos sociétés pluralistes, dans lesquelles « il n'existe pas véritablement de moralité commune, absolue ou qui corresponde à la vision de tous » (*ibid.*). Bien que, comme nous l'avons déjà vu, l'aide médicale à mourir est contradictoire aux évolutions techniques médicales actuelles, elle reste pour certains une manière de « mourir dans la dignité » (*ibid.*). La qualité de la vie est l'un des arguments souvent avancés par les demandeurs qui considèrent que leur vie ne correspond plus à leurs critères de ce qu'est une « vie digne » (*ibid.*). Un autre raison souvent invoquée, cette fois par les opposants à l'euthanasie et/ou au suicide assisté, est « le caractère sacré de la vie » (*ibid.*).

La valeur de la vie est un élément mis en évidence dans le matériel empirique, les auteurs disent que les praticiens de l'aide médicale à mourir considèrent que certaines vies méritent plus d'être vécues que d'autres. Dans une vision libérale, il faudrait légaliser le suicide en compagnie d'un médecin lorsqu'un patient pense que mourir est une solution plus acceptable que de continuer une vie dans laquelle la maladie et la souffrance prennent toute la place et « le réduiraient à un état qu'il juge indigne » (Tappolet, 2003, p. 45). Dès lors, c'est la dignité de la vie qui est mise en exergue dans cette perspective. Dans une chronique journalistique nommée « Morts comme des chiens », selon l'auteur, Jean-François Nadeau, l'adhésion de plus en plus générale à l'euthanasie « manifeste en tout cas un nouveau rapport à l'idée de dignité, de liberté, de souffrance » (Nadeau, 2023). Il ajoute que la société de plus en plus individualiste laisse courir « l'idée qu'une personne malade ou souffrante constitue une charge, un poids trop lourd pour les autres autant que pour les institutions » (*ibid.*).

Section 2 : Lien avec le suicide

Selon certains auteurs des mémoires, l'aide médicale à mourir ne diffère pas du suicide. En effet, nous observons que certains canadiens préfèrent utiliser le mot suicide qu'aide médicale à mourir ou euthanasie volontaire et suicide assisté : *N'avons PAS besoin de médecins qui font des injections létales à quiconque décide de se suicider* (Hradecki Carrie). Pourtant, comme nous avons pu le lire précédemment, la littérature scientifique fait la différence entre ces trois actes qui aboutissent à la mort d'une personne.

Dumont et Maclure, comme bien d'autres auteurs, rappellent que « le processus de mourir fait partie de la vie » (Dumont & Maclure, 2019, p. 110). En effet, la mort n'est pas le contraire de la vie, mais la finalité de celle-ci, elle est « pour celui qui meurt simplement la fin de sa vie » (Taussig, 2016, p. 75). Toutefois, la mort reste un sujet tabou, qui plus est lorsqu'il s'agit d'une mort précipitée telle que le suicide. Ce dernier suscite souvent de vives émotions à travers la société, notamment l'horreur (Hacking, 2008, p. 3). En fait, les « domaines où il est question de vie ou de mort, de handicap, de souffrances morales et physiques » (Quinio, 2012) heurtent la sensibilité et les émotions de chacun. La signification donnée à l'acte du suicide varie fortement selon les auteurs (Hacking, 2008). La tentative de suicide dans nos sociétés est souvent considérée comme un appel à l'aide : « a lot of times, people do make that cry for help and we should never ignore that cry for help » (*ibid.*). Selon Hacking (2008), depuis

deux siècles, la question du suicide a été pathologisée et médicalisée et est souvent mise en lien avec la dépression. C'est effectivement le cas depuis le 19^e siècle. On observe une tendance générale à biologiser la plupart des comportements déviants, catégories de comportements dont le suicide a longtemps fait partie. Des recherches de marqueurs génétiques ont d'ailleurs été réalisées afin de déterminer une (pré)disposition au suicide, mais aucun résultat probant n'a été découvert malgré beaucoup d'enthousiasme et de travail (*ibid.*). Afin d'anticiper les risques de suicide et d'en protéger les éventuels candidats, un travail de prévention multipliant les interventions auprès des personnes potentiellement suicidaires a vu le jour.

Ce geste auparavant considéré comme un « crime contre le souverain » qui était puni est dès lors « devenu élément central des connaissances émergentes en sociologie et en psychologie » (Gandsman, 2018, p. 173) se centrant sur la personne en souffrance. Il devient l'objet de différentes mesures et politiques préventives. À partir de là, le suicide n'est plus considéré comme un acte politique, mais comme « un geste pathologique et irrationnel, un produit de troubles psychologiques » (*ibid.*) qui nécessite et justifie les interventions préventives mentionnées précédemment.

Ces significations que nous accordons au suicide rendent difficile l'appréhension d'un geste tel que l'euthanasie : « there is something profoundly unnerving about aiding ailing adults to kill themselves in order to terminate pain or loss of memory » (Hacking, 2008, p. 3). Toutefois, comme nous l'avons déjà vu, selon Gandsman, le suicide se différencie également de l'aide médicale à mourir, par son aspect « tabou et découragé » (Gandsman, 2018, p. 169) voire stigmatisé contrairement à l'aide à mourir « autorisée, [...] soutenue et approuvée légalement » (*ibid.*). Cette dernière est une situation dans laquelle un individu décide de mettre fin à sa vie « en raison de souffrances insupportables dues à des maladies dégénératives, intraitables ou en phase terminale » (*ibid.*) pour lesquelles des interventions médicales n'apporteraient pas forcément « d'actions utiles au patient » (Damas, 2020). Celui-ci n'en retirerait aucun bénéfice. Cependant, l'euthanasie est un acte souvent « objet d'erreurs, d'amalgames » (*ibid.*) qui inspire inquiétude, peur et confusion autant pour les patients que pour leur entourage.

Selon Hacking (2008), chacun dans la société est capable de faire une distinction entre le meurtre et le suicide de ceux qui meurent dans la souffrance (il parle

d'agonie ou de dissolution de l'esprit) contrairement à la loi, qui dans de nombreuses juridictions occidentales « still try and often convict people who perpetrate « assisted suicide » for murder or murder-related offences » (Hacking, 2008, p. 5). La question de l'aide médicale à mourir, comprenant suicide assisté et euthanasie volontaire, a émergé au début du 21^e siècle et, comme nous l'avons vu précédemment, les premiers pays à légaliser une forme d'euthanasie sont les Pays-Bas et la Belgique en 2002 (Judo, 2013, p. 70). Notons que dans leur étude visant à « faire progresser la réflexion éthique » (Dumont & Maclure, 2019, p. 111) sur les refus des médecins d'aider leurs patients à mourir, Dumont et Maclure évoquent le fait que 95% des participants à l'étude considèrent l'appellation « aide médicale à mourir » malhonnête et « hypocrite » (*ibid.*). Selon eux, cet acte consiste en une « euthanasie volontaire » (*ibid.*) et il n'est pas justifié d'utiliser une autre appellation.

Dans les faits, on observe souvent l'emploi d'un vocabulaire « pour faire moins peur » (Quinio, 2012) notamment par les associations qui prônent l'euthanasie, visant à adoucir la réalité « trop crue sans doute » (*ibid.*). Contrairement au suicide, l'aide médicale à mourir est considérée par Gandsman (2018) comme « un droit de mort public » (p. 173) qui remet en cause toute la question du biopolitique, celui-ci exerçant un pouvoir sur la vie et, dans cette perspective, cherche à maintenir les individus en vie.

Nous pouvons également établir une distinction entre l'aide médicale à mourir et les homicides par compassion qui sont définis comme le fait pour un individu lambda d'aider un autre à mourir (Gandsman, 2018, p. 172). Ceux-ci sont « rarement poursuivis et mènent encore plus rarement à des condamnations en raison de leurs circonstances atténuantes, surtout si les motivations de l'individu faisant le geste d'assistance ne sont pas remises en question » (*ibid.*).

Section 3 : Raisons des demandes d'aide médicale à mourir

Dans une étude réalisée auprès de personnes ayant demandé l'aide médicale à mourir au Canada, des chercheurs tels que Nuhn et ses collaborateurs, cités par Ladouceur, évoquent les diverses raisons pour lesquelles ces demandes sont effectuées. Les personnes interviewées ont mentionné notamment « la perte d'autonomie et de contrôle, une qualité de vie inacceptable, la perte d'indépendance et d'habiletés physiques, l'incapacité ou la difficulté à communiquer, la perte de jouissance, la

souffrance ou la peur de souffrir » (Ladouceur, 2018). La « souffrance intolérable » est le principal critère évoqué par les personnes pour solliciter la demande de mettre fin à leur vie. Ce critère est particulièrement subjectif, car il dépend de « l'expérience individuelle » (Gandsman, 2018, p. 176) de chacun. L'expérience de « la douleur et la souffrance » (*ibid.*) varie pour chaque individu puisqu'effectivement, « la souffrance intolérable pour l'un peut être tolérable pour un autre » (*ibid.*). Selon Bacqué, « l'euthanasie d'aujourd'hui reste inséparable de la peur panique de souffrir » (Bacqué, 2001, p. 117). De plus, les auteurs des mémoires mentionnent que les demandeurs d'aide médicale à mourir se sentent souvent être des *fardeaux* pour leur entourage. L'une des problématiques particulièrement discutées est la distinction entre la souffrance physique et psychologique. Cette dernière est plus difficile à mesurer, mais, pour de nombreux activistes, elle est celle à prendre en considération. En Belgique, la loi sur l'euthanasie de 2002 autorise l'euthanasie de chaque personne « qui se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » (Snacken & al., 2015). À partir de là, de nombreuses demandes d'euthanasie volontaire ont été émises, notamment par des détenus. Ces derniers invoquent « une souffrance psychique insupportable » (*ibid.*). Ces raisons invoquées sont au cœur des débats puisque « le caractère insupportable de la souffrance ne peut être évalué que par le patient, [mais] ce sont les médecins qui doivent apprécier si la situation médicale est véritablement sans issue et doivent être convaincus qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable » (*ibid.*). C'est pourquoi, la maladie psychiatrique pose question. Une nouvelle raison d'invoquer l'euthanasie s'est ainsi ajoutée, faisant, d'ailleurs, l'objet de vives controverses. Elle s'inscrit dans « la souffrance résultant d'une vie ressentie comme sans perspective ou sans espoir en conjonction avec une polypathologie composée de plusieurs maux qui, en soi, sont tout juste tolérables (vision trouble, handicap auditif, être cloué au lit), mais qui, dans leur ensemble, peuvent devenir insupportables » (*ibid.*). Cette nouvelle possibilité a permis à plusieurs détenus d'être euthanasiés. Ainsi, l'évolution de la loi belge montre que la souffrance psychique peut être une raison de demander l'euthanasie bien qu'elle ne fasse pas l'unanimité.

Ladouceur (2018) présente également une autre étude réalisée par Wiebe et ses collaborateurs. Les chercheurs ont analysé des dossiers de personnes demandeuses

d'aide médicale à mourir et ont constaté que sur 250 d'entre elles, 127 n'ont pas reçu l'autorisation. Il est intéressant de noter que parmi les demandeurs, « la plupart n'étaient pas prêts à la [l'aide médicale à mourir] recevoir ou voulaient s'assurer que cette option pourrait éventuellement leur être prodiguée » (Ladouceur, 2018). Parmi les mémoires que nous étudions, une Canadienne mentionne même avoir opté pour une demande d'euthanasie en Suisse. Si cette dernière lui a bien été accordée, elle n'a pu être concrétisée en raison de la pandémie de Covid-19 interdisant tout déplacement. Au moment de donner son opinion sur le projet de loi, la Canadienne espérait que ce dernier soit validé dans son intégralité, afin d'être admissible à l'aide médicale à mourir au Canada. En effet, la demandeuse souhaitait mourir dans son pays plutôt qu'en Suisse.

Précisons que la loi de 2021, en plus d'élargir certains critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir au Canada, rappelle que la maladie mentale ne peut être l'unique raison invoquée par un demandeur de l'aide médicale à mourir. Bien que dans leur article qui visait « à faire état des résultats d'études sur les attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté et des facteurs qui influencent ces attitudes » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 230), Kaur et Marcoux montrent que « les intervenants en santé mentale ont des attitudes majoritairement favorables envers l'euthanasie et le suicide assisté » (*ibid.*). Dans une autre étude, en 2007, Isabelle Marcoux évoque qu'un cinquième de la population québécoise était favorable à l'euthanasie dans le cas de « souffrances psychologiques ou morales continues » (Marcoux, 2007, p. 73). En outre, les auteurs observent une tendance plus favorable au suicide assisté qu'à l'euthanasie chez les professionnels de la médecine de manière générale. L'interprétation donnée par Kaur et Marcoux face à ces résultats est que « les médecins préféreraient jouer un rôle plus passif » au sens où, dans le suicide assisté, ils fournissent au patient un médicament, mais c'est le patient, lui-même, qui aura le dernier geste tandis que l'euthanasie volontaire rend directement responsable le médecin d'avoir injecté « la substance mortelle » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 231).

Section 4 : Arguments pour ou contre l'euthanasie

Dans cette section, nous nous intéressons particulièrement aux arguments donnés lors d'études réalisées sur des infirmiers et du personnel médical. Parmi les Canadiens ayant

proposé un mémoire au Comité permanent de la justice et des droits de la personne, nombreux sont ceux se présentant comme des médecins. Nous avons également de multiples mémoires au nom d'organismes relevant du domaine de la santé.

I. Arguments réguliers

Dans les conclusions des diverses études analysées par Evans, il apparaît que la religion est un facteur important qui influence la position des professionnels en santé mentale, le personnel infirmier est également influencé par des croyances religieuses. Effet, les convictions religieuses semblent mener les médecins à se positionner contre l'aide médicale à mourir. Pour certains, l'appartenance religieuse fait « partie intégrante de leur identité personnelle » (Dumont & Maclure, 2019, p. 113). Cela pourrait expliquer, en partie, « leur opposition à l'aide médicale à mourir » (*ibid.*). Selon Kaur et Marcoux, « la religion est le facteur d'influence le plus important » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 233). L'un des points communs de la majorité des religions est que « seul Dieu, ou le divin Créateur, peut interférer avec la vie et la mort des individus » (*ibid.*). D'après Butler, il ne relève pas « du pouvoir des humains » de prendre la décision de mourir (Butler, 2010, p. 25). Ces éléments pourraient expliquer la prohibition de l'euthanasie et du suicide assisté. Parmi les différentes religions, ce sont les catholiques qui semblent « les moins favorables à l'euthanasie et au suicide assisté » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 229). Néanmoins, il apparaît que, bien que les individus s'identifient à une religion spécifique, « cela n'implique pas nécessairement qu'ils pratiquent leur religion ni qu'ils adhèrent à ses valeurs » (*ibid.*). En fait, il relève des études que si la religion est un facteur complémentaire qui permet de catégoriser les individus, elle ne semble pas être un facteur explicatif de leur position vis-à-vis de l'euthanasie et du suicide assisté. Toutefois, cette dernière affirmation ne semble pas être en accord avec les mémoires que nous étudions. En effet, dans certains d'entre eux, les auteurs se présentent comme des chrétiens et se positionnent en défaveur de l'aide médicale à mourir et des modifications proposées.

De plus, on observe dans la littérature que les religions sont d'un apport « essentiel pour nourrir le débat sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté » (Reist & Cenec, 2006, p. 79). Bien que les représentations de la mort diffèrent à travers les siècles, la mort « suscite toujours un questionnement sur le sens de l'existence » (*ibid.*). La vie est souvent considérée par les religions comme étant « un don de dieu »

(*ibid.*), raison pour laquelle « l'existence humaine doit être protégée et sauvegardée : soigner son hygiène comme son alimentation est recommandé, tout comme le fait d'avoir recours à un médecin » (*ibid.*). Généralement, les traditions religieuses rejettent l'euthanasie et le suicide assisté : « la vie est encore appelée à grandir malgré ses limites. Il s'agit donc d'adoucir la vie mais de ne pas chercher à vaincre la mort » (*ibid.*). En effet, bien que les raisons peuvent différer, le catholicisme, le protestantisme, l'orthodoxie, le judaïsme, l'islamisme et le bouddhisme se positionnent tous contre l'aide médicale à mourir. Selon les diverses religions, il faut accepter « une vie toujours en tension » (*ibid.*). C'est-à-dire une vie dans laquelle il existe des tensions « entre le corps et l'esprit, l'ici et le maintenant, la finitude et l'infini » (*ibid.*).

II. Arguments séculiers

D'autres arguments dits « séculiers ou publics » (Dumont & Maclure, 2019, p. 113) sont aussi présentés tels que l'emplacement géographique du lieu de travail et la spécialité dans laquelle le personnel infirmier évolue. Il apparaît notamment que les membres travaillant dans les unités de soins palliatifs seraient plus favorables au suicide assisté et à l'euthanasie que ceux ayant d'autres spécialisations. L'âge des professionnels de la santé est également un élément qui a été étudié. Les résultats de diverses études sont assez contradictoires. De fait, l'âge des professionnels peut être « associé aux années d'expérience » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 234) et il semblerait qu'une plus grande expérience aux côtés des malades en phase terminale rendraient les soignants moins favorables à l'aide médicale à mourir. Ceci a été constaté dans diverses études auprès de médecins et personnel infirmier. Les auteurs proposent comme justification que les professionnels ayant plus d'expérience avec les malades en fin de vie « connaissent mieux les enjeux associés à cette période et les diverses options qui s'offrent aux patients, telles que les soins palliatifs » (*ibid.*).

Dans son analyse des positions du personnel infirmier, Evans a constaté que le niveau d'éducation est considéré comme une variable significative dans l'attitude adoptée face aux questions relatives à l'euthanasie et au suicide assisté (Evans, 2015, p. 630). Ce constat a également été établi par Kaur et Marcoux, selon qui « les travailleurs sociaux ayant un niveau de scolarité supérieur, par exemple une maîtrise, étaient plus favorables à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 229). Les auteurs mentionnent également que les expériences

individuelles et personnelles de chacun pourraient avoir une influence sur l'attitude que les professionnels ont à l'égard de ces pratiques visant à aider médicalement une personne à mettre fin à sa vie, mais que toutes les études ne s'accordent pas sur ce point.

En ce qui concerne le genre, certaines études ont démontré que les femmes seraient moins favorables que les hommes aux pratiques d'euthanasie et de suicide assisté, mais d'autres ont démontré le contraire (*ibid.*). C'est un élément intéressant sur lequel de nouvelles recherches pourraient porter plus spécifiquement leur attention.

Selon Isabelle Marcoux (2007), depuis plusieurs décennies, les Canadiens se positionnent de plus en plus favorablement par rapport à l'euthanasie. Bien qu'ils aient « des opinions diverses selon certaines conditions spécifiques » (Marcoux, 2007, p. 69), les participants à ces multiples études semblent préférer que l'euthanasie ou le suicide assisté soient prodigués par un médecin et non un proche du demandeur.

Section 5 : Activisme

Les mouvements activistes sont nés depuis les débuts de légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Ceux-ci font la distinction entre l'aide médicale à mourir et le suicide. Toutefois, les opposants « soutiennent souvent que la légalisation de la mort assistée par un médecin légitime l'acte du suicide et va jusqu'à en augmenter le nombre par une sorte de « contagion suicide » » (Gandsman, 2018, p. 171). Selon eux, il ne s'agit que d'un « remplacement de vocabulaire » visant à éviter la connotation négative souvent associée au suicide (*ibid.*). Dans leur étude auprès de médecins qui éprouvent des réticences à l'égard de l'aide médicale à mourir, Dumont et Maclure (2019) identifient quatre catégories d'arguments contre l'aide médicale à mourir :

« 1) Finalités de la médecine et identité professionnelle,

2) Philosophie de la médecine palliative et allocation des ressources en soins palliatifs,

3) Paternalisme bienveillant, « bonne mort » et intérêts du soi futur,

4) Risque de la pente glissante et protection des personnes vulnérables » (Dumont & Maclure, 2019, p. 114).

Pour eux, la médecine « doit en quelque sorte être un espace entièrement consacré à la protection de la vie, de sa qualité et à la diminution de la souffrance » (*ibid.*). La mort est la finalité de la vie, mais il ne relève pas des compétences du médecin de la précipiter.

La première catégorie concerne donc l'identité même des médecins qui considèrent « incompatibles [...] l'acte de provoquer intentionnellement la mort » (*ibid.*) et le fait d'offrir aux patients des soins pour une « meilleure qualité de vie » (*ibid.*). La seconde se rapporte aux soins palliatifs et au développement de la connaissance scientifique qui sont de plus en plus « efficaces pour offrir une qualité de vie acceptable aux patients aux prises avec une maladie incurable » (*ibid.*). Selon Dumont et Maclure, les traitements développés permettent dorénavant de soulager la majorité des souffrances, mais il importe de les faire connaître afin de dissiper toutes les rumeurs selon lesquelles « les patients [en soins palliatifs] sont euthanasiés sans leur consentement ou que l'administration de doses importantes et répétées de morphine précipite la mort » (*ibid.*). Ainsi, les médecins s'opposant à l'aide médicale à mourir estiment qu'il faudrait faire connaître davantage les soins palliatifs et rassurer la société à leur sujet avant de promouvoir l'euthanasie. Les soins palliatifs et la cessation de traitement sont des actes qui devraient être mieux défendus puisqu'il ne s'agit pas de provoquer la mort, mais bien de ne plus allonger la période maladie (*ibid.*). La troisième catégorie de raisons identifiées par les auteurs porte sur une forme de « paternalisme bienveillant » (*ibid.*). Les auteurs (Dumont et Maclure) rappellent que le paternalisme consiste en une possibilité légitime « d'ignorer la volonté d'une personne sur la base qu'elle n'est pas toujours la mieux placée pour déterminer la nature de son propre bien ou de ses intérêts » (*ibid.*). En parlant de paternalisme bienveillant, ils s'accordent pour porter une attention spécifique au bien-être de leurs patients. De plus, les personnes touchées par la maladie peuvent avoir des difficultés à imaginer leur avenir et vivre des moments de découragement, mais, selon les médecins, s'adapter à la maladie n'est pas impossible grâce aux soins offerts et peut finalement même les faire changer d'avis. La vie n'est pas un long fleuve tranquille, elle peut être parcourue d'embûches et de souffrances qu'il faut affronter et auxquelles il faut « faire face avec courage » (*ibid.*). Enfin, la dernière raison proposée par les auteurs est la pente glissante. Il faut entendre par là qu'une « action ou une décision particulière n'est pas souhaitable parce qu'elle mènerait inévitablement à d'autres décisions qui seront

éthiquement inacceptables » (*ibid.*). La légalisation de l'aide médicale à mourir inquiète les participants à l'étude car elle ouvre la porte à l'élargissement des critères « au gré des revendications des citoyens » (*ibid.*).

Par opposition, les défenseurs de l'aide médicale à mourir ont pour principal argument le droit pour chacun « d'avoir le choix de mourir au moment et de la manière choisis » (Gandsman, 2018, p. 174). Cette liberté se traduit par la réflexion suivante : « même si on ne souhaite pas soi-même recourir à telle ou telle pratique, on ne voit pas pourquoi il faudrait l'interdire à d'autres » (Quinio, 2012). Une autre auteure, Christine Tappolet, ajoute qu'avoir le droit de mourir touche au « respect de l'autonomie » (Tappolet, 2003, p. 44) du patient, cette dernière se définissant comme « la capacité que possèdent les êtres rationnels à choisir et à agir selon leurs propres jugements » (*ibid.*). Cet acte de mourir assisté par un médecin est considéré comme « un choix de dernier recours lorsqu'aucune option ne reste » (Gandsman, 2018, p. 174). En effet, il est envisagé pour les personnes « dont la mort est proche, comme celles qui se trouvent en phase terminale d'une maladie mortelle » . Cet argument est à nuancer étant donné que la souffrance insupportable n'est pas toujours réservée aux personnes dont la mort est proche. En témoignent notamment les nombreux questionnements concernant l'élargissement de l'aide médicale à mourir aux personnes souffrant d'une maladie mentale. Rappelons que cette raison ne peut être la seule invoquée pour accéder à une demande d'aide médicale à mourir au Canada.

L'euthanasie ou ses pratiques similaires sont des sujets souvent remis sur la table, notamment durant « les campagnes électorales » (Quinio, 2012). De plus, les affaires sont également mises sous les feux des projecteurs par les personnes elles-mêmes, les proches voire leurs avocats. On retrouve par exemple : « un médecin hospitalier ici, une infirmière ailleurs, la mère d'un enfant lourdement handicapé, harassée de fatigue, une femme rongée par un cancer du visage... » (*ibid.*) qui souhaitent « faire pression sur les autorités politiques » (*ibid.*). Ces situations présentées dans les médias ont l'effet d'émouvoir la population puisque les gestes sont souvent présentés comme « ayant été commis par altruisme » (*ibid.*). L'auteur ajoute que les journalistes ne cherchent pas à montrer des crimes ni des infractions à la loi, mais des gestes bienveillants envers des personnes dont les souffrances sont insupportables, empêchant ainsi, les mauvais jugements.

Section 6 : Professionnels

Depuis les années 1970, la médecine semble prendre une place plus importante dans le contexte de la mort. En effet, dans les années 1950, « on meurt à la maison, près des siens : à l'approche de la fin de la vie, le médecin s'est retiré, le pasteur (ou le prêtre) est venu » (Reist & Cenec, 2006, p. 80). Les auteurs observent que dans les années 1970, les médecins obtiennent un pouvoir plus important, même s'ils ne parviennent à prolonger la vie de leurs patients en fin de vie. « Si le pronostic s'avère fatal, la famille est informée et se crée alors une loi du silence entre médecins, infirmières et famille pour éviter au malade de souffrir inutilement et de sombrer dans le désespoir » (*ibid.*). Une vingtaine d'années plus tard, on observe une responsabilisation des patients en leur donnant « la possibilité de participer aux décisions qui [les] concernent dans ce moment d'extrême fragilité et de vulnérabilité » (*ibid.*). C'est à cette époque que s'amorcent les premières discussions autour de l'aide médicale à mourir : « peu à peu, oser parler de la mort publiquement commence à ne plus être tabou » (*ibid.*). Enfin, depuis le milieu des années 1990 et avec l'accroissement des progrès médicaux, les sociétés s'interrogent sur le « droit à une mort digne [...] ». Actuellement, l'autonomie absolue est visée, c'est-à-dire le droit absolu pour la personne malade de déterminer le moment de sa mort » (*ibid.*). Ainsi, depuis la légalisation de l'aide médicale à mourir, les médecins canadiens sont « susceptibles de recevoir des demandes d'aide médicale à mourir de leurs patients » (Dumont & Maclure, 2019, p. 111). Toutefois, aucun médecin n'est obligé d'administrer l'aide médicale à mourir ni « d'évaluer l'admissibilité d'un patient si cela contrevient à ce que lui prescrit sa conscience » (*ibid.*). Effectivement, il peut être difficile pour les soignants « d'accueillir les demandes d'aide médicale à mourir qui leur sont formulées et d'y répondre » (Gagné & Favron-Godbout, 2021, p. 2). C'est pourquoi « la légalisation de l'aide médicale à mourir a forcé plusieurs médecins à réfléchir au sens de la médecine et de leur pratique, aux rapports entre leurs croyances personnelles et leur éthique professionnelle, ainsi qu'aux conséquences éthiques et sociales de la création d'un droit à l'aide médicale à mourir » (Dumont & Maclure, 2019, p. 111). Effectivement, Hippocrate parlait de l'interdiction aux médecins d'« assister à la mort d'un patient » (Gagné & Favron-Godbout, 2021, p. 3). Si accompagner le patient dans sa mort relève de l'impossible pour le professionnel exerçant la médecine, il se doit d'orienter son patient vers un confrère qui se sent apte

à répondre à la demande ainsi formulée (*ibid.*) à condition que le patient réponde favorablement aux critères d'admissibilité que nous avons étudiés précédemment. William Nielsen met l'accent sur les risques pour les médecins d'aider leurs patients à mourir. Effectivement, il peut arriver que les professionnels éprouvent des remords et un sentiment de « détresse morale » (*ibid.*) qui peuvent avoir des effets néfastes sur leur « bien-être psychologique » (*ibid.*). De plus, la responsabilité incombée aux médecins d'accorder ou non l'aide médicale à mourir à un patient en demande est lourde à porter et « ils ne peuvent être les seuls à porter cette responsabilité – ils ont besoin des conseils et du soutien de groupes d'experts comprenant des spécialistes du droit et de l'éthique » (*ibid.*). Ainsi, la mort médicalement assistée « sous-entend qu'un accord est donné » (Gandsman, 2018, p. 173) par le médecin. Mais cette décision reste « le résultat d'un processus décisionnel raisonné » (*ibid.*) dans lequel l'infrastructure judiciaire joue un rôle essentiel, cherchant à s'assurer du choix fait volontairement par le patient. Selon certains médecins qui se positionnent contre l'aide médicale à mourir, cette dernière n'est pas « un geste médical » (Dumont & Maclure, 2019, p. 115) au sens où c'est le législateur qui fixe, là, les critères et les impose. Les auteurs parlent également de paternalisme médical dont font preuve les médecins à l'égard de leurs patient.

Ainsi, suite à l'apparition des discussions sur l'aide médicale à mourir ou les pratiques similaires dans lesquelles les médecins aident leurs patients, à leur demande, à mourir pour éviter une souffrance plus importante, le personnel médical fait face à un choix cornélien. C'est, en effet, un sujet qui divise le monde médical (Evans, 2015, p. 629). Luke Evans a réalisé une analyse sur l'attitude des infirmières à l'égard du suicide assisté. Son analyse met en évidence que les infirmières souhaitent être associées au processus de décision et de soutien, si le suicide assisté devient légal dans leur pays (*ibid.*). Il existe également d'autres études, notamment une dont l'intérêt se porte plus spécifiquement sur les professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale. Il en ressort qu'une part importante de ces derniers ont « une opinion favorable » (Kaur & Marcoux, 2018, p. 227) tant de l'euthanasie que du suicide assisté. Néanmoins, Evans ajoute que selon les situations, leurs positions pourraient s'avérer sensiblement différentes. Les multiples études analysées ont montré également qu'en plus d'une position indulgente, « la majorité des intervenants en santé mentale étaient favorables à la légalisation de ces actes » (*ibid.*).

Section 7 : Relations entre le médecin et son patient

La relation entre le médecin et son patient est essentielle à aborder. En effet, le médecin, par son statut, a une forme d'autorité sur son patient qui n'a pas les connaissances médicales : « dans le domaine de la santé, l'autorité médicale est incarnée par le médecin qui est, par son statut professionnel et la légitimité sociale dont il bénéficie, le plus à même d'établir un diagnostic et assurer le suivi médical d'un patient » (Lamy, 2017, p. 43). Selon Marie-Andrée Bertrand, l'aidant (c'est-à-dire le médecin ou l'infirmier praticien dans notre cas), « est une personne en situation de pouvoir » (Bertrand, 1981, p. 6). Bien que ce dernier soit limité par la loi, l'aidant dispose d'un pouvoir discrétionnaire dans l'interprétation de celle-ci ainsi que d'une protection pour pouvoir tuer une autre personne : « Ne commet pas un homicide coupable le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir à une personne en conformité avec l'article 241.2 » (L.R.C. (1985), ch. C-46, art. 227(1)). Nous pouvons remarquer que la relation entre le médecin et son patient est caractérisée par une forme d'inégalité puisque le médecin est celui qui possède la connaissance médicale qui lui confère une forme de pouvoir sur le souffrant. Le médecin s'impose ainsi comme « une figure d'autorité » (Lamy, 2017, p. 43) vis-à-vis de son patient. Toutefois, il ne peut prendre de décision sans l'aval de son patient. C'est pourquoi dans une « situation d'interaction, l'intercompréhension et la collaboration patient-médecin sont fondamentales » (*ibid.*), elles permettront au patient de donner une forme de légitimité à l'autorité du professionnel de la médecine, mais également de légitimer « le choix du parcours de soin » (*ibid.*). L'arrivée d'Internet a permis l'échange d'informations qui ont été bénéfiques autant pour les patients que pour les médecins, notamment pour renforcer l'implication du patient dans son parcours de soins et pour « garantir la véracité des informations » (*ibid.*). Cependant, on constate sur les forums de discussions la remise en cause de « l'autorité médicale (du médecin, de l'institution) et l'autorité de l'information médicale » (*ibid.*). Les membres de forums parlent de leurs expériences et de la confiance qu'ils perdent en leur médecin au point parfois de « douter des compétences » (*ibid.*), impression souvent due ou consécutive à un sentiment d'abus d'autorité de la part du médecin à l'égard du malade. De plus, certains malades attendent de leur médecin une attitude compassionnelle qui n'est pas en accord avec « la réalité des pratiques médicales – des discours, des actes, des attitudes – qui nécessitent de la part des médecins une prise de distance et une objectivation de la

maladie » (*ibid.*). Toutefois, ces discussions sur les forums sont aussi bénéfiques aux médecins puisque certains « sont valorisés pour leurs pratiques et leur humanité » (*ibid.*). Finalement, les membres des forums permettent, par leur discussions, « d’humaniser la maladie, la désacraliser [...], la comprendre » (*ibid.*). En fait, les discours ne cherchent pas à décrédibiliser l’autorité médicale, mais ils constituent « une soupape de décompression » souvent nécessaire dans ces périodes difficiles de maladie. Nous observons une perte de légitimité de la médecine qui est remise en cause notamment par « la religion, le sentiment d’auto-efficacité, la subjectivité des perceptions souvent alliée à la « connaissance » préalable de la maladie par le patient et les pratiques informelles » (*ibid.*). Selon Lamy, les nouvelles technologies ont contribué à « cette mise à distance/relativisation de l’information médicale donnée par le médecin » (*ibid.*). Cette remise en question n’est pourtant pas totale. Effectivement, Quinio rappelle que les domaines de la santé ne sont pas à la portée de tous et, donc, les personnes « s’en remettent aux instances scientifiques et médicales » (Quinio, 2012).

Il est vrai que dans la relation entre le médecin et son patient, le médecin dispose davantage de connaissances sur le sujet qui les rassemble, à savoir la maladie, que le malade. De plus, le médecin doit pouvoir exercer en dehors de tout contexte émotionnel. Certains considèrent qu’une loi dans laquelle « le crime (meurtre prémédité) » (Bacqué, 2001, p. 115) est condamné ne devrait pas autoriser des exceptions, comme pour un médecin d’aider son patient à mourir. Sans quoi, cela continuerait « d’entretenir l’illusion d’un médecin ou d’un soignant au-dessus de la loi » (*ibid.*). L’auteure ajoute que l’euthanasie offre aux professionnels de la médecine « ce pouvoir traditionnel de vie et de mort sur leurs malades » (*ibid.*), rassurés par la loi qui les déresponsabilise.

Section 8 : Relations entre le médecin et l’entourage du patient

Il nous semble important également d’aborder la question des proches du patient. En effet, bien que le secret médical soit de mise, les proches du patient seront à un moment ou à un autre concernés par la décision du malade de recevoir l’aide médicale à mourir. Dès lors, la question du deuil semble importante à mettre en évidence. Le deuil fait partie du processus d’acceptation de la mort d’un proche. Bien que nous soyons tous voués à mourir, le processus par lequel nous mourons peut

différer, notamment lorsqu'il est question d'euthanasie ou de suicide assisté. Ainsi, selon certains auteurs, « le fait de choisir de finir ses jours par le biais de l'aide médicale à mourir dépasse le seul décès de la personne concernée par la procédure, mais va teinter l'accompagnement de fin de vie des proches » (Ummel, 2020). Il n'est pas rare qu'une personne en fin de vie demande à retourner à son domicile durant les derniers jours de sa vie. Lors d'un décès par euthanasie, le patient peut « choisir de nombreux détails des derniers jours à venir » (*ibid.*) tels que la décoration ou la musique par exemple. De plus, ces personnes ne meurent que rarement seules. Bien que ces derniers moments soient extrêmement éprouvants, les malades sont souvent accompagnés de leurs proches jusqu'à leur dernier souffle (*ibid.*). L'auteure établit la distinction entre les familles dans lesquelles le choix de l'aide médicale à mourir n'est pas discuté et celles où le choix prête à discussion. Dans le premier cas, la situation s'avère souvent particulièrement compliquée pour le personnel médical qui, déontologiquement, est garant du secret médical, mais qui doit accompagner les proches, souvent secoués au moment du décès (*ibid.*). Plus fréquemment, on retrouve des familles dans lesquelles le choix est discuté, ce qui permet aux proches de se préparer au décès. Cette période d'attente sert également « de prétexte pour aborder des éléments rationnels plus intimes, revenir sur des regrets, des conflits, demander pardon ou pardonner » (*ibid.*) bien que ça ne soit pas toujours le cas. Le geste de la mort n'est pas un geste anodin et il est compliqué d'anticiper la réaction des proches face à cette annonce. Néanmoins, un élément important est « le partage des valeurs » (*ibid.*) concernant la mort médicalement assistée entre la personne malade et ses proches. Si les valeurs ne sont pas partagées, la communication peut s'avérer compliquée et les relations pourraient même se détériorer et rendre difficile l'acceptation et le deuil. Dans tous les cas, l'annonce provoque un chamboulement psychologique pour les proches qui doivent apprendre à vivre en sachant que l'aide médicale à mourir sera prochainement donnée. Pour les plus proches parents, il arrive souvent qu'ils accompagnent et soient présents jusqu'au décès, selon la volonté du malade (*ibid.*). Concernant les études réalisées autour du processus de deuil, certains résultats ne montrent pas de différences significatives entre le contexte plus classique et celui de mort médicalement assistée, hormis que les proches apprécient particulièrement pouvoir dire « au revoir à leur proche » (*ibid.*). De plus, les proches sont sensibles à « la possibilité pour la personne en fin de vie d'éviter de longues souffrances et de retrouver un certain sentiment de

contrôle sur sa vie par le biais de la mort assistée » (*ibid.*). Cela leur faciliterait le deuil et l'acceptation.

Conclusion

À partir de ce que nous venons de voir, nous observons que de nombreuses études ont été réalisées avec du personnel médical notamment parce que les soignants font partie des premiers concernés du processus d'aide médicale à mourir. Cependant, dans la littérature, aucun article ne questionnait la légitimité pour les médecins de réaliser cet acte. En effet, les auteurs abordent beaucoup la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, et bien que tous les résultats ne s'accordent pas sur ce point, tous semblent reconnaître que si légalisation il y a, c'est au médecin que revient la responsabilité de ces actes. Néanmoins, après une première lecture des mémoires qui constituent notre empirie, nous remarquons que les auteurs n'étaient pas nécessairement d'accord avec les médecins praticiens de l'aide médicale à mourir et émettaient parfois de vives critiques à leur égard. De plus, comme nous avons déjà pu le voir, la médecine est en perte de légitimité depuis plusieurs années, notamment avec l'évolution d'Internet. Ainsi, nous nous demandons *Pourquoi l'Etat ne s'intéresse pas plus à la figure du médecin qui semble pourtant assez controversée dans les mémoires ?*

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce troisième chapitre sera consacré à la méthodologie de notre recherche. Tout d'abord, les données empiriques auxquelles nous avons eu accès, par ailleurs matériau empirique étudié dans le chapitre suivant, retiendront notre attention, avant que cette dernière se porte sur les choix méthodologiques appliqués, en l'occurrence la théorisation ancrée telle que présentée par Anne Laperrière. regard se portera sur les choix méthodologiques appliqués : la théorisation ancrée telle que présentée par Anne Laperrière. Afin que notre recherche s'avère la plus claire et transparente possible, l'étape suivante présentera la position du chercheur vis-à-vis de l'aide médicale à mourir, conscients que nous sommes de l'inévitable impact de la subjectivité d'un chercheur sur l'objet de sa recherche. Finalement, sachant que toute recherche possède des limites, ce sont celles apparues au fil de notre travail qui seront examinées.

Section 1 : Présentation des données empiriques

Après le dépôt du projet de loi visant à modifier le Code criminel sur les dispositions de l'aide médicale à mourir, mais avant le vote et la sanction de celui-ci, les Canadiens ont eu l'occasion de donner leur avis à son sujet. Les documents produits sont appelés des mémoires et sont déposés au Comité permanent de la justice et des droits de la personne⁶, dans lesquels des citoyens en leur nom, ou au nom d'un organisme⁷, donnent leur opinion sur l'aide médicale à mourir et sur les modifications du projet de loi. Ils partagent également leurs expériences respectives sur ces pratiques ainsi que leur rapport à l'aide médicale à mourir. À travers ces mémoires, ces citoyens se positionnent donc sur le projet de loi et, parfois, proposent des modifications qui répondent à leurs intérêts et leurs valeurs. Ainsi, ces mémoires consistent en une réponse au projet de loi C-7 visant à modifier le Code criminel canadien sur les dispositions concernant l'aide médicale à mourir.

On dénombre pas moins de 108 mémoires qui oscillent entre une demi-page pour les plus courts et une trentaine de pages pour les plus longs. Pour 76 d'entre eux,

⁶ « Il examine les projets de loi, les politiques, les programmes et les dépenses du ministère de la Justice et des six organismes fédéraux qui relèvent de son portefeuille » (*JUST - Accueil - Chambre des communes du Canada*, s.d.).

⁷ Terme défini comme un « ensemble organisé » ou un « ensemble de services affectés à une tâche » (Le Robert en ligne, s.d.-a). Ce terme est susceptible d'être modifié.

les auteurs sont les citoyens qui s'expriment en leur nom propre. Ils se présentent comme des médecins, des juristes, ou encore en tant que citoyens concernés, interpellés par l'Aide médicale à mourir. Les 32 restants ont été rédigés par des citoyens au nom d'un organisme. Ces organismes peuvent être professionnels en droit (avocats, juristes, notaires), en médecine (médecins, psychiatres), en infirmerie ou encore en recherche. Nous observons des organismes, que nous nommerons : engagés dans une cause telle la défense de certains droits, des organismes féministes ou encore religieux. Enfin, certains de ces organismes se situent à cheval entre ces deux catégories, ils sont à la fois engagés et professionnels comme c'est le cas de l'Association nationale des infirmiers catholiques par exemple.

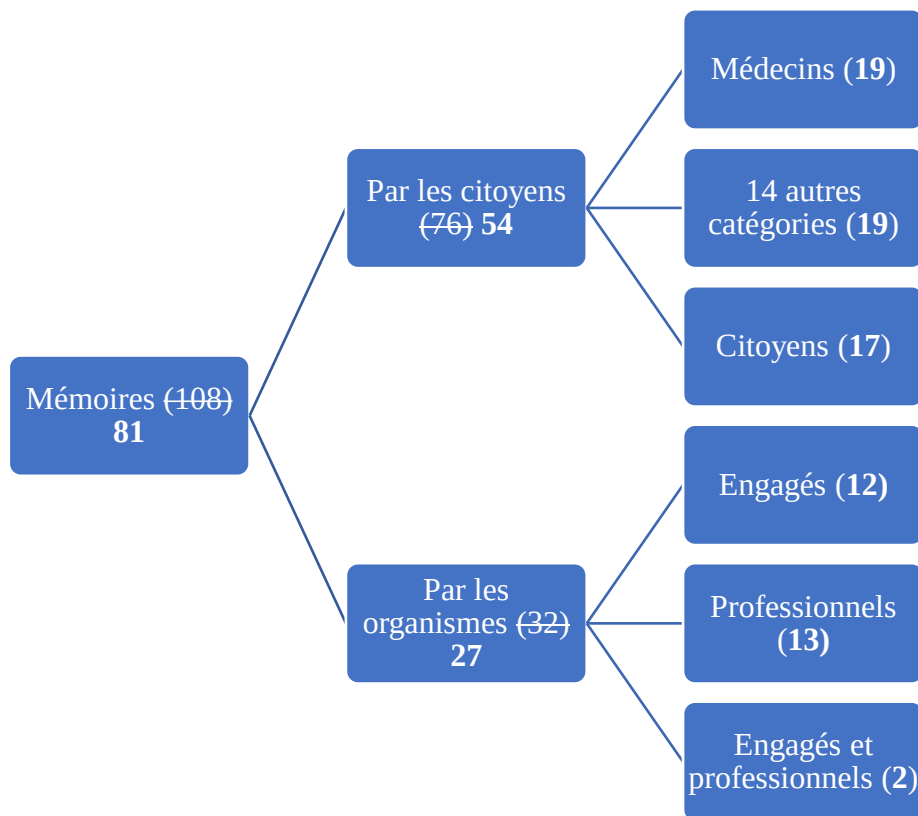
Ces chiffres ne sont livrés qu'à titre indicatif, en effet, dans l'analyse de ces mémoires, seuls les arguments donnés nous importent. Nous n'accordons pas d'intérêt à la quantité des arguments, mais bien aux arguments mobilisés eux-mêmes. Par souci de transparence, les profils des divers rédacteurs seront exposés. Toutefois, l'attention que nous accordons aux arguments émis ne dépend absolument pas de ces profils. Peu importe la manière dont ce dernier se présente, nous considérons tous les arguments en lien avec notre problématique comme dignes d'intérêt. Ainsi notre unité d'analyse est l'argument en tant que tel, et les chiffres que nous mobiliserons dans ce chapitre de méthodologie n'interviendront pas dans l'analyse. Nous les pensons seulement utiles afin de présenter notre matériel empirique et avoir une vision du panel des mémoires que nous étudions.

Section 2 : Sélection des mémoires

Tous les mémoires n'ont pas retenu notre attention. En effet, après une première lecture de l'ensemble de ceux-ci, nous avons découverts que de nombreux thèmes en ressortaient. Nous nous sommes rendu compte que certains d'entre eux ne pourraient nous aider à répondre à notre question de recherche à savoir : *Comment les Canadiens se représentent le médecin praticien de l'aide médicale à mourir ?* Ainsi, cette première lecture nous permet de sélectionner 54 mémoires au nom des citoyens et 27 au nom des organismes. Parmi eux, l'ensemble des mémoires que nous avons classés dans la catégorie « engagés » a été pris en considération et, enfin, parmi les mémoires dits « professionnels », 13 nous sont apparus pertinents pour répondre à notre question de recherche. Parmi les mémoires écrits par les citoyens, 55 ont retenu notre attention et

ont été classés dans diverses catégories : 19 dans celle des médecins, parmi lesquels nous avons inclus les médecins de famille, les psychiatres, les oncologues, les prestataires et évaluateurs d'aide médicale à mourir, les spécialistes des soins intensifs ainsi que des spécialistes des soins aux personnes âgées, les médecins ayant une expertise médico-légale et, enfin, nous avons glissé dans cette catégorie la personne qui se présente comme infirmière. Les 15 autres catégories que nous avons créées dépendent de la manière dont les citoyens se sont présentés. Parmi eux, 2 auteurs ont un proche qui a reçu l'aide médicale à mourir, 2 sont avocats, 2 autres encore sont chercheurs en la matière et 2 se présentent comme chrétiens. À cette liste, s'ajoutent un professeur en gestion des ressources humaines, un député, une personne ayant soutenu quelqu'un à recevoir l'aide médicale à mourir, une citoyenne travaillant avec des personnes handicapées et dont le fils souffre d'un trouble du développement. Nous avons également répertorié dans cette catégorie une citoyenne ayant des proches malades sans qu'elle précise si les proches en question sont demandeurs de l'aide médicale à mourir, un malade demandeur de l'aide médicale à mourir, une Canadienne qui se dit chrétienne, mère et enseignante, deux personnes handicapées se disant inquiètes et préoccupées. Cette seconde catégorie se complète d'une citoyenne se définissant comme concernée et d'une dernière particulièrement préoccupée. Nous avons aussi regroupé 17 individus, citoyens lambdas, ne livrant aucune indication particulière sur eux-mêmes. Dans le cas présent, nous ne pouvons parler d'une forme d'échantillonnage puisque nous avons sélectionné les mémoires les plus pertinents pour répondre à notre question de recherche. Pour rappel, dans notre recherche, la pertinence des mémoires dépend des sujets abordés par les auteurs et non pas du profil de ces derniers bien qu'inévitablement certains arguments sont liés aux personnes elles-mêmes. Ainsi, au total, nous avons dépouillé 81 mémoires adressés au Comité permanent de la justice et des droits de la personne et publiés entre le 5 novembre et le 15 décembre 2020. Pour rappel, le projet de loi C-7 a reçu la sanction royale le 17 mars 2021.

Tableau de la sélection des mémoires



Section 3 : Choix méthodologiques

En 1967, Glaser et Strauss développent une méthodologie qu'ils ont nommée *grounded theory*. Pas vraiment nouvelle, cette méthodologie de recherche a surtout été formalisée par Glaser et Strauss à partir de leurs observations des pratiques d'analyse de différents chercheurs. En effet, elle était déjà inconsciemment utilisée par les chercheurs : « elle n'a donc pas été inventée ou créée, mais résulte plutôt de la formalisation d'un existant » (Lejeune, 2019a, p. 21). Bien que nommée « théorisation ancrée », elle n'est pas une véritable théorie. Il s'agit bien d'une méthode, une technique de production d'une théorie. En effet, la *grounded theory* vise à élaborer une nouvelle théorie à partir des résultats empiriques. Selon Lejeune, la théorisation ancrée a deux objectifs impératifs : « (1) rendre compte du matériau empirique et (2) créer de nouvelles théories » (Lejeune, 2019a). Il est évident que parvenir au résultat de la création d'une nouvelle théorie au terme d'un mémoire de master est un objectif sûrement fort ambitieux. En effet, produire une théorie « implique de hisser à un certain niveau de généralité et d'abstraction l'analyse qui est faite des phénomènes étudiés ».

dans le contexte de l'enquête » (Paillé, 2017). Néanmoins, les premières étapes proposées dans cette méthodologie nous semblent parfaitement adaptées pour notre recherche.

De plus, cette méthodologie a la particularité de permettre une double analyse. D'une part, une analyse thématique qui est exclusivement consacrée à la découverte des différents thèmes présents dans les données empiriques. Cette thématisation constitue en « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et, ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé & Mucchielli, 2021), dans notre cas, la figure accordée au médecin praticien de l'aide médicale à mourir. D'autre part, une analyse qui se penche sur la manière dont les choses sont formulées, ce qui signifie que l'on s'intéresse aux explications données ainsi qu'aux affects. Un autre élément intéressant de cette méthodologie est qu'elle s'attarde aussi bien sur les invariants que sur les variants (Laperrière, 1997). En effet, elle « vise à faire ressortir tour à tour les similitudes et les contrastes entre les données » (*ibid.*), ainsi la comparaison s'avère centrale dans cette méthodologie.

L'une des particularités de la théorisation ancrée est qu'elle « consiste à procéder d'abord de manière rigoureusement méticuleuse, avant de passer à un type de travail plus sélectif, de poursuivre des pistes et d'en abandonner d'autres » (Paillé, 2017). Grâce à ses caractéristiques, l'analyse par théorisation ancrée nous semble être particulièrement adaptée à notre question de recherche. En effet, cette méthode « convient à toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive. A contrario, elle convient moins aux questions tentant d'expliquer ou de déterminer les causes d'éléments factuels » (Lejeune, 2019a). Notre analyse s'inscrit donc dans une méthodologie inductive cherchant, dans un premier temps, à faire émerger les thématiques et sous-thématiques abordées par les auteurs. Selon Laperrière (1997), cette méthode d'analyse vise donc plus la découverte que la vérification.

Au fil des lectures, deux principales manières d'appliquer cette méthodologie sont apparues. La première est expliquée par Anne Laperrière et la seconde, plus « morcelée », par Pierre Paillé. Après une brève description de ces deux modes

d'application, nous expliciterons plus amplement celui que nous avons choisi pour notre recherche.

Paillé décompose la méthode en 6 étapes successives. La première consiste en « **l'examen phénoménologique ou descriptif des données** » (Paillé, 2017). Il s'agit de « s'imprégner de ce qui se présente, tel que cela se présente, comme cela se présente » (*ibid.*). L'auteur précise que la posture épistémologique s'applique à des données concernant « la conscience des personnes » (*ibid.*) souvent issues d'entretiens tandis que la posture descriptive concerne « les notes d'observation [qui] rapportent ce que font des personnes ou des groupes » (*ibid.*). La seconde étape est « **l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes** » (*ibid.*). Paillé mentionne que certaines catégories conceptualisantes perdront de leur intérêt au fur et à mesure de l'analyse tandis que d'autres « montent en grade en cours d'enquête » (*ibid.*). La troisième étape de l'analyse des données se traduit par la mise « **en relation des catégories et propriétés** » (*ibid.*) que nous avons découvertes de manière empirique en recherchant « des liens strictement à l'intérieur des données » et en les reliant à une thématique plus englobante. Les propriétés sont les éléments que nous reconnaissons qui permettent d'établir un passage dans telle ou telle catégorie spécifique. En guise de quatrième étape, Paillé parle de « **l'intégration analytique de l'ensemble** » (*ibid.*) qu'il étudie en même temps que la cinquième étape « **la modélisation des phénomènes émergents** » (*ibid.*), car il les considère comme « intimement liées » (*ibid.*). Le but final idéal étant d'arriver à une théorisation, la méthodologie nécessite d'affiner les thématiques et de les conceptualiser.

Selon l'auteur, l'analyse « doit se limiter à la modélisation de quelques paramètres, voire à un phénomène central [...] autour duquel gravitent les principales découvertes effectuées. Toutefois, il peut arriver que le chercheur n'identifie pas une catégorie centrale, mais qu'il retienne des « axes porteurs » (*ibid.*). C'est ce que permet de réaliser l'intégration analytique de l'ensemble » (*ibid.*). La modélisation permet de mettre en évidence « sous une forme simplifiée, mais instructive, ce qui se vit et ce qui se passe dans la situation étudiée » (*ibid.*). Pour terminer, la phase finale est « **la consolidation de la théorisation** » (*ibid.*) qui vise à « mettre à l'épreuve la théorisation en cherchant volontairement à la mettre en faute, en accordant un intérêt particulier aux cas négatifs [...], en investiguant une dernière fois des scénarios alternatifs, en se faisant l'avocat du diable face à une théorisation qui serait trop angélique » (*ibid.*).

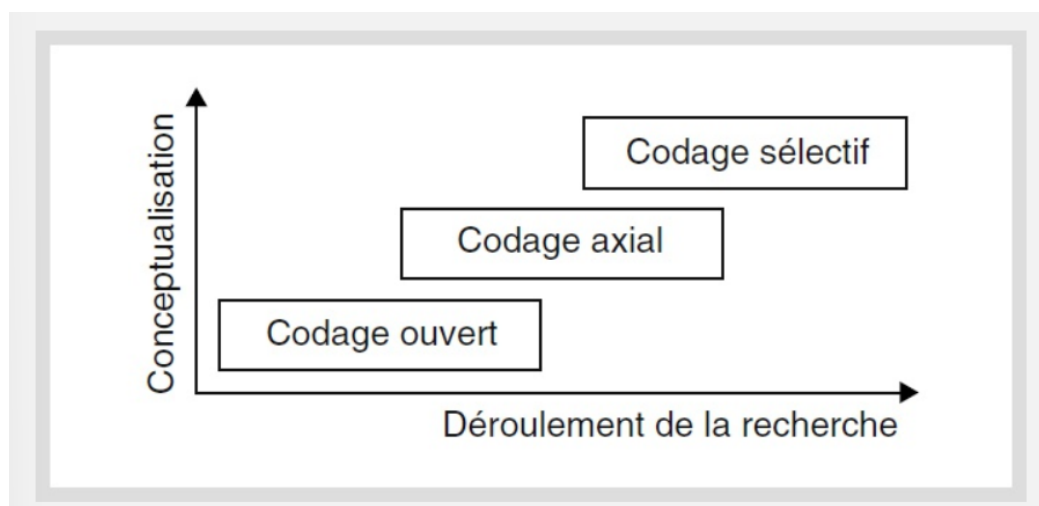
À partir de l'article de Laperrière, nous avons pu constater une autre manière d'appliquer la théorisation ancrée. Selon elle, la théorisation ancrée consiste en 3 grandes étapes :

- 1) Le codage ouvert ;
- 2) le codage axial ;
- 3) le codage sélectif.

Premièrement, **le codage ouvert**, vise à attribuer une étiquette, un code aux diverses parties du texte sur ce qui se dit. Le chercheur « doit faire émerger des données le plus grand nombre de concepts et de catégories possible » (Laperrière, 1997, p. 317). Ainsi, le chercheur s'immerge dans son matériau empirique et découvre les « caractéristiques des phénomènes analysés. Ces caractéristiques s'appellent des propriétés » (Lejeune, 2019b). Cette première étape est le moment des « premiers contacts avec le matériau » (Lejeune, 2019a). La seconde étape est **la codification axiale** dans laquelle on s'adonne « à établir des relations entre les catégories dégagées » (Laperrière, 1997, p. 319). Lejeune dira que le chercheur « vise l'articulation, deux à deux, de ces propriétés » (Lejeune, 2019b). Mettre en lien les propriétés et dimensions permet d'accéder à la compréhension du phénomène. Enfin, la troisième et dernière étape est **le codage sélectif**, le chercheur « vise l'intégration finale de la théorie par rapport à une catégorie centrale [...] au cœur du phénomène et le synthétise en quelques phrases » (Laperrière, 1997, p. 320). Il faut pouvoir regrouper dans cette catégorie centrale un grand nombre de données. Cette étape de codage « intègre, peaufine et systématise la théorie » (Lejeune, 2019b). Laperrière ajoute que le chercheur qui adopte la théorisation ancrée s'intéresse aux acteurs sociaux dans leur « univers social » (Laperrière, 1997, p. 312), mais les contextes microsocial et macrosocial doivent également être pris en compte.

Quelle que soit l'application privilégiée, les auteurs mentionnent que l'ordre des étapes est important puisqu'elles correspondent « à des étapes de progression analytique logiques dans une optique de théorisation progressive et bien ancrée de données d'enquête qualitative » (Paillé, 2017). Néanmoins, les auteurs sont d'avis de dire que ces étapes se chevauchent comme le montre Lejeune (2019) par ce graphique reprenant les étapes proposées par Laperrière :

Tableau de chevauchement des codages ouvert, axial et sélectif (Lejeune, 2019)



Paillé, quant à lui, explique que les étapes se « superposent pendant un certain temps et [...] comprennent des retours en arrière constants. La séquence des opérations n'est ni linéaire ni unidirectionnelle » (*ibid.*). En effet, il parle d'une démarche itérative, c'est-à-dire que « plusieurs va-et-vient sont effectués entre analyse et lecture ou analyse et écriture, entre problématisation et théorisation, entre collecte et analyse des données » (*ibid.*).

Dans le cadre de notre analyse, nous avons privilégié l'application de la théorisation ancrée proposée par Anne Laperrière. La prochaine section vise à montrer la manière dont nous avons appliqué ces trois codages pour notre analyse.

Section 4 : Application de la théorisation ancrée

Comme nous l'avons déjà vu, dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas effectué d'échantillonnage, mais avons pris en considération l'ensemble des mémoires qui peuvent nous aider à répondre à notre question de recherche. Laperrière note que l'échantillon de départ peut être modifié selon la manière dont évolue la recherche. Bien que de nombreuses recherches par théorisation ancrée utilisent des entretiens ou des données d'observation, il est possible d'utiliser tout type de document qui permet « au chercheur de mieux comprendre ou cerner le phénomène à l'étude » (Laperrière, 1997, p. 314). Les mémoires que nous étudions ont été écrits et rendus disponibles sur le site de la Chambre des communes du Canada⁸, dès lors, nous n'avons pas eu de collecte à proprement parler. Cependant, nous avons dû opérer une sélection

⁸ <https://www.noscommunes.ca/Committees/fr/JUST/StudyActivity?studyActivityId=10983212>

des mémoires. Après en avoir lu la totalité, nous nous sommes aperçus de la variété des discours qualifiant la figure du médecin. Cela nous a permis de faire évoluer notre problématique. Au terme d'une seconde lecture, nous avons sélectionné les mémoires qui abordaient notre sujet de recherche. Telle pourrait être une forme de collecte de nos données.

La théorisation ancrée vise la saturation empirique. Cette dernière est le moment où l'ajout d'un nouveau mémoire ne ferait plus « la différence relativement à la théorisation progressivement élaborée » (Paillé, 2017). Cependant, du fait de la forme de nos données empiriques ainsi que du temps dont nous disposons, il est sûrement difficile d'atteindre cette saturation empirique. Bien qu'au fil des mémoires, de nombreux arguments reviennent à de multiples reprises, nous ne pouvons affirmer être dans un cas de saturation théorique, mais nous tendons à nous en approcher le plus possible.

I. Codage ouvert

Cette première étape est la plus exhaustive. Ainsi, après la sélection des mémoires les plus pertinents pour répondre à notre question de recherche, nous avons opéré le premier temps de la codification ouverte. Il s'agit de coder l'ensemble des incidents ou unités. Afin de rester au plus proche des données, nous avons essayé d'utiliser le vocabulaire repris dans les mémoires. Chaque incident doit être associé à un concept ou plusieurs (Laperrière, 1997, p. 318).

Nous avons donc fait émerger de nombreuses thématiques telles que le devoir des médecins, la fin de la médecine, d'autres parlent plutôt de la transformation de la médecine, de la perte d'intérêt du serment d'Hippocrate, des responsabilités, de l'éthique ou encore des risques pour les médecins notamment lorsqu'un médecin se montre consciente du risque d'emprisonnement si elle outrepassé les compétences données par la loi. Nous avons également constaté que de nombreux auteurs abordaient des sujets tels que la discrimination à l'égard des personnes vulnérables en liant celle-ci à la valeur de la vie. Effectivement, des auteurs disent que beaucoup de médecins considèrent que la vie de certains patients atteints d'une grave maladie, vieux ou encore handicapés ne vaut plus la peine d'être vécue. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, un médecin raconte que l'un de ses collègues questionne la raison pour laquelle il cherche à soigner quelqu'un de *si vieux* (Drijber Philip).

D'autres auteurs considèrent que parmi les médecins praticiens de l'aide médicale à mourir, certains ont une volonté de tuer, ce que ces auteurs ajoutent à la question de crime et de pressions vécues par les patients. De multiples auteurs craignent également des risques d'abus notamment mis en lien avec la perte de confiance, les relations entre le médecin et son patient ou avec les proches de ce dernier. Il ressort également des mémoires une peur de voir se développer un commerce de la mort notamment avec la publicité pour l'aide médicale à mourir. Pour d'autres, il s'agit d'une culture de la mort. Cette dernière deviendrait un outil contre la souffrance. Il ressort que les médecins, reconnus par la loi comme les experts, ont un grand pouvoir discrétionnaire dans leur interprétation de la loi, ce qui contribue à augmenter le sentiment d'insécurité des patients. Nous observons un discours autour de la demande d'accès aux soins palliatifs.

Nous constatons également une forme d'empathie pour les médecins pour lesquels les auteurs des mémoires requièrent la protection de leur liberté de conscience. En effet, ils veulent que les médecins aient réellement le choix de pratiquer ou non, de près ou de loin, le suicide assisté et l'euthanasie volontaire. Ils montrent également que les médecins font face à de nombreuses difficultés et un fort sentiment d'impuissance et parfois d'insécurité. Enfin, nous voyons apparaître également une reconnaissance pour les médecins ainsi que la compassion dont ils peuvent faire preuve dans le travail de tous les jours.

Laperrière explique que la seconde partie du codage ouvert « consiste à spécifier les propriétés et dimensions des concepts ». En fait, il s'agit de comparer les incidents, les situations entre eux et de regrouper, sous des concepts un peu plus généraux, ceux que l'on considère similaires. Nous avons par exemple regroupé sous le concept « transformation de la médecine », différents incidents tels que les questions autour du Serment d'Hippocrate qui reviennent à de nombreuses reprises ou encore les propos véritablement relatifs à la fin de la médecine. Nous y avons également intégré le concept « d'outil contre la souffrance » qui inquiète de nombreux auteurs qui affirment que le médecin est passé du statut de guérisseur à celui de tueur professionnel. Les différents arguments concernant l'intégration de l'aide médicale à mourir dans les études de médecine nous sont apparus pertinents pour le concept plus général de transformation de la médecine. Enfin, nous y avons inclus les notions de culture et de commerce de la mort par lesquelles, la médecine se verrait profondément transformée.

Selon certains, l'aide médicale à mourir *contrevient à la définition la plus élémentaire de la médecine* (Fedele Danielle), soigner (et parfois sauver) les malades.

Le second concept plus général que nous avons choisi est celui de la confiance. Nous observons une perte de confiance des auteurs des mémoires envers les professionnels de la médecine. L'élargissement des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir inquiète les citoyens qui, pour beaucoup, sont effrayés des possibles abus que pourraient entraîner le pouvoir (légalement autorisé et socialement accepté) de tuer de certains médecins. Dans ce concept de confiance, nous estimons pouvoir ajouter les éléments portant sur la relation entre le médecin et son patient ou avec les proches de ce dernier. Les auteurs argumentent que ces relations se détériorent à cause de la légalisation de l'euthanasie volontaire et du suicide assisté. Toutefois, certains patients ont une totale confiance en les professionnels de la médecine, qu'ils considèrent parfois comme leurs héros.

Ensuite, il s'est avéré pertinent de regrouper les thèmes concernant la discrimination, la victimisation et la protection. Selon de nombreux auteurs, en tant que personnes vulnérables, les malades, en particulier les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie mentale ainsi que celles porteuses d'un handicap, se voient souvent discriminés par les médecins. Les auteurs parlent d'un *risque de mort injustifiée* (Savage Luke) pour les personnes les plus vulnérables. Nous y intégrons également les propos concernant la valeur de la vie. En effet, pour de multiples auteurs, le personnel médical considère que des vies caractérisées par la dépendance et l'incapacité valent moins la peine d'être vécues que d'autres. Par contre, selon une médecin, c'est la personne elle-même qui peut dire si sa vie vaut la peine d'être vécue ou non. Il arrive souvent que les malades se perçoivent comme des fardeaux pour leur entourage. Parmi les victimes, nous observons également que les médecins sont parfois considérés comme des victimes du projet de loi et de ses conséquences.

En guise de quatrième concept, nous avons sélectionné celui de la conscience en y incluant les incidents en lien avec l'éthique et la conscience professionnelle des médecins. La volonté de liberté de conscience du personnel médical revient de manière régulière dans les arguments développés par les auteurs des mémoires. Les situations dans lesquelles les médecins pointaient les responsabilités qu'implique ce projet de loi relatif à l'aide médicale à mourir ont également été placées dans ce concept.

Pour terminer, le dernier concept est celui de la peur et de l'insécurité. Nous observons une forme de peur des médecins. En effet, ils sont considérés par la loi comme les experts et sont les seuls à qui est accordé le pouvoir légal de tuer. Cela fait peur à de nombreux citoyens qui perçoivent une forme de fanatisme de la mort chez les médecins et pensent que ces derniers veulent tuer. Un citoyen affirme qu'il préfère rester chez lui s'il tombe malade que de devoir se rendre à l'hôpital de peur qu'un médecin lui conseille de mourir. Les auteurs des mémoires ont peur de voir l'aide médicale à mourir devenir une norme parmi les soins offerts, au même titre que tout autre soin.

II. Codage axial

Dans cette seconde étape, il s'agit d'élaborer des liens, « établir des relations entre les catégories dégagées » (*ibid.*). Au fil de notre analyse, nous observons diverses représentations du médecin. En effet, beaucoup d'arguments démontrent une forme de peur des professionnels de la santé. Les praticiens de l'aide médicale à mourir nous semblent souvent décrits comme des tueurs, des monstres dont la volonté est de tuer les personnes les plus vulnérables. Divers discours montrent également le médecin comme une victime qu'il vaudrait mieux protéger, dont il faudrait prendre en considération l'opinion et à qui il faudrait donner plus de liberté.

Nous décelons aussi, une vision héroïque du médecin. Une auteure qui est médecin raconte que l'un de ses patients la remercie de l'aide à mourir en lui disant « qu'elle est son héroïne ». En créant des liens entre nos différents concepts ressortis de la première codification, nous observons des discours très distincts sur la figure du médecin praticien de l'aide médicale à mourir.

Ainsi, nous avons repensé nos catégories conceptuelles à partir de ces trois éléments : le médecin tueur, le médecin victime et le médecin héros.

III. Codage sélectif

La dernière étape de la théorisation ancrée vise à intégrer une théorie à nos données. Dans l'étape précédente, trois grands discours distincts relatifs à la figure du médecin praticien de l'aide médicale à mourir ont vu le jour. Dans notre analyse, quatre catégories ont surgi, dont la première, très descriptive, appelée « Transformation de la médecine » ne mobilise pas de théorie. Toutefois, la présenter avant d'approfondir

notre étude semble pertinent. En effet, en étudiant la figure du médecin praticien de l'aide médicale à mourir, il est difficile de ne pas mentionner les très nombreux arguments concernant la transformation de la médecine en elle-même. L'aide médicale à mourir a pris une place importante dans la pratique de nombreux professionnels, mais elle modifie également la médecine puisque pour la première fois, il est légalement autorisé qu'un médecin tue son patient, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances intolérables. La seconde phase de notre analyse s'est divisée en trois grandes parties : tueur, victime et héros comme nous le découvrons au stade du codage axial. Ainsi, nous avons structuré notre analyse autour de ces trois éléments centraux. Nous avons donc regroupé dans ces trois catégories l'ensemble des étiquettes pertinentes pour répondre à notre question de recherche. Par ces catégories, nous essayons de comprendre les manières dont les auteurs des mémoires analysés se représentent les praticiens de l'aide médicale à mourir. En principe, afin d'appliquer parfaitement la théorisation ancrée, nous devrions faire émerger notre propre théorie. Cependant, comme nous l'avons déjà précisé, il est difficile dans le cadre d'une mémoire de master d'entreprendre un tel objectif de recherche.

Section 5 : Posture épistémologique

En tant qu'enjeu sociétal, l'aide médicale à mourir (euthanasie et suicide assisté) est discutée depuis une vingtaine d'années à travers l'occident. Comme nous l'avons déjà vu, elle est loin de faire l'unanimité dans les pays où elle est pratiquée et elle apparaît comme un enjeu qui évolue avec le temps. Pour ces raisons, cette recherche se positionne dans une perspective constructiviste modérée. Cela signifie que nous considérons le réalisme du geste (l'acte de tuer), mais qu'il y a une construction de la définition et de l'appréciation du geste dont il faut aussi tenir compte. Cette dernière a une influence sur la réaction que l'on donne à ce geste. Effectivement, la perspective constructiviste considère que « la criminalité (ou la déviance) apparaît alors comme une réalité construite par notre manière de définir certaines situations (Pires, 1993, p. 130), selon Pires,

« il est légitime de dire que lorsque quelqu'un donne la mort à quelqu'un d'autre, il le tue réellement. On peut même porter un jugement de valeur et dire que cet acte est immoral. Mais son auteur n'est pas pour autant un criminel (au sens moderne du terme) s'il n'existe pas une pratique

sociétaire qui puisse éventuellement lui être appliquée et qui l'objective comme tel » (*ibid.*).

Ainsi, l'aide médicale à mourir était un crime uniquement par le fait que la loi criminelle canadienne était dotée d'articles qui punissaient tout médecin qui aidait son patient à mourir. Le crime n'est donc pas l'acte en lui-même, mais « le rapport entre une manière de faire et une manière de définir-agir-résoudre une situation problématique » (*ibid.*). Actuellement, au Canada, en considérant un patient qui répond à l'ensemble des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir, il n'est plus considéré comme un crime, pour un médecin, de fournir ou administrer⁹ une substance létale à son patient, à la demande de ce dernier, pour qu'elle mette fin à ses souffrances. Pires dit que « le crime en tant que tel n'existe pas matériellement en dehors d'une pratique sociétaire qui l'informe comme crime » (*ibid.*). On s'intéresse aux changements qui permettent de redéfinir un crime en acte légalement autorisé et socialement accepté selon certaines règles. Nous observons une transformation de la réaction sociale généralisée au fait d'aider quelqu'un à se donner la mort.

Section 6 : Position en tant que chercheuse

L'aide médicale à mourir est une des « préoccupations éthiques contemporaines » (Martineau, Ummel & Fortin, 2023, p. 85), et il est toujours vivement recommandé qu'un chercheur soit le plus neutre et le plus objectif possible durant toute sa recherche. Toutefois, être totalement objectif dans une recherche s'avère difficile. En effet, Mahieu et Scheer affirment qu'

« il est illusoire de tenter d'atteindre une objectivité et neutralité totale ou de se considérer comme extérieur aux connaissances produites. Il est, par contre, nécessaire de prendre conscience et d'accepter cette part de subjectivité en l'intégrant à un processus réflexif permanent et indispensable à toute démarche de recherche plutôt que de considérer qu'elle invalide les résultats. Cette réflexivité permanente requiert une certaine énergie de la part du chercheur qui est sans cesse confronté à

⁹ Etant entendu que « fournir » signifie que le patient fera lui-même le dernier geste (suicide assisté) et « administrer » signifiant que le médecin fera le dernier geste (euthanasie volontaire). Nous nous basons sur le vocabulaire utilisé par le Code criminel canadien.

ses doutes, ses angoisses, ses émotions, mais elle garantit un travail scientifique de qualité » (Mahieu & Scheer, 2017, p. 70).

Il est nécessaire de garder en tête que la subjectivité de chacun a un impact sur la manière dont est menée la recherche. Il est donc essentiel de parler de ma position, puisque celle-ci aura une influence sur la manière dont je lis, je comprends et j'analyse les mémoires. Je me positionne en faveur de l'aide médicale à mourir. En tant que belge, je suis presque née avec la légalisation de cette loi et, bien que cela ne justifie pas mon avis sur le sujet, je pense que cela peut avoir une influence sur ma position. Néanmoins, je n'ai jamais eu dans mon entourage, un proche en proie à des souffrances intolérables et/ou à la maladie ayant pour volonté de faire une demande d'euthanasie, le cas contraire aurait eu, selon moi, une forte influence sur ma position par rapport à cette pratique. De plus, je ne me suis moi-même jamais retrouvée dans une telle situation. Au fil de mes recherches, j'ai remarqué des critiques vis-à-vis de l'appellation « aide médicale à mourir ». Selon certains, il s'agit d'une manière trop douce pour nommer l'euthanasie. Pour ma part, je suis également de cet avis puisque l'euthanasie et le suicide assisté sont des mots qui désignent des actes que chacun connaît. L'aide médicale à mourir me semble être un euphémisme pour parler de ces pratiques. En utilisant le vocabulaire « aide médicale à mourir », j'ai le sentiment que l'on cherche à édulcorer l'acte de donner ou d'aider une personne à se donner la mort. De plus, selon moi, cette appellation peut porter à confusion puisqu'elle regroupe deux pratiques différentes : l'euthanasie volontaire et le suicide assisté.

Cela fait plusieurs mois que j'étudie ce sujet, j'ai donc réalisé beaucoup de lectures qui m'ont permis de comprendre les enjeux de ce phénomène. Elles ont également contribué à me positionner face à celui-ci. En effet, pour donner un exemple, je n'avais jamais considéré le médecin comme une victime. Selon moi, il était celui qui avait la possibilité légale de tuer son patient « sans émotions ». Pourtant, il m'est vite apparu que le médecin pouvait se sentir victime de la loi, notamment à cause de la difficulté émotionnelle et éthique de tuer son patient.

Je m'aperçois en lisant les mémoires que certains arguments me choquent plus que d'autres, par exemple, le fait de comparer le médecin praticien de l'aide médicale à mourir à un médecin nazi de la Seconde Guerre mondiale. Dans les mémoires, j'observe une prédominance des arguments considérant le médecin comme un

persécuteur, vision à laquelle je ne m'attendais pas de prime abord. Dès lors, je suis particulièrement attentive aux arguments redorant l'image du médecin, bien que ceux-ci soient peu nombreux dans les données analysées.

Enfin, par leur finalité totalement irrémédiable, l'euthanasie volontaire et le suicide assisté demandent une mûre réflexion aux demandeurs et autres acteurs qui gravitent autour (personnel médical et proches). Selon moi, ce sont des actes envisagés lorsqu'aucune autre solution n'est possible pour abréger, à tout le moins atténuer les souffrances d'un individu ou patient. Au même titre que l'avortement (également sujet de légalisation parfois bien complexe selon les Etats), ce sont des choix complexes et personnels opérés par des personnes en souffrance terrible. C'est donc en connaissance de cause que certains prennent cette décision de mourir afin de mettre fin à leurs douleurs insupportables. À mon avis, lorsqu'il n'existe pas d'issue à la souffrance intolérable et que cette souffrance se révèle inutile pour sa victime, je pense que respecter le choix de cette dernière de recourir à l'aide médicale à mourir lui permet de continuer à être prise en considération comme une personne réfléchie, douée des qualités qui sont les siennes. Bien que je sois favorable à l'aide médicale à mourir, cela ne veut pas encore dire que j'y aurais recours ni que j'accepterais facilement qu'une personne de mon entourage la sollicite.

Section 7 : Limites de la recherche

L'une des premières limites de ces données empiriques est qu'elles sont écrites et proposées sur base volontaire. Il est raisonnable de penser que les auteurs sont intéressés par l'aide médicale à mourir et encore plus spécifiquement par le projet de loi. Nous pourrions donc penser qu'ils ont un intérêt à faire modifier ce projet de loi et qu'ils ne voudraient pas qu'il soit sanctionné sous la forme dans laquelle il a été présenté en octobre 2020. Ou bien, les auteurs pourraient vouloir à tout prix que le projet de loi soit publié tel qu'il est présenté. Dès lors, à partir de cette première observation, nous pouvons dire que les résultats découverts ne reflèteront pas l'avis de toute la société canadienne, mais bien l'avis d'un groupe qui porte une attention particulière à l'euthanasie volontaire et au suicide assisté. Ces résultats ne seraient donc, a priori, pas généralisables à l'ensemble de la société. La généralisation des résultats d'une recherche est une « question récurrente » (Moriceau, 2019, p. 289) à tout chercheur qualitatif.

Une deuxième limite est celle de nos données empiriques. En effet, à cause du temps et de la situation géographique (Canada), nous avons été contraint de réorienter notre thème de recherche, mais également et, surtout, de reconsidérer l'objectif de réaliser des entretiens, notamment à cause de l'obligation de passer par le comité d'éthique de l'Université d'Ottawa. Dès lors, nous avons décidé d'étudier des données préexistantes qui ne demandaient qu'à être analysées. En conséquence de cela, nous avons accès à un nombre limité de mémoires à analyser sans pouvoir en obtenir de nouveaux. Dès lors, nous pourrions parler de surdité des documents puisqu'il nous est également impossible d'interroger les auteurs de ceux-ci. Toutefois, ces données peuvent être considérées comme particulièrement valides puisqu'elles sont présentées de manière volontaire par les auteurs.

Une troisième limite est une limite méthodologique. En effet, le choix méthodologique opéré est la *grounded theory* appelée également la théorisation ancrée. Rappelons-nous que cette méthode vise à l'élaboration d'une nouvelle théorie. Toutefois, pour des raisons de temps et de disponibilité des données, il est difficile de parvenir à l'élaboration d'une nouvelle théorie. En effet, comme nous l'avons vu, nous travaillons avec des données limitées, ce qui rend difficile de parvenir à la saturation de celles-ci, comme le veut initialement la théorisation ancrée. La saturation des données est « a practical outcome of a researcher's assessment of the quality and rigor of an emerging theoretical model » (Suddaby, 2006, p. 639).

Une quatrième limite que nous observons est celle de l'analyse en tant que telle. Dans les mémoires, de nombreux sujets étaient abordés de manière plus ou moins récurrente. Nous ne pouvions pas tous les prendre en considération. Dès lors, nous avons dû opérer des choix et avons porté notre attention sur la figure du médecin. Par-là, nous avons mis en lumière les manières dont les auteurs des mémoires se représentent le médecin, mais, à partir des mêmes données, nous aurions pu avoir une autre problématique toute aussi intéressante. Mettre en lumière des éléments signifie systématiquement en laisser d'autres dans l'ombre.

La langue s'est également avérée une limite, la cinquième pour nous. Il existe des écrits autant en français qu'en anglais. Bien qu'il soit possible de les lire et les comprendre en anglais, ce n'est pas aussi évident qu'en français. En raison de cette

barrière linguistique, nous pouvons voir que la bibliographie de cette recherche est plus fournie en articles francophones qu'anglophones.

Enfin, une sixième et dernière limite que nous observons est celle du terrain. En effet, nous nous aventurons sur un terrain canadien et donc inconnu. Nous avons un regard « belge » sur une situation canadienne. Nous en sommes conscients et nous intéressons davantage à l'histoire canadienne en remettant en question nos connaissances des enjeux similaires en Belgique.

Chapitre 4 : Transformation de la médecine et rôle du médecin dans l'aide médicale à mourir

Les éléments qui composent ce chapitre sortent tout droit des données empiriques que nous étudions. Cette partie est très descriptive. Effectivement, nous ne travaillons pas avec la théorie. Nous pensons particulièrement pertinent de la présenter avant de passer au chapitre 5 directement en lien avec notre problématique de recherche.

Parmi les thèmes ressortis des mémoires, il y a tout d'abord **la transformation de la médecine**. En effet, la légalisation de l'aide médicale à mourir suscite l'incompréhension de certains médecins et du Collectif des médecins contre l'euthanasie :

En tant que médecin, nous sommes obligés d'exprimer notre stupéfaction en voyant comment des personnes, qui ont peu d'expérience vécue des réalités en jeu dans la pratique quotidienne de la médecine, ont subitement et fondamentalement changé la nature de la médecine en décriminalisant l'euthanasie et le suicide assisté.

Depuis des siècles, au sortir des études de médecine, un étudiant doit prêter le Serment d'Hippocrate en vue de pouvoir exercer la médecine. Par celui-ci, il promet de respecter son patient, le guérir, le réconforter, défendre sa vie, s'abstenir de tout mal intentionnel à son égard et, par conséquent, de *renoncer au suicide assisté ou à l'euthanasie*. Selon l'organisme VieCanada, *le devoir de prôner et de préserver la vie humaine relève, parmi les nombreuses institutions de notre société, du droit et de la médecine*. L'aide médicale à mourir est considérée par l'Association for Reformed Political Action Canada (ARPA) comme *fondamentalement différente de tout autre service médical*. Dès lors, la légalisation de l'aide médicale à mourir donne aux professionnels de la médecine le pouvoir socialement accepté et légalement autorisé de tuer.

Une auteure, Pederson Lorna, pense que c'est notamment pour éviter de se risquer sur *cette pente glissante* que les gouvernements précédents ont éprouvé des réticences pour la légalisation d'une telle pratique. Certains auteurs diront de ces *lois malavisées* qu'elles sont la cause de la destruction de la médecine puisqu'en plus d'autoriser le médecin à tuer, ces lois le rémunèrent pour cet acte. Ce qui en vient, selon

certains, à créer *un système médical insensible et indifférent* (Rodman Rick) qui devrait, selon le Justice Center of Constitutional Freedoms, pourtant rester *perçu comme étant du côté de la vie*, en conformité avec le Serment d'Hippocrate : *Je ne provoquerai jamais la mort délibérément*. En effet, en posant l'acte d'euthanasie volontaire ou de suicide assisté, le médecin rompt ce serment qu'il a presté au moment de son entrée dans la profession, ceci reviendrait à *déroger à la définition la plus élémentaire de la médecine*. Une citoyenne, Chang Mélanie, se questionne sur l'intérêt de la prestation de serment si les médecins sont autorisés à bafouer la vie de leurs patients.

Selon Daws Tanja, médecin prestataire de l'aide médicale à mourir, il s'agit *d'une médecine sous une forme beaucoup plus intime et plus centrée sur la personne*.

Cette loi C-7 nous semble être novatrice aux yeux des auteurs des mémoires qui considèrent qu'officiellement, jamais aucun médecin n'avait proposé à son patient, même si ce dernier souhaitait une intervention qui allait le tuer, un acte dont l'objectif final est de tuer ledit patient. Pourtant, comme nous l'avons vu, il existait déjà auparavant de nombreux suicides assistés (par un médecin ou non) et des guides pratiques ont été publiés recensant diverses techniques pour y parvenir. À partir de ce moment-là, les auteurs en viennent à dire que le médecin cesse d'être un médecin, certains apparentent même cela à la **fin de la médecine**. Le Collectif des médecins contre l'euthanasie fait notamment part d'une *déclaration publiée, signée par plus de 900 médecins et intitulée « Le projet de loi C-7, de l'AMM à la MAM : l'aide médicale à mourir devient la mort administrée par un médecin »*. En perdant son statut de médecin aux yeux des citoyens, le médecin, auparavant considéré comme le guérisseur dont la vie de chacun dépendait, est associé à un tueur professionnel, un monstre qui utilise la mort comme **outil contre la souffrance**.

Le mort ne ressemble pourtant à aucun des autres traitements médicaux disponibles censés être privilégiés par les médecins. D'une part, parce que, selon Maher John, un rédacteur, aucune formation médicale n'est nécessaire *pour infliger un poison mortel* et, d'autre part, car *le risque de mort n'est pas du tout la même chose qu'une mort absolue et certaine*. Cette situation fait référence aux traitements disponibles tels que la chirurgie durant laquelle la vie du patient est en danger. Ainsi, les auteurs considèrent que le projet de loi ne vise pas simplement la transformation du médecin ou de sa pratique médicale, mais bien celle *de l'entreprise médicale elle-même* (Savage

Luke) qui se voit proposer la mort comme *un outil dont il est raisonnable et acceptable de se servir pour éviter les souffrances* (Maher John). Les auteurs sont effrayés par cette nouvelle manière de traiter les souffrances, qui pourrait faire penser aux patients que *leur choix se limiterait entre cette aide, ou une mort lente, douloureuse et dépourvue de dignité* (Nakazato Tony).

Selon l'organisme Real Women of Canada, *la loi sur l'euthanasie, faussement appelée « Aide médicale à mourir », a des conséquences tragiques, négatives et dangereuses, ce qui constitue un changement radical dans la médecine, et en particulier dans la médecine des soins palliatifs*. Il est vrai que nous observons, dans les mémoires, des traces d'un débat sur les soins palliatifs et une indignation du manque d'accessibilité de ces soins à tout Canadien. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) trouve notamment nécessaire d'améliorer ces soins palliatifs. Certains, comme l'Alliance des Chrétiens en droit, se préoccupent de savoir *si l'on peut considérer qu'une personne qui demande l'aide médicale à mourir dans un contexte de manque systémique de soutien et de soins de santé fait un véritable « choix »*. En effet, la Société canadienne des médecins de soins palliatifs (SCMSP) craint que les modifications de la loi sur l'aide médicale à mourir insufflent *aux patients, dont la souffrance n'a pas été correctement prise en charge, l'idée que l'aide médicale à mourir est la seule solution* pour mettre fin à leurs souffrances. La mort devrait rester la solution de dernier recours contre les souffrances intolérables qu'aucun traitement médical n'aura réussi à atténuer.

L'Alliance des Chrétiens en droit maintient *qu'il est irresponsable d'élargir l'accès à l'aide médicale à mourir sans garantir l'accès à d'autres options de soins de santé valables*. Cette transformation de l'entreprise médicale s'étend jusqu'aux études de médecine durant lesquelles les étudiants se verraient formés aux pratiques d'euthanasie volontaire et de suicide assisté. D'après l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), cette formation est nécessaire et doit *faire partie des programmes d'études de base des professionnels de la santé*. L'auteur Maher John s'insurge contre *la rapidité avec laquelle l'aide médicale à mourir a été normalisée dans les études médicales*, ce qui implique que la prochaine génération de médecins pourrait considérer ces pratiques telles des possibilités de traitement en fin de vie, ce qui ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs. Effectivement, ces derniers

s'interrogent sur la moralité présente derrière cet acte et ne considèrent pas moralement acceptable d'autoriser un médecin à tuer son patient même à la demande de ce dernier. Selon eux, la nature de leur profession est de prodiguer des soins pour soulager les souffrances qui devraient être davantage accessibles que l'aide médicale à mourir.

Pourtant, plusieurs praticiens de l'aide médicale à mourir font part de modifications de leur pratique clinique dans laquelle ils laissent (ou doivent laisser) une place importante à l'aide médicale à mourir dans le panel des soins qu'ils se voient proposer à leurs patients. D'ailleurs, l'organisme Uni-T voix pour les Valeurs Chrétiennes prévient *que l'élargissement de l'accès à l'aide médicale à mourir [...] pourrait avoir des conséquences très importantes sur les pratiques cliniques et sur les perceptions sociales de l'ensemble des soins offerts aux personnes qui sont très malades*. Selon la loi, le médecin doit s'assurer que son patient a sérieusement envisagé les autres soins moins radicaux que l'aide médicale à mourir. Toutefois, l'Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société affirme *qu'il est insuffisant, sinon cruel, de discuter, avec une personne en souffrance, de tous les services qui peuvent améliorer sa qualité de vie et mettre fin à ses souffrances sans s'assurer que ces services sont accessibles, abordables et disponibles en temps opportun*. Le Conseil des Canadiens avec déficiences va plus loin en disant qu'en plus des soins palliatifs, il faut veiller à ce que les malades reçoivent *un logement, un soutien financier, [...] et des services à domicile adéquats, ajoutés à un soutien psychologique adapté aux croyances culturelles de la personne* recommandé par l'AIIAO.

Dans cette perspective, la Conférence des évêques catholiques du Canada affirme que le choix du patient ne peut être véritable que s'il reçoit *un soutien émotionnel, psychologique et spirituel suffisant*. Certaines personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible préfèrent opter pour l'aide médicale à mourir. Leur accorder serait, selon l'Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société, une manière de *communiquer que la vie avec une incapacité est pire que la mort* et accroîtrait le risque que *les personnes ayant une incapacité [...] intériorisent la stigmatisation associée à l'hypothèse voulant que la vie soit pire que la mort dans leur situation*. Toutefois, selon l'organisme Vivre dans la dignité, *dans certaines circonstances et en toute fin de vie, ou dans le cas de maladies débilitantes qui se prolongent, l'euthanasie [...] pourrait être une façon appropriée de soulager des*

malades, et être considérée comme un soin approprié. Cependant, pour d'autres, en élargissant les critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir, on en vient à *encourager la mort plus que nous ne soutenons la vie*, en conséquence, les auteurs parlent de la création d'un commerce voire d'une **culture de la mort** que l'on finirait par ne plus maîtriser puisqu'elle *développerait sa propre dynamique et résisterait à toutes les procédures de surveillance sensées la contenir* (Pilon Liette). Les demandes, de plus en plus nombreuses, pourraient être dues à la commercialisation et à la publicité émanant des établissements de soins.

Plusieurs auteurs, dont des médecins, considèrent que la médecine a été transformée *en une entreprise technocratique qui permettrait aux médecins de mettre fin délibérément à la vie de leurs patients et patientes* et, ce, dans divers pays tolérants et permissifs envers l'euthanasie et le suicide assisté, tels que les Pays-Bas, mentionnés à diverses reprises. L'un des auteurs, Savage Luke, en rappelant les Nazis de la Deuxième Guerre mondiale dit que *les gens peuvent trop facilement être conditionnés à tuer*. On pourrait déjà y voir là des traces du médecin présenté comme le persécuteur. Pourtant selon des auteurs, il est encore possible de freiner cette escalade de la valorisation de la mort au mépris de la vie, notamment, comme nous l'avons vu, en élargissant l'accès aux soins palliatifs encore trop difficilement abordables au Canada. Ces derniers sont délaissés, selon Real Women of Canada, car ils sont une option plus onéreuse que l'aide médicale à mourir.

Pour conclure sur cette première partie, nous observons un avis particulièrement négatif sur la transformation de la médecine par le projet de loi, bien que certains médecins se disent fiers de pouvoir accorder ce type d'aide à leurs patients en souffrance quotidienne. Real Women of Canada fait part de l'expérience d'un médecin qui se réjouit de l'élargissement des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir pour des personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible, mais qui souffrent et *trouvent que leur vie n'a plus de sens*.

Chapitre 5 : Médecin praticien de l'aide médicale à mourir : persécuteur, victime ou sauveur ?

Section 1 : Cadre théorique

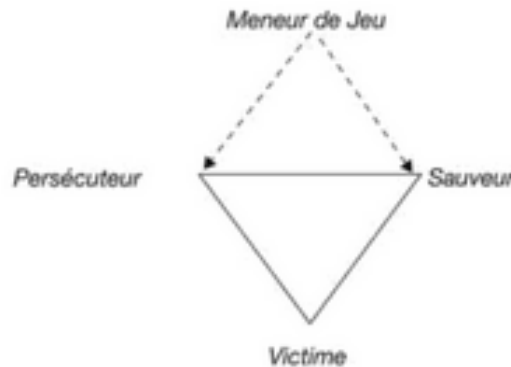
Les recherches réalisées sur le sujet de l'aide médicale à mourir sont souvent mises en lien avec les trois philosophies juridico-politiques que sont le libéralisme juridique, le moralisme juridique et le paternalisme juridique. Initialement, ces dernières formaient le cadre théorique de cette recherche. En effet, ces trois philosophies ne sont pas négligeables dans le cadre de notre recherche. Certains auteurs évoquent également le « paternalisme médical » (Dumont & Maclure, 2019) qui nous semble être une notion pertinente pour analyser les résultats de notre recherche.

En nous intéressant à la figure du médecin dans la pratique de l'aide médicale à mourir, il nous a semblé pertinent de porter davantage attention à la théorie du triangle dramatique proposée par Karpman. Effectivement, après avoir utilisé l'ensemble des mémoires de manière exploratoire, nous avons procédé à la sélection des plus pertinents pour l'analyse. La théorisation ancrée nous a permis de découvrir différentes manières de considérer le médecin praticien de l'aide médicale à mourir. Nous voyons ressortir de nombreux arguments considérant le médecin comme un tueur, un monstre, d'autres mettant plutôt en exergue une forme de victimisation des médecins ou encore le positionnant en tant que héros. Ces représentations renvoyaient directement à la théorie du triangle dramatique de Karpman dont nous nous sommes inspirés pour catégoriser et construire notre analyse.

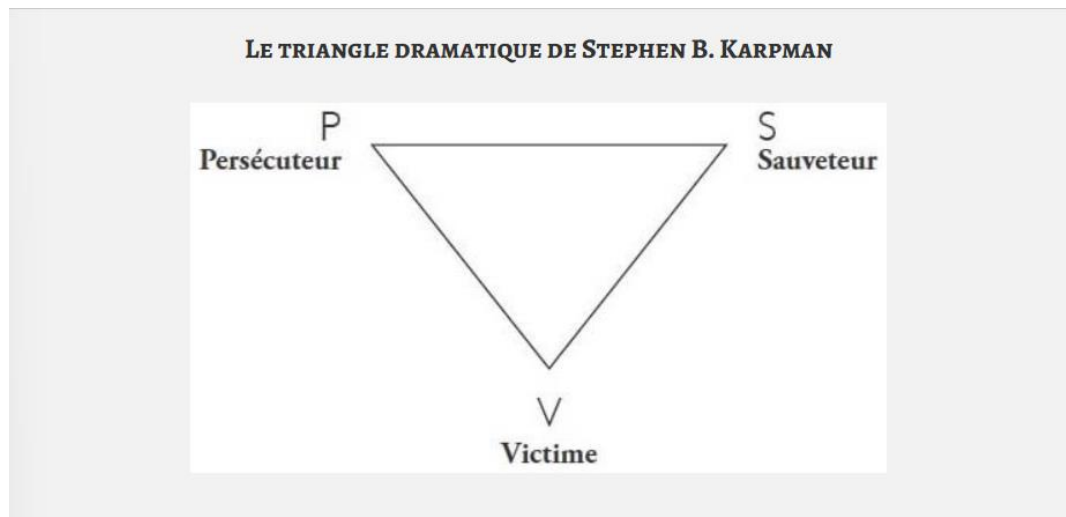
Dans les années 1960, Stephen Benjamin Karpman est un jeune psychiatre qui participe, durant 5 années, aux séminaires hebdomadaires animés par Eric Berne, « inventeur de l'analyse transactionnelle » (Ide, 2019). Ces séminaires ont pour objectif d'amener les participants à inventer leur propre théorie selon 3 règles méthodologiques. La première est de pouvoir dessiner dans un diagramme tout ce que l'on formule, la seconde de simplifier au maximum et la dernière d'écrire « en langage profane pour être compréhensible » (*ibid.*) par tout un chacun précise Berne qui insiste également sur l'utilisation du raisonnement philosophique du « rasoir d'Occam », soit le principe de parcimonie (*ibid.*). De plus, Karpman est meneur de jeu en basket-ball, c'est-à-dire qu'il répartit les rôles des joueurs dans une équipe et définit la stratégie (*ibid.*). En fait, en appliquant les règles méthodologiques de Berne aux feintes par lesquelles les

joueurs de basket visent à piéger leurs adversaires, Karpman fait émerger « un schéma à quatre rôles : P pour le Persécuteur, S pour le Sauveur, V pour la Victime et un quatrième, au-dessus, le Meneur de Jeu » (*ibid.*). Karpman dessine ce schéma qu'il nomme « pré-triangle » (Karpman, 2020).

Schéma du pré-triangle de Karpman



Il remplacera ensuite ce dernier rôle « par des flèches entre les trois premiers puisque le Meneur a pour mission de faire circuler les rôles » (Ide, 2019) en appliquant le principe du rasoir d'Occam. Ide (2019) présente le triangle qui suit :



Le triangle de Karpman est une approche psychologique des relations entre deux individus. Ce triangle est dit dramatique car « il met en scène la violence » (*ibid.*). En fait, certains auteurs considèrent le triangle de Karpman comme « a theoretical framework to describe and understand the roles (Victim, Rescuer, and Persecutor) that

people assume and perpetuate in interpersonal relationship, especially in contexts of « drama » or conflict » (Lac & Donaldson, 2020, p. 2)¹⁰. Les auteurs ajoutent que Karpman a émis l'hypothèse que ce triangle dramatique se maintient lorsque les acteurs continuent à changer de rôle ou à impliquer d'autres acteurs dans le conflit (*ibid.*). Pour notre recherche, nous avons décidé de considérer les trois personnages (persécuteur, victime et sauveur) comme des concepts dont nous pourrions nous aider afin de déterminer la figure que les auteurs des mémoires étudiés attribuent aux médecins praticiens de l'aide médicale à mourir.

I. Persécuteur

Le persécuteur est « celui qui fait violence » (Ide, 2019). Dans le cas présent, le médecin qui fait violence au patient. Karpman dit que le persécuteur est celui qui « critique, qui fait pression ou qui contraint une victime, tout en validant la faiblesse de cette dernière » (Karpman, 2020). Les persécuteurs se croient supérieurs et ont souvent tendance « to attack and demean others » (Lac & Donaldson, 2020, p. 3). Ils pensent avoir toujours raison. De plus, le persécuteur croit que s'il n'use pas de violence ou d'insulte, rien ne pourra avancer. Il ajoute également qu'en fin de compte ceux qui adoptent le rôle de persécuteur peuvent « se sentir victimes d'un système » qui les conduirait à adopter le rôle de persécuteur (Karpman, 2020).

II. Victime

Ensuite, la victime peut être définie comme celle « qui subit la violence » (Ide, 2019). Contrairement à Karpman qui pourrait dire que la victime est le patient, nous remarquons que le médecin est lui-même parfois considéré, par les rédacteurs des mémoires, comme la victime du projet de loi. Ceci pourrait être mis en lien avec la notion de persécuteur qui se sent victime du système comme nous l'avons vu précédemment. Selon Karpman, « un des indices qui révèlent quelqu'un dans le rôle de victime est que cet individu passe plus de temps à se plaindre de ne pas pouvoir faire ce qu'il a besoin de faire qu'à chercher des options ou solutions » (Karpman, 2020). La personne dans le rôle de la victime se pense toujours « incapable » et croit « que les autres profiteront toujours de sa faiblesse » (*ibid.*). Lac et Donaldson ajouteront après

¹⁰ Andrew Lac est professeur et responsable dans le département de psychologie de l'UCCS¹⁰. Il a co-écrit plusieurs articles avec Candice Danae Donaldson qui est, quant à elle, chercheuse au California Department of Public Health. Elle est diplômée de l'Université de Claremont (USA) (Lac & Donaldson, 2020 ; Andrew Lac, Ph.D. | *Psychology Department*, s.d.).

Karpman que les victimes se sentent impuissantes et opprimées. Les auteurs perçoivent que des « undesirable and uncontrollable events have happened and will happen to them » (Lac & Donaldson, 2020, p. 3). Les victimes auraient également des difficultés à s'adapter aux situations auxquelles elles font face. L'une d'elles pourrait également s'en prendre au sauveur, le considérant comme un persécuteur. Dans la théorie de Karpman, une victime est persécutée par le persécuteur et sauvée par le sauveur. Toutefois, il s'agit d'un élément que nous n'allons a priori pas considérer puisque dans notre recherche nous nous arrêtons sur la représentation de la figure du médecin donnée par les auteurs des mémoires.

III. Sauveur

Enfin, le médecin est également perçu comme le sauveur (parfois nommé sauveteur), « celui qui soigne la violence » (Ide, 2019), celui qui « interviendra pour offrir de l'aide sans avoir les moyens d'aider ou sans avoir été invité à le faire » (Karpman, 2020). Les médecins auraient un besoin voire même un désir de venir en aide aux autres. Selon Lac et Donaldson, les sauveurs se considèrent comme des « peacemakers, saints, or martyrs and consequently go out of their way to help people they believe to be too psychologically, emotionally, or physically weak to fend for themselves » (Lac & Donaldson, 2020, p. 3). Selon Karpman, le sauveur « confond sauver et aider » (Karpman, 2020). Dans cette position, l'individu renforce « sa conviction que les gens sont égoïstes et ingrats » (*ibid.*). L'auteur conclut en disant que « le rôle de sauveur bascule souvent vers victime de l'ingratitude des autres » (*ibid.*).

Ces trois concepts tels que présentés par Karpman nous semblent pertinents pour aborder la figure du médecin dans la pratique de l'aide médicale à mourir. Nous voyons que ces trois concepts ne sont pas complètement hermétiques entre eux. En effet, tant le sauveur que le persécuteur peuvent être amenés à se sentir la victime l'un de l'autre. L'une des premières limites de la théorie de Karpman pour notre recherche est le fait qu'il développe cette théorie pour une relation entre deux individus qui prendront tour à tour ces rôles différents. Ainsi, cette théorie se doit d'être adaptée à notre propre problématique. En nous focalisant sur la figure du médecin, nous pourrions le voir dans ces trois postures (persécuteur, victime et sauveur), en sachant qu'il est en relation avec des individus différents selon le rôle qui lui est accordé. Ceci

signifie que les points de références ne sont donc pas semblables selon que le médecin praticien de l'aide médicale à mourir est vu comme un persécuteur, une victime ou un sauveur. Effectivement, le médecin peut être considéré comme le persécuteur des malades. Il est aussi parfois vu comme la victime du projet de loi et du système qui lui donne légalement le pouvoir de tuer. Finalement, certains le définissent comme le sauveur des patients gravement malades qui demandent l'aide médicale à mourir pour abrégé leurs souffrances. On ne peut donc pas prendre la théorie de Karpman dans son intégralité puisqu'il l'utilise pour des relations entre deux individus. Mais recourir à ses concepts comme des outils pour dresser le portrait du médecin que font les auteurs des mémoires peut s'avérer pertinent puisque nous avons dans un premier temps décelé les différentes figures (tueur, victime, héros) accordées au médecin praticien de l'aide médicale à mourir. Nous les avons donc utilisés pour structurer notre analyse.

En discutant de la théorie de Karpman, les divers auteurs ajoutent qu'il est nécessaire pour les individus de sortir de ce triangle afin de retrouver des relations saines.

Section 2 : Médecin : persécuteur ?

I. Relation en péril

La confiance entre le médecin et son patient constitue la base de leur relation. En effet, « la confiance désigne « ce quelque chose » qui permet qu'une relation se déroule dans un climat relativement serein » (Hammer, 2006, p. 337). Elle permet au malade « d'atténuer l'inquiétude et l'incertitude quant à son état de santé » (*ibid.*) en se référant au médecin qui possède la connaissance de la maladie. Dans le domaine de l'aide médicale à mourir, le Collectif des médecins, qui se positionne contre l'euthanasie, met en garde contre un parti pris par le médecin en faveur de cette pratique qui aurait des conséquences irréversibles. Nous pourrions y voir la figure du persécuteur telle que présentée par Karpman lorsqu'il dit que le persécuteur pense la violence nécessaire pour avancer et que ce dernier pense avoir raison. Selon ce Collectif, *la différence d'autorité ou de pouvoir existe bel et bien, entre le soignant et le malade, et constitue une forme de coercition, qu'elle soit subtile ou manifeste*. Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin a, grâce à ses connaissances, une forme d'autorité sur son patient et est considéré comme « l'autorité médicale » (Lamy, 2017, p. 43). En utilisant Karpman, nous pouvons penser que le médecin considéré

comme persécuteur développe un sentiment de supériorité face aux plus faibles, les malades. En lisant cela, ce Collectif des médecins donne l'impression qu'un professionnel de la médecine qui administre l'aide médicale à mourir joue de son autorité auprès de son patient pour le tuer.

À travers la lecture des mémoires, nous observons une **perte de confiance** des citoyens envers les professionnels de la médecine. Depuis la légalisation de l'aide médicale à mourir et plus spécifiquement depuis le projet de loi visant à élargir les critères d'admissibilité à celle-ci, les citoyens font part d'une peur d'abus possibles par les médecins : *Je souffre de la maladie de Lyme et, si ce projet de loi est adopté, il sera encore plus difficile qu'auparavant pour moi et beaucoup d'autres dans ma situation de faire confiance à la communauté médicale* (Mack Elizabeth). L'un des auteurs, Fedele Daniel, dit qu' *en tant que citoyen canadien NUL ne devrait être à l'aise d'aller voir un médecin qui serait prêt à recommander la mort d'un patient ou à mettre fin à sa vie*. En conséquence, divers organismes recommandent que la loi interdise explicitement au médecin de discuter de l'aide médicale à mourir avant que son patient n'ait abordé le sujet lui-même. Fedele Daniel prend l'exemple d'un médecin raciste qui pourrait utiliser l'aide médicale à mourir pour *recommander l'euthanasie de personnes d'une autre race pour une raison « médicale »* sans qu'aucune protection ne soit offerte à ces citoyens. Cette perte de confiance pourrait également s'expliquer par la *suppression imprudente* de certaines mesures de protection, telles que la suppression d'un des deux témoins indépendants requis lors de l'administration de la substance : *Si la sécurité est importante, il est essentiel d'avoir plus d'un témoin* (Pederson Lorna), le cas contraire rendrait le processus sujet à *des abus*.

Toutefois, l'association Dying With Dignity Canada (DWDC) soutient la modification de ne plus avoir obligatoirement deux témoins car *le critère de la présence de deux témoins constituait souvent un obstacle à l'aide médicale à mourir pour les patients des communautés éloignées*. L'association recommande également qu'un membre du personnel médical puisse agir en tant que témoin indépendant pour le patient puisqu'une relation de confiance s'est établie entre eux. Cependant, l'organisme Toujours Vivant, pense que cette possibilité *pourrait ouvrir la porte à des abus en permettant à des prestataires de soins malveillants de forcer une personne à demander l'aide médicale à mourir et d'agir comme seuls témoins de la demande faite*

par écrit. Uni-T voix pour les Valeurs Chrétiennes assure que ces attitudes ne sont pas à généraliser à tous les membres du personnel médical, mais *qu'il s'agit de comportements qui sont effectivement présents dans le réseau de la santé.*

Ces deux modifications concernant les témoins (la suppression de deux témoins indépendants lors de l'administration de la substance et l'autorisation pour un membre du personnel médical d'agir en tant que témoin indépendant pour un patient) sont vivement rejetées par l'Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société, qui considère que *le projet de loi C-7 rend les personnes ayant une incapacité – en particulier celles qui n'ont pas de réseau de soutien adéquat d'amis et de membres de la famille – vulnérables à l'aide médicale à mourir.* Une troisième modification suggère la suppression de la période de réflexion de 10 jours pour les personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible. Cette élimination fait suite aux préoccupations du personnel médical qui mentionnait que « la période de réflexion entraîne souvent une souffrance prolongée, mais n'a pas pour effet de protéger la personne » (Gouvernement du Canada, 2020c) puisque, selon leur expérience professionnelle, ces malades font la demande d'aide médicale à mourir « après une longue période de réflexion » (*ibid.*). Pourtant, cela constitue, pour certains auteurs tels que Fedele Daniel, *un manque évident de surveillance et de responsabilité qui ouvre la voie à des pratiques malveillantes et à des abus.* De plus, Rodman Rick, l'un des rédacteurs, a peur de se voir forcé ou de voir ses proches obligés de signer des formulaires de demande d'aide médicale à mourir ou de renonciation au consentement, laissant aux médecins *le pouvoir discrétionnaire de tuer une personne qui ne peut pas donner son consentement au moment du décès* (Brink Marguerite).

L'Alliance des Chrétiens en droit s'inquiète du risque que des personnes soient tuées *contre leur volonté.* Ce risque serait exacerbé par l'élimination de l'exigence du consentement explicite au moment de l'intervention : *mettre fin à la vie d'une personne, sans certitude absolue de son consentement au moment du décès, ne devrait en aucun cas être permis par la loi* (Alliance des Chrétiens en droit). Selon l'Alliance Évangélique du Canada (AEC), le projet de loi, en assouplissant les règles, *multiplie les risques de décès fortuits.* Cette sensation de manque de surveillance des médecins crée chez les citoyens canadiens une véritable perte de confiance voire une peur d'être tué sans avoir reçu au préalable des soins adaptés qui leur auraient été favorables. La

possibilité des demandes anticipées inquiète certains organismes de savoir si de véritables discussions ont préalablement eu lieu entre le médecin et son patient.

Pour pallier cela, la Chambre des notaires du Québec préconise l'intervention d'un notaire qui pourrait rassurer le patient sur *le caractère absolument révocable d'une demande anticipée d'aide médicale à mourir*. Le notaire pourrait également aider le malade dans le choix de la personne de confiance qui décidera (avec le personnel médical) du moment pour administrer l'aide médicale à mourir. Ceci permettrait également au personnel médical de se sentir plus à l'aise *de procéder s'il perçoit l'existence de cette proximité relationnelle de la personne de confiance avec le patient* ainsi que de *diminuer le risque d'abus ou de danger pour la personne qui fait la demande*. Cette perte de confiance semble inquiéter certains organismes, tels que Real Women of Canada et la Norme sur la protection des personnes vulnérables, qui considèrent que les dialogues entre le professionnel de la santé et le patient sont essentiels. La Norme sur la protection des personnes vulnérables mentionne que, dans certains cas, l'aide médicale à mourir n'est plus envisagée par le patient après qu'elle ait fait *l'objet de discussions actives avec un médecin ou un autre professionnel de la santé*.

Finalement, les auteurs des mémoires semblent éprouver une peur que le médecin profite de sa position d'autorité et de la faiblesse de son patient pour lui faire envisager l'aide médicale à mourir. Ce manque de confiance et cette peur d'abus de la part du médecin pourraient, notamment, expliquer cette vision d'un médecin persécuteur qui cherche à tuer avec sang-froid.

Ces peurs croissantes avec l'ouverture des critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir en viennent à **détériorer la relation entre le médecin et son patient** pourtant fondamentale dans un processus de soins. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, cette relation est asymétrique au sens où le médecin possède la connaissance de la maladie dont souffre son patient. Bien que ce dernier doive donner son accord pour tout traitement envisagé par le professionnel de la médecine, il est en situation de faiblesse et de vulnérabilité, raison pour laquelle la confiance est primordiale entre les deux interlocuteurs. L'aide médicale à mourir vient, selon certains médecins ayant écrits conjointement l'un des mémoires, ébranler ce lien de confiance : *Malheureusement, les patients et patientes ne peuvent plus avoir une confiance*

inconditionnelle en leur professionnel de la médecine pour défendre leur vie quand ils sont à leur état le plus faible et le plus vulnérable. Ceci est exacerbé par la suggestion d'obliger les médecins de parler de l'aide médicale à mourir avec leurs patients qui y sont potentiellement admissibles :

Le risque pour la relation entre le médecin et le patient, où les obligations de bienveillance et de non-malfaisance sont centrales, est exacerbé par les suggestions qui ont été présentées par certains qui préconisent un accès élargi à l'aide médicale à mourir, à savoir que les médecins ont toujours l'obligation d'aborder la question de l'aide médicale à mourir comme option clinique (comme s'il s'agissait de tout autre traitement médical fondé sur des données probantes) auprès de toutes les personnes qui pourraient être admissibles en vertu de la loi (Trudo Lemmens et Mary Shariff).

Toutefois, selon la DWDC, *il est peu probable qu'un évaluateur estime que la personne est admissible avant que cette dernière ne dispose des renseignements tels que les traitements et ressources potentiels. L'une des auteures, Kafie Stephanie, mentionne voir au fil du temps les relations médecin-patient se détériorer depuis le dépôt du projet de loi C-7. Elle ajoute également qu'à partir du moment où la relation s'effrite, il est impossible de fournir des soins de qualité. Mack Elizabeth surenchérit en disant que l'adoption de ce projet de loi pourrait anéantir la résilience de notre nation, ainsi que l'espoir et la confiance de ses citoyens en leurs médecins et la profession médicale.*

Si la relation de confiance entre le patient et son médecin est mise à rude épreuve, il en est de même pour celle **entre le professionnel et les proches du malade**. Effectivement, ces derniers se sentent parfois mis de côté : *Notre famille a été laissée dans l'ignorance et induite en erreur pendant toute la période où Alan n'était pas au service des urgences. Nous ne savions pas qu'Alan avait demandé l'aide médicale à mourir* (Nichols Gary). Les médecins font face à une difficulté, celle de devoir répondre aux questions posées par les proches de leur patient tout en veillant à garder le secret médical. Rappelons que le malade n'a aucune obligation d'avertir ses proches de sa demande d'euthanasie volontaire ou de suicide assisté. De plus, les proches, sachant le malade vulnérable, s'inquiètent de la manière dont le médecin va lui prodiguer les soins. Une médecin évoque la rencontre de l'une des ses nouvelles patientes en compagnie des proches de celles-ci, ces derniers l'ont interrogée, en

premier lieu, non pas sur son nom, mais bien sur sa pratique, s'inquiétant de savoir si *elle allait tuer leur mère* (Kafie Stephanie). Cet épisode particulièrement frappant montre le manque de confiance de l'entourage envers le médecin.

Avec le projet de loi, autant les patients que leurs proches craignent que les médecins abusent de leur pouvoir légal de donner la mort. Selon l'organisme Vivre dans la dignité, *si, au moment de l'injection, la personne manifeste son refus ou une résistance à l'aide médicale à mourir par des paroles, des gestes ou des sons, on ne peut la lui administrer*. Pourtant, le projet de loi C-7 indique que c'est au médecin de déterminer si les sons, gestes et paroles sont involontaires ou s'ils constituent véritablement une manifestation de résistance ou de refus. Dès lors, l'organisme Toujours Vivant pose la question de savoir si les mots « *stop* » et « *non* » doivent être considérés comme des signes de refus. D'autres organismes tels que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) ou l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) pensent que ces signaux peuvent *entraîner l'incertitude chez les fournisseurs de l'aide médicale à mourir* qui pourrait être dissipée par la possibilité de solliciter l'opinion d'une personne tierce par exemple. Toutefois, des médecins expliquent que, dans leurs pratiques, ces gestes sont rares puisque le médecin administre un sédatif afin d'éviter toute forme d'agitation.

De nombreux organismes abordent la question du pouvoir d'interprétation laissé au personnel soignant. D'après l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir, au moment de la publication du projet de loi, les médecins avaient acquis une interprétation clinique suite aux 4 années d'expérience depuis le début de la légalisation de l'aide médicale à mourir en 2016, notamment en matière de mort naturelle raisonnablement prévisible. Les prestataires se sont habitués aux concepts, un changement d'interprétation à ce stade pourrait, selon l'ACPM, jeter le doute dans l'esprit des fournisseurs de soins de santé. Néanmoins, cette association considère que les critères doivent être limpides afin d'éviter *toute ambiguïté dans la façon d'interpréter certaines dispositions de la loi [qui] pourrait nuire à la relation* entre un médecin et son patient. Effectivement, selon l'Association for Reformed Political Action (ARPA) Canada, le médecin pourrait faire une interprétation trop large de la loi et administrer l'euthanasie volontaire à des *patients qui ont probablement une décennie ou plus à vivre*.

L'association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) va plus loin en proposant de supprimer ce critère de mort naturelle raisonnablement prévisible qu'elle considère *flou et non médical*. Ajoutons, que l'organisme Real Women of Canada pense que les fournisseurs de soins ont changé leur manière d'interpréter la loi, ils parlent d'une « *évolution de la compréhension de ce que nous faisons* », ce qui les a conduits à approuver des cas¹¹ qu'ils n'auraient pas approuvés auparavant en raison des craintes de poursuites pénales. Les différents organismes pensent que ce nouveau projet de loi accorde plus de pouvoir discrétionnaire aux médecins qui pourraient éprouver la volonté de dépasser les limites imposées par la loi. À la suite de quoi, l'ARPA considère que *les praticiens de l'aide médicale à mourir sont devenus très libéraux dans leur interprétation du critère de mort naturelle raisonnablement prévisible*. Elle rapporte également que certains médecins se sont vantés publiquement d'avoir euthanasié des patients qui avaient dix ans à vivre et plus. Toujours selon l'ARPA, *la plupart des décès en aide médicale à mourir sont le fait d'un petit nombre de médecins qui n'ont aucune objection éthique à tuer des patients*.

Les auteurs pensent percevoir une forme de fanatisme pour la mort se créer parmi les professionnels défenseurs de l'aide médicale à mourir : *NOUS POUVONS VOUS TUER et vous n'avez même pas à attendre. Faites-le-nous simplement savoir, et nous arriverons avec le produit pour donner la mort* (Smith Cathy). Les médecins ont légalement le pouvoir de tuer et ceci est vu, par les auteurs, comme une volonté de tuer : *Ces gens mentent et veulent tuer* (Conlan Corrina). La Conférence des évêques catholiques du Canada évoque les plaintes de malades qui subissent des pressions de la part *du personnel soignant ou de membres de leur famille pour choisir l'aide médicale à mourir*. Nous observons, parmi les auteurs, des sentiments de peur et de colère envers les médecins. Ces derniers sont considérés comme des tueurs, des voyous, ou des menteurs qui dépassent les limites et, poussés par leur volonté de tuer, recommanderaient l'euthanasie à leurs patients vulnérables : *l'interdiction totale de l'homicide nous protégeait pourtant contre ceux qui pourraient vouloir notre mort et qui seraient tentés de nous convaincre de mourir prématurément* (Friesen Gordon). Nous voyons, dans ce cas, la figure du médecin potentiellement persécuteur, image que se font les auteurs des mémoires. Une différence notable surgit entre les mémoires au

¹¹ Ce qui signifie des demandes d'aide médicale à mourir

nom des citoyens et ceux au nom des organismes qui usent d'un lexique moins virulent à l'égard du personnel médical.

Selon l'ARPA, s'il est rare que les patients se sentent incités à choisir l'aide médicale à mourir, ils ressentent, cependant une pression de ne pas la choisir. Toutefois, bien d'autres organismes, tels que l'AEC ou le Conseil des Canadiens avec déficiences, pensent le contraire et affirment que de nombreuses plaintes ont été déposées par des patients, en particulier des personnes porteuses de handicap(s), se sentant mis sous pression par le personnel soignant pour choisir l'aide médicale à mourir. Pour éviter tout sentiment de pression, la Société canadienne de médecins de soins palliatifs recommande au gouvernement d'intégrer dans la nouvelle loi, une disposition selon laquelle il serait interdit aux médecins d'amorcer la discussion sur l'aide médicale à mourir. Pour l'ARPA, *conseiller à quelqu'un d'obtenir des traitements de chimiothérapie ou des analgésiques n'est pas un crime, mais conseiller à quelqu'un de mettre fin à sa vie ou l'y encourager demeure un crime*. Les médecins sont parfois comparés aux *médecins nazis* (Savage Luke) qui agissaient durant la Seconde Guerre mondiale, contre lesquels, pourtant, *le Canada s'est opposé*. Ainsi, ces différents éléments amènent, l'un des auteurs, Robert De Moissac, à préférer ne pas se faire soigner : *Je me demande si les médecins vont me dire que je devrais simplement mourir. Si je tombe malade, je resterais probablement à la maison parce que je ne crois pas que j'aurais de meilleures chances de ne pas mourir !* Le sentiment d'insécurité vis-à-vis des médecins se fait ressentir : *Savoir que les personnes qui s'occupent de vous perçoivent la mort comme une option de traitement possible (voire favorable) vient brimer tout sentiment de sécurité et de confiance qui aurait pu subsister* (Mack Elizabeth).

Finalement, nous remarquons que le projet de loi fait peur au sens où les citoyens pensent que l'aide médicale à mourir deviendra la norme et les traitements tels que ceux offerts pour les soins palliatifs deviendront les exceptions au soulagement de la souffrance, pour des questions de temps, d'argent ou *de caprices des médecins* (O'Brien Benjamin). Certains auteurs racontent que des médecins n'ont pas donné de médicaments adaptés à leurs proches simplement parce que ces derniers étaient en fin de vie et que les médecins ne voulaient pas prolonger leur vie plus longtemps. Pour d'autres, telle que Real Women of Canada, il existe un nombre inconnu, mais important

de décès par aide médicale à mourir lors desquels les patients n'auraient pas donné leur consentement au médecin.

II. Pouvoir vs vulnérabilité

Les demandeurs d'aide médicale à mourir sont des personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable, ceci fait d'eux des **personnes vulnérables**. Ils s'en remettent à leur médecin pour les conseiller et leur offrir les traitements les plus adaptés à leur maladie. Selon les auteurs, obtenir de l'aide n'est pas toujours chose aisée. Mais, avec l'arrivée du projet de loi C-7, certains auteurs parlent d'une **discrimination** envers les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie mentale ou encore celles porteuses d'un handicap :

Nous ne devons pas laisser cela se produire au Canada en créant une culture qui dénigre l'âge ou le handicap et en adoptant des lois qui enseignent au personnel médical et aux familles que l'aide médicale à mourir est un moyen acceptable de se débarrasser de membres de la famille qui semblent être un fardeau (Tampier Martin).

Un auteur qui exerce la médecine, Drijber Philip, rapporte : « *Il n'est pas rare que des collègues me demandent pourquoi je cherche à soigner quelqu'un de « si vieux ».* Réflexion qui pourrait nous faire penser à une forme d'âgisme défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme ce qui « regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge » (Gouvernement du Canada, 2022a). Le gouvernement du Canada ajoute que :

« L'âgisme comprend à la fois les attitudes et les croyances envers les personnes âgées, ainsi que les actions qui découlent de ces attitudes et croyances. Il peut prendre plusieurs formes [...] :

- des politiques [...] sur les soins de santé qui font preuve de discrimination à l'égard des personnes âgées ;
- personnes âgées regardées de haut, ignorées ou insultées ;
- présomption selon laquelle une personne âgée est incapable de prendre ses propres décisions ;

- adultes âgés qui se voient offrir des types de dépistage ou de traitements médicaux différents de ceux des autres groupes d'âge » (*ibid.*).

En effet, selon un autre auteur, le système médical se détourne des personnes âgées et ne les traite pas comme tout autre citoyen. Conlan Corrina parle même d'un plan d'éradication des personnes âgées. Bien qu'une autre mentionne vouloir fournir *des soins médicaux de qualité qui sont pleins de compassion, d'empathie et de respect pour nos aînés* (Kafie Stéphanie). Une énième auteure, Pederson Lorna, considère que la loi elle-même *dévalorise la vie des personnes vulnérables de la société, en particulier les personnes âgées et les personnes handicapées*. D'ailleurs, Smith Cathy, une rédactrice de mémoire, explique avoir été choquée par l'affichage de publicités dans un établissement médical stipulant que l'euthanasie volontaire et le suicide assisté pouvaient être offerts, de plus, ces affiches étaient placardées à [...] *hauteur des yeux des personnes en fauteuil roulant*. En fait, l'ARPA considère que ce nouveau projet de loi a été *conçu pour faciliter le travail des praticiens de l'aide médicale à mourir, plutôt que d'assurer la pleine et égale protection de la loi de chaque membre de la famille humaine, peu importe son handicap, sa maladie ou son âge, et d'éloigner les gens du suicide assisté pour les acheminer vers des traitements et soutiens qui confortent leur vie dans la mesure du possible*.

De nombreux auteurs sont d'avis pour dire que les médecins profitent des personnes vulnérables et outrepassent les limites prévues. Certains disent que les professionnels de la médecine en viennent même à *suggérer agressivement* l'aide médicale à mourir pour leurs patients atteints de maladies graves et chroniques (Doonan Gordon). Ainsi, selon Savage Luke, le nouveau projet de loi *expose les personnes vulnérables et handicapées à un risque accru de désespoir et de mort injustifiée*. Il pense également que l'aide médicale à mourir devient l'aide la plus facile à recevoir de la part du personnel médical en raison des difficultés pour obtenir d'autres soins en raison du système de santé actuel. Avec ce nouveau projet de loi, l'ARPA considère que *seules les personnes handicapées ou atteintes d'une maladie chronique se verront offrir la mort comme solution à la souffrance* tandis que d'autres soutiens seraient offerts aux autres personnes. L'association nomme ceci comme *une discrimination fondée sur le handicap* et pérennise les stéréotypes et la stigmatisation

des personnes porteuses de handicap d'après la Société canadienne des médecins de soins palliatifs.

L'Alliance des Chrétiens en droit fait part d'une proposition quant à la mise en place d'un protocole permettant de vérifier que *les personnes porteuses de handicap ont reçu des solutions de rechange viables lorsqu'elles sont admissibles à l'aide médicale à mourir*. L'Association Évangélique du Canada reconnaît que pour les personnes porteuses de handicap, il est très difficile d'avoir accès aux soins et divers soutiens dont elles ont besoin. Il arrive qu'elles se sentent comme des fardeaux pour leur famille, leurs soignants voire le système de santé et, par conséquent, demandent à recevoir une aide médicale à mourir. Ainsi, l'association VieCanada affirme qu'il est profondément discriminatoire que les personnes les plus vulnérables risquent d'être tuées. Dès lors, l'un des auteurs se réjouit de l'application de nouvelles mesures de sauvegarde qui visent à protéger les personnes vulnérables dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (Ménard Jean-Pierre). Une autre ajoute que ces directives permettraient d'éviter le meurtre des personnes vulnérables (Brink Marguerite). Pour rappel, ces mesures de sauvegarde sont :

(1) l'ajout d'un délai de 90 jours « pour conclure qu'une personne est admissible à l'aide médicale à mourir » (Gouvernement du Canada, 2020c) ;

(2) l'obligation que l'une des deux évaluations à l'admissibilité soit effectuée « par un médecin ou un infirmier praticien qui possède une expertise en ce qui concerne la condition à l'origine des souffrances de la personne » (*ibid.*) ;

(3) l'ajout de :

« deux modifications visant à clarifier les critères applicables au consentement éclairé dans ce type de contexte. La première [...] que la personne soit informée des services de consultation psychologique, des services de soutien en santé mentale, des services de soutien aux personnes handicapées, des services communautaires et des soins palliatifs qui sont disponibles et adaptés à sa situation [...]. La deuxième [...] exiger que la personne et les praticiens conviennent que les moyens raisonnables et disponibles pour soulager les souffrances de la personne ont été discutés avec cette dernière et ont été

sérieusement envisagés avant que l'aide médicale à mourir ne soit fournie »
(*ibid.*).

Toutefois, Nichols Gary fait part de l'expérience d'un de ses proches qui ne bénéficiait *d'aucune mesure de protection [...]. Il était une personne vulnérable souffrant d'une maladie mentale non traitée et laissée complètement sans défense entre les mains du personnel d'un établissement médical, derrière des portes closes.* La norme sur la protection des personnes vulnérables donne l'exemple d'un patient ayant besoin de soins en tout temps, qui a enregistré certains membres du personnel médical de l'hôpital lui proposant une aide médicale à mourir, lesquels *décrivent combien il en coûte pour le garder à l'hôpital au lieu d'obtenir les soins à domicile qu'il souhaite et dont il a besoin.* L'abolition du délai de 10 jours, dans le cas des personnes dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, est critiqué par l'association VieCanada qui pense que cette abolition *accroît le risque de maltraitance à l'égard des personnes vulnérables.*

Au-delà de la vulnérabilité, c'est la **valeur de la vie** qui est questionnée par les auteurs. En effet, selon eux, l'entourage, en ce compris les médecins, perçoit (consciemment ou non) les personnes porteuses d'un handicap *comme étant moins dignes de vivre ou comme ayant une qualité de vie intrinsèquement inférieure à celle des personnes non handicapées* (Adele Furrie et Lisa Furrie). Ces éléments seraient soutenus par une recherche menée auprès des professionnels de la santé qui *ont des attitudes négatives à l'égard de l'incapacité et de la dépendance* (Adele Furrie et Lisa Furrie). Les auteurs considèrent également que cette vision aurait une influence sur les prises de décisions. Ainsi, certains voient la proposition d'aide médicale à mourir comme une manière pour les médecins de dire à leurs patients que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Une auteure contredit cela en disant que :

Le fait de soutenir le droit de mourir et la disponibilité de l'aide médicale à mourir n'est pas une façon de militer en faveur de l'aide médicale à mourir ni de suggérer que la vie des personnes qui choisissent l'aide médicale à mourir ne vaut pas la peine d'être vécue. La question de savoir si une vie vaut toujours la peine d'être vécue ou endurée appartient à la personne elle-même (Perrot Chantal).

Cependant, nous pouvons remarquer que de nombreux auteurs mentionnent que la personne malade se pense être un fardeau pour ses proches et que lorsque le professionnel aborde l'aide médicale à mourir comme traitement possible pour soulager ses souffrances, ceci lui apparaît comme une manière de *confirmer sa perception que son existence n'est plus souhaitable, que nous sommes favorables à son inexistence* (Goligher Ewan). L'ARPA ajoute que si l'on n'interdit pas aux médecins d'aborder eux-mêmes l'aide médicale à mourir, on envoie aux malades *le message que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue* et donc que *certaines vies comptent plus que d'autres*. Une auteure, Ishikawa Julie Ann, ajoute qu'il faut aider les patients et ne pas leur faire *miroiter la perspective d'une mort rapide*. En outre, l'auteur Savage Luke pense que si le projet de loi C-7 est adopté, ce n'est pas uniquement le domaine médical, mais bien le pays tout entier qui *cède à une mentalité de jugement égocentrique qui n'accepte aucune imperfection ou réduction de la qualité de vie*. Selon l'Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société,

une personne qui ne souffre pas d'une incapacité a tendance à estimer de façon plus pessimiste la qualité de vie des personnes ayant une incapacité que les personnes ayant une incapacité elles-mêmes. Dès lors, les professionnels de la santé sont plus susceptibles de supposer que le désir de mourir d'une personne ayant une incapacité est rationnel.

Il adviendrait que les demandes d'euthanasie ou de suicide assisté deviendraient les *options par défaut* parce qu'on « s'attend » à ce que les gens optent pour l'aide médicale à mourir chaque fois que leurs proches, y compris les infirmières et les médecins ou le personnel soignant, pensent que leur vie n'en vaut plus la peine (Tampier Martin). Real Women of Canada rapporte que certains soignants conseillaient à leurs patients *de considérer l'euthanasie comme une « réponse » à une apparente piètre qualité de vie*. Il semble essentiel pour les auteurs que les malades puissent consulter un professionnel *qui ne laissera pas entendre qu'ils seraient mieux morts lorsqu'ils sont en proie au désespoir et au plus haut point vulnérables* (Herx Léonie). Ainsi, selon les auteurs, une qualité de vie inférieure ne devrait pas mener l'individu à demander l'aide médicale à mourir, il faudrait avoir, au préalable, essayé toutes les autres options possibles. Une évaluatrice de l'aide médicale à mourir, Dembo Justine,

contredit ces éléments en mentionnant que, selon elle, *l'aide médicale à mourir ne vise rien d'autre qu'à valoriser (la qualité) de vie*. Elle termine en disant qu'elle-même met profondément en valeur cette qualité de vie et qu'elle reconnaît que dans certaines circonstances, *la vie peut être insupportable sans grand potentiel de soulagement*.

La loi oblige le médecin à s'assurer que son patient a envisagé les différentes alternatives moins radicales avant d'accepter la demande d'euthanasie ou de suicide assisté. Selon Uni-T voix pour les Valeurs Chrétiennes, il est essentiel de *considérer l'ensemble de l'arsenal thérapeutique disponible pour soulager la souffrance d'un patient* qui le soignera et pourrait *améliorer sa qualité de vie*. Les organismes parlent également d'une discrimination envers les personnes souffrant d'une maladie mentale. Selon la DWDC, *une personne ne devrait pas être exclue de l'accès à l'aide médicale à mourir simplement parce qu'un problème mental plutôt que physique cause sa souffrance*. Enfin, certains auteurs se définissant comme chrétiens considèrent que la mort relève de la volonté de Dieu. Ils précisent qu'il ne faut pas la précipiter, mais faire face aux souffrances si tel est le choix de Dieu (Rodman Rick et Hradecki Carrie). Par ailleurs, selon Hradecki Carrie, *il serait moralement dangereux de permettre aux gens de mettre fin à leur vie* puisque celle-ci a été donnée par Dieu. Pour elle, mettre fin à sa vie apparaît comme une *grave offense* à Dieu. Et il ne faudrait pas que des médecins puissent aider *quiconque décide de se suicider*.

Certains organismes tels que l'AIIC préconisent de mettre en place des mesures afin de protéger les droits des patients. En effet, la Société canadienne des médecins palliatifs considère que des limites sont essentielles *afin de protéger les plus vulnérables contre le risque de coercition*. L'une des manières de protéger les patients est notamment de faire appel à des témoins qui ne font pas partie de l'équipe de soins de santé. Selon l'Alliance des Chrétiens en droit, *la loi doit protéger les patients non seulement contre les pressions sociales qui les poussent à choisir la mort, mais aussi contre la discrimination ou les préjugés en lien avec le fait de choisir de vivre*. Pour le Conseil des Canadiens avec déficiences, la loi devrait instaurer des règles plus claires ainsi que *des limites strictes scrupuleusement surveillées et appliquées*. La Norme sur la protection des personnes vulnérables demande à ce que le système de surveillance soit revu de sorte à obliger les médecins à

déclarer de façon suffisamment détaillée tous les facteurs dans les conditions de vie ou de logement d'un patient qui peuvent causer ou aggraver ses souffrances, ils doivent également signaler d'autres traitements ou interventions, notamment les soins palliatifs, le soutien aux personnes handicapées, l'aide au revenu, les services de consultation, la technologie d'assistance, les mesures de soutien à la communication et les adaptations à l'environnement, qui ont été offerts pour soulager la souffrance de leur patient, ainsi que les mesures prises pour les rendre disponibles.

La Norme veut également que le système de surveillance ne se fie pas *uniquement aux propos des praticiens de l'aide médicale à mourir au sujet de leurs patients et de leur pratique*. Elle veut s'assurer que l'exception de tuer une personne accordée aux médecins *soit utilisée de façon responsable et exempte d'erreurs, d'abus, de coercition et d'incitation*. Néanmoins, des proches de patients rapportent que les médecins n'agissent pas toujours en se souciant véritablement de leurs patients, mais préfèrent utiliser la voie directe de l'aide médicale à mourir. Ainsi, l'un des auteurs conclut par la formule-choc : *Les vétérinaires traitent mieux les animaux que les médecins traitent les humains* (Rodman Rick).

Dans cette seconde section, les discours à l'égard des médecins s'avèrent particulièrement négatifs pour de nombreux rédacteurs de mémoires. Les médecins apparaissent, à travers ces discours, comme des personnes sans éthique professionnelle, des personnes qui ne cherchent qu'à tuer. Ils seraient, dans la vision de Karpman, les persécuteurs qui font pression sur les malades pour les tuer et qui considèrent les patients comme des victimes faibles.

Cela nous fait penser à la notion de paternalisme médical que nous avons mentionnée précédemment. En s'appuyant sur la définition du paternalisme donnée par Gerald Dworkin, à savoir « une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte » (Jaunait, 2003), Alexandre Jaunait précise deux choses distinctes à propos du paternalisme médical. Il reprend l'affirmation selon laquelle « le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien-être du patient » (*ibid.*), et estime que l'état du patient ne permet pas toujours à ce dernier de prendre les bonnes à son propre sujet. En toute logique, le

médecin ne peut agir sans recevoir l'approbation du malade, toutefois, les rédacteurs des mémoires font part de décisions, en lien avec l'aide médicale à mourir, prises par les médecins sans concertation préalable avec les patients. Dans le modèle du paternalisme médical, les auteurs réaffirment « l'inégalité nécessaire médecin/patient », dans cette relation le patient doit faire une confiance aveugle au professionnel de la médecine. Ainsi, nous pensons que le médecin praticien de l'aide médicale à mourir est vu, notamment, comme un persécuteur par de nombreux rédacteurs de mémoires, et, qui plus est, si nous l'imaginons dans un modèle de paternalisme médical. Effectivement, pour Karpman, le persécuteur est celui qui, pensant avoir raison et pour avancer, fait violence. Dans le cadre de notre recherche, les rédacteurs mentionnent à maintes reprises des abus (ou la peur de ceux-ci) par des médecins qui souhaiteraient tuer leurs patients en considérant que ces derniers sont des fardeaux, ou que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Le médecin se trouve en position de pouvoir face aux malades vulnérables, mais également face aux proches de ces derniers. Certains auteurs considèrent que le médecin devrait tenir l'entourage du malade au courant des décisions prises pour le patient. Nous retrouvons également les traits du paternalisme médical puisque la loi autorise légalement un médecin à tuer son patient, le considérant comme le plus à même d'évaluer la requête du malade. Pour rappel, l'article 241.1 du Code criminel canadien donne l'autorisation à « un médecin ou un infirmier praticien¹² :

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort ;
- b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort » (Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46).

Ceci contribue à affirmer l'inégalité dans la relation médecin-patient, mentionnée par les auteurs des mémoires et Jaunait également. Ce qui pourtant, comme nous l'avons vu, contrevient à l'idée libérale selon laquelle, le médecin ne peut agir sans l'aval du patient.

¹² Comme nous l'avons déjà mentionné, nous avons utilisé dans ce mémoire le terme « médecin » pour englober les médecins et les infirmiers praticiens autorisés à pratiquer l'aide médicale à mourir.

Section 3 : Médecin : Victime ?

Il nous semble que les professionnels de la médecine sont parfois considérés comme des victimes du projet de loi. En effet, l'un des auteurs des mémoires mentionne que la légalisation de l'aide médicale à mourir leur a été imposée (Maher John), une autre ajoute qu'aucune étude n'a été menée pour aborder les effets de cette légalisation sur les médecins. Leur pratique clinique s'est, pourtant, vue particulièrement modifiée depuis 2016 et le projet de loi de 2020 vient encore la bouleverser :

Un pays devrait être fier d'avoir des citoyens pacifiques et heureux qui croient en leurs valeurs et en celles des autres. Ce n'est évidemment pas le cas ici au Canada, lorsque des groupes tentent d'encourager la mort et de forcer les médecins à tuer des gens. Cette situation est inacceptable (Smith Cathy).

Il est demandé que le projet de loi protège *explicitement les médecins qui ne veulent pas renier leur serment d'Hippocrate et veulent demeurer fidèles à leurs propres valeurs et croyances*, l'auteur qui relève ce propos, Taylor Coleen, s'inquiète de l'avenir du système médical dans le cas où un médecin qui refuse d'administrer l'euthanasie ou le suicide assisté n'est plus le bienvenu. Certains professionnels ressentent le besoin de pouvoir discuter des enjeux ou des soins de santé qu'ils considèrent éthiquement problématiques (Lamb Danielle). En effet, il leur est parfois difficilement envisageable de mettre fin à la vie de leurs patients bien que ces derniers soient en proie à de véritables souffrances : *L'être humain possède une dignité inhérente. Mettre fin à la souffrance en mettant fin à la vie est profondément contraire à cette dignité* (O'Brien Benjamin). Pour des raisons éthiques ou religieuses, certains professionnels ne veulent pas fournir l'aide médicale à mourir.

La société canadienne des médecins de soins palliatifs, la DWDC, l'AEC et d'autres organismes demandent à ce que *les médecins bénéficient de la protection de leur intégrité et de leur liberté de conscience* s'ils ne veulent pas participer à l'aide médicale à mourir. Une citoyenne, Chang Mélanie, demande également à ce que *les fournisseurs de soins de santé qui ne souhaitent pas participer à l'euthanasie ou aiguiller leurs patients pour qu'ils se fassent euthanasier* n'y soient pas obligés. En effet, selon elle, le projet de loi oblige les médecins à faciliter l'euthanasie pour leurs patients. Nous pourrions ici voir une forme de victimisation des médecins face à

l'imposition de ce projet de loi. De plus, selon les dires de certains, des établissements médicaux n'engageraient plus les médecins qui refusent de pratiquer l'aide médicale à mourir pour les patients qui en font la demande. D'ailleurs, l'AEC et l'Alliance des Médecins contre l'Euthanasie rapportent que des médecins ont subi des *pressions pour participer au processus d'aide médicale à mourir et ce au mépris de leurs convictions profondes*. Nous voyons apparaître ici la figure du médecin-victime de la loi, mais également des supérieurs qui les embauchent.

Selon l'Association nationale des infirmiers catholiques, il est nécessaire *d'empêcher des organismes professionnels d'établir des normes qui obligent les cliniciens à participer à la cause de la mort de leurs patients*. Le Justice Center of Constitutional Freedoms trouve *préoccupant de forcer les médecins à aider leurs patients à se suicider ou à les aiguiller vers une telle aide*. Une auteure fait part de son inquiétude quant au *dilemme pratiquement insoluble* auquel font face les médecins : *choisir entre leur carrière et leur conscience* (Lamb Danielle). Pour l'AEC, l'élargissement des critères d'admissibilité aura pour conséquence d'accroître le nombre de professionnels de la santé qui s'interrogent sur leur conscience. Il n'apparaît pas étonnant aux yeux de certains citoyens que *pour des motifs de conscience, des travailleurs de la santé quitteront le domaine, refuseront d'y entrer ou déménageront dans des provinces où les protections législatives sont rigoureuses* (Lamb Danielle), et ce, dans le but de travailler en accord avec la loi et leur conscience ou *par un souci moral profond de préserver la valeur du patient et de maintenir des soins médicaux de haute qualité* (Goligher Ewan). Pour d'autres, comme Pederson Lorna, des médecins pourraient même en venir à exercer leur profession en allant à l'encontre de leurs convictions.

Dès lors, tous s'accordent à dire que la liberté de conscience des professionnels de santé, qui, par ailleurs, est l'une des libertés fondamentales reprises dans l'article 2 de la Charte canadienne des droits et libertés (Gouvernement du Canada, 2017), doit être protégée. Le Justice Center of Constitutional Freedoms rappelle également que, même si les médecins travaillent pour le service public, ils ne perdent en rien leur liberté de conscience et de religion. La décision de participer aux processus d'aide médicale à mourir appartient au médecin. L'organisme Protection of Conscience Project soutient que si les travailleurs de la santé s'opposent à l'aide médicale à mourir

pour des raisons de conscience ou de religion, ils ne devraient pas être *obligés de le faire, ni punis ou désavantagés en cas de refus*.

Il semble également nécessaire de parler *des souffrances terribles causées par le fait de devoir tuer sans soutien* (Maher John). Tuer une autre personne n'est pas un acte anodin. Par ailleurs une auteure rapporte que des infirmières ont été obligées de *participer à l'aide médicale à mourir [et] ont, par la suite, souffert de dépression* (Pederson Lorna). En effet, certains, tels que Gagnon Boisvert Hugues et Goligher Ewan, reconnaissent *le lourd fardeau émotionnel et moral* de tuer un patient et il est donc *compréhensible et éminemment raisonnable que de nombreux médecins et infirmières s'opposent à la pratique de l'euthanasie en général*. Ils pensent nécessaire que le gouvernement réitère dans la loi cette liberté de conscience qui doit être accordée à tous les professionnels du milieu médical. Ils ne doivent être contraints à participer, *de près ou de loin*, à la procédure d'aide médicale à mourir et doivent pouvoir refuser d'y participer sans risquer de sanctions. Toutefois, certains auteurs déclarent que les professionnels du soin *doivent être en mesure de concilier l'aide médicale à mourir avec leur obligation de soins*, leur priorité étant le patient (Trudo Lemmens et Mary Shariff).

Les médecins et infirmiers praticiens, considérés comme des experts, sont les seules personnes légalement autorisées à mettre fin à la vie d'une autre personne. De plus, ils ont toujours été mus par la volonté et le devoir de guérir, ou dans une moindre mesure, soulager les souffrances sans délibérément mettre fin à la vie de leur patient. Ces éléments peuvent sembler incompatibles dans le cadre d'exercice de la médecine. Certains médecins *se sentent intimidés et soumis à la contrainte* de devoir aider leur patient à mourir, sentiment notamment dû au fait que divers organismes exigent leur participation (Coelho Ramona). Le Justice Center of Constitutional Freedoms ajoute qu'il est encore moralement et éthiquement difficile pour un grand nombre de médecins *d'éliminer un patient comme moyen de le « traiter »*. De plus, ils considèrent être obligés de *devoir faciliter le suicide au lieu de le prévenir, et ce, pour un nombre toujours croissant de personnes*.

Conscientes des responsabilités qu'implique ce droit de tuer, Dembo Justine et Daws Tanja, des auteures exerçant la médecine, affirment ne jamais prendre de demandes d'aide médicale à mourir *à la légère*. Selon elles, il n'y a *jamais eu de*

pommes pourries parmi les médecins depuis que l'aide médicale à mourir a été légalisée au Canada. Ils ont toujours *appliqué les règles avec diligence et minutie*. Selon elles, ceci prouve *la fibre morale des médecins et infirmiers praticiens [...] ainsi que le souci du respect de la loi et de l'engagement envers celle-ci*. Selon la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC), lorsqu'un patient dit que ses souffrances sont intolérables, le médecin devrait soulever la question. Sinon, il s'agirait de prolonger inutilement la souffrance intolérable.

La Chambre des notaires reconnaît la responsabilité pesant sur les épaules des praticiens spécifiquement lorsqu'il s'agit d'administrer l'aide médicale à mourir à une personne qui ne peut plus y consentir. Selon elle, une personne de confiance pourrait être bénéfique autant pour le patient que pour le médecin. D'autres organismes parlent du fardeau laissé au médecin notamment car les fournisseurs de soins ne bénéficient généralement pas d'un appui de leur employeur comme le mentionne l'AIIAO ou encore du *fardeau administratif accru* dû à l'augmentation des déclarations et documents liés aux demandes d'aide médicale à mourir dont parle l'organisme SPIIC. Selon une médecin de famille prestataire de l'aide médicale à mourir, la légalisation de cette pratique signifie *le début d'un nouveau parcours professionnel et personnel éprouvant, sacré et rempli de responsabilités extraordinaires* (Daws Tanja). D'ailleurs, elle témoigne en disant : ce travail est *le plus éprouvant, mais aussi le plus gratifiant de ma carrière de 20 ans*.

Daws Tanja se montre également consciente des risques qu'encourent les membres de la profession en cas de dérogation à la loi : *Nous risquons la prison*. Une défenseuse de cette pratique affirme que les évaluateurs et praticiens font preuve d'éthique médicale en travaillant avec *diligence, compassion et rigueur* (Perrot Chantal). Ils cherchent à comprendre les préoccupations et volontés des patients afin d'évaluer au mieux leur demande. Différents organismes précisent qu'il serait important que les médecins bénéficient également de protection au même titre que les patients sont protégés des abus potentiels.

Dans cette partie, nous voyons émerger la figure du médecin-victime qui se voit de plus en plus obligé de pratiquer des aides médicales à mourir au détriment de sa liberté de conscience. Karpman dit que la victime est celle qui subit la violence. Contrairement à la section précédente, dans laquelle la violence était d'ordre plutôt

physique, elle semble, ici, prendre un aspect plus psychologique. En effet, comme le dit un auteur, les médecins font face à de plus en plus de dilemmes. Les rédacteurs des mémoires donnent pour exemple le fait, pour le médecin, de devoir choisir entre ses valeurs et son métier. Cependant, Karpman mentionne que le persécuteur peut également se sentir victime du système sans rien perdre de sa figure initiale. Nous pensons que cela pourrait être en partie vrai ici. La différence dans le cas présent est que ce ne sont pas uniquement des médecins eux-mêmes qui se voient comme victimes, mais également des organismes et individus qui ne sont pas des professionnels de la médecine. Dans la théorie de Karpman, la victime se plaint plus qu'elle ne cherche de solutions, mais nous n'avons pas décelé ce type d'éléments dans les mémoires étudiés. Tout comme le fait de se voir incapable et faible, nous ne trouvons pas de trace de ce type d'arguments dans les écrits des citoyens et organismes. Toutefois, les médecins ont une forme d'incapacité face à la maladie puisqu'il leur arrive de ne pas avoir de solution pour guérir leur patient. Les médecins sont donc limités par les connaissances médicales actuelles. Par contre, Lac et Donaldson mentionnent que les victimes ont des difficultés d'adaptation aux situations auxquelles elles font face. Ces difficultés ne sont pas évoquées comme telles, mais les rédacteurs des mémoires font part d'obstacles pour certains médecins de s'adapter à cette situation. Accepter l'aide médicale à mourir en tant que telle pour certains médecins peut être très complexe, notamment parce qu'ils ont prêté le Serment d'Hippocrate au moment de leur entrée dans la profession. Toutefois, nous avons pu constater que certaines médecins, auteurs de mémoires, se sont adaptées et trouvent du sens à accompagner les demandeurs d'aide médicale à mourir. Dans l'analyse des mémoires, nous trouvons une forme de reconnaissance parmi les professionnels de la santé qui doivent exercer avec de multiples responsabilités sur les épaules, notamment avec les modifications telles que le fait de pouvoir administrer l'euthanasie volontaire à une personne qui ne peut plus y consentir mais qui y a consenti lorsqu'elle était encore en état de le faire. En plus d'un lourd fardeau émotionnel dû aux multiples dilemmes et questionnements auxquels ils font face, les médecins se retrouvent avec une augmentation de leur travail administratif et le sentiment d'avoir une épée de Damoclès au-dessus de leur tête puisque, comme le mentionne un médecin, ils risquent la prison. De nombreux rédacteurs de mémoires demandent à ce que les médecins reçoivent une protection suffisante. D'une part pour ceux qui pratiquent l'aide médicale à mourir et d'autre part pour ceux qui font le choix de ne pas y recourir. En effet, participer à une telle pratique a des conséquences

psychologiques importantes et il est nécessaire d'être aidé selon les auteurs des mémoires. Ne pas y participer génère d'autres conséquences, notamment, comme le mentionne un auteur, ne plus être embauché dans tous les établissements, faire le choix de déménager pour ne pas devoir exercer dans une province qui autorise l'aide médicale à mourir, ou encore, changer radicalement de profession.

Section 4 : Médecin : Sauveur ?

Le professionnel médical a la confiance du gouvernement, il a les connaissances médicales pour réaliser les évaluations : *Après tout, le médecin est le véritable expert.* Cependant, il doit consulter d'autres spécialistes *lorsque les questions qu'il traite dépassent ses propres compétences* (Findlay Cindy, David I. W. Hamer, Michael E. Royce et Mary Jane Heintzman). Cette modification apportée par le projet de loi C-7 est approuvée par Pederson Lorna qui considère que *les médecins qui l'administrent* (l'aide médicale à mourir) *pourraient ne pas avoir l'expertise nécessaire concernant chaque problème de santé ou déficience.* Selon elle, les médecins doivent *promouvoir des soins médicaux standards de qualité plutôt que l'aide médicale à mourir.* De plus, les médecins se sentent dépourvus lorsqu'ils doivent s'assurer que leur patient a sérieusement envisagé les autres options de traitements qui s'offrent à lui. En effet, les médecins peuvent discuter des diverses possibilités qui se présentent aux malades, mais ne peuvent jamais savoir s'ils les ont véritablement envisagées. Ils doivent également s'assurer que ce choix est le choix des patients et qu'ils n'ont en aucun cas été poussés à le faire. Une évaluatrice de l'aide médicale à mourir (Perrot Chantal) raconte que depuis plus de 4 ans, un seul de ses patients s'est vu refuser l'euthanasie car ce n'était pas son propre choix, lui a-t-il dit.

Daws Tanja, médecin de famille prestataire de l'aide médicale à mourir, raconte que l'un de ses patients lui a demandé si *elle allait l'aider à mourir* et ne s'attendait pas à entendre un autre d'entre eux *dire « merci de m'avoir sauvé la vie » quelques instants avant qu'elle ne l'aide à mourir.* Pour ce patient, être sauvé ne signifiait pas vivre mais mourir afin de ne plus souffrir. Une autre médecin se présentant comme une évaluatrice des demandes d'aide médicale à mourir fait part du soulagement que les malades peuvent ressentir lorsqu'elle les rencontre pour l'évaluation à l'aide médicale à mourir. Ceux-ci sont très reconnaissants : *Je suis tellement content que vous ayez appelé ! [...] Vous êtes mon héroïne ! Merci infiniment,* ou un autre la considère comme

un cadeau du ciel (Perrot Chantal). De plus, l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'aide médicale à mourir rapporte que les proches implorent régulièrement le clinicien de procéder à l'intervention, de manière légale ou illégale. La situation leur semble insoutenable et le médecin ne pourrait-il pas être le sauveur de cette situation ?

Certains organismes tels que la commission sur les soins de fin de vie se réjouissent de l'abolition du délai de 10 jours qui est souvent une période de grande souffrance pour les patients. Divers organismes rapportent que les malades dont la demande a été acceptée refusent de prendre des médicaments durant cette période de réflexion par peur de ne plus être conscients à la fin de cette période. Les demandes anticipées soulèvent bien des questionnements de la part des organismes. La DWDC raconte l'expérience d'une patiente dont la demande d'aide médicale à mourir a été acceptée dans une clinique suisse, mais, qui en raison de la Covid-19, n'a pas pu s'y rendre. Cette patiente se dit *surprise, soulagée et heureuse d'apprendre* qu'elle pourrait bénéficier de cette aide au Canada grâce au nouveau projet de loi.

En racontant leur expérience clinique, des médecins se disent privilégiés d'avoir pu aider leurs patients à partir paisiblement grâce à l'aide médicale à mourir, elles qui, au départ, préfèrent le choix de la mort naturelle, se préoccupent du droit de chacun de *choisir la façon de mourir qui convient le mieux à ses valeurs et ses priorités*, du droit de pouvoir *contrôler sa mort* (Weiss Edward S.). Nakazato Tony, un autre médecin, dit avoir fait *l'expérience la plus terrifiante de sa vie lorsqu'un patient qui souffrait le martyre l'a supplié de l'abattre pour ne plus qu'il ait mal*. De plus, certains médecins considèrent que leurs patients leur apprennent beaucoup sur *la force, le courage, la résilience, l'intégrité*. Un autre ajoute que *les personnes malades en phase terminale ne cherchent pas quelqu'un qui va les guérir, mais plutôt quelqu'un qui va les écouter, rester auprès d'elles et se souvenir d'elles* (Perrot Chantal et Nakazato Tony).

Enfin, nous pouvons dire que le médecin en tant que sauveur soigne la violence de la maladie et des souffrances intolérables vécues par les patients. Karpman mentionne que le sauveur n'a pas toujours les moyens d'aider. Dans le cas présent, le médecin n'a pas toujours les moyens de sauver son patient, c'est pourquoi il existe l'aide médicale à mourir. Karpman ajoute que le sauveur n'a pas toujours été invité à

aider. Nous pouvons ici faire lien avec les abus et la peur de ceux-ci mentionnés par de multiples rédacteurs de mémoires. Nous en venons à la question de l'autonomie. Cette dernière est discutée par Alexandre Jaunait lorsqu'il écrit sur le paternalisme médical. Il dit qu'un médecin paternaliste considère son patient comme incapable de décider pour lui-même et se justifie en disant prendre les décisions au nom du bien-être de son patient (Jaunait, 2003). Ceci est également soulevé par Karpman pour qui les sauveurs se considèrent comme des « peacemakers, saints or martyrs » (Lac & Donaldson, 2020, p. 3). Dans les mémoires étudiés, certains rédacteurs demandent à ce que la loi stipule explicitement que la conversation à propos de l'aide médicale à mourir soit bien entreprise par le patient et non le médecin. Cela signifie que le médecin ne pourrait proposer l'aide médicale à mourir comme toute autre option de soin disponible à son patient. Néanmoins, certains médecins racontent avoir été surnommés *héros* par les patients qu'ils ont aidé à mourir. Selon Karpman, le sauveur « confond sauver et aider » (Karpman, 2020), nous n'avons pas trouvé de tels arguments dans les mémoires. En effet, les médecins rédacteurs se montrent conscients de ne pas toujours avoir de solution face à la maladie. Nous observons, par contre, qu'aux yeux de certains professionnels de la médecine (qui sont contre l'euthanasie volontaire et le suicide assisté) sauver ou aider son patient ne signifie pas le tuer, mais le garder en vie malgré les souffrances vécues. Nous l'avons vu, à la fois dans les mémoires et la littérature scientifique, de plus pour les plus croyants, la vie est l'œuvre de Dieu et il faut accepter une vie avec des obstacles tels que la maladie. Karpman disait que le sauveur peut devenir une victime face aux critiques des autres, les vives critiques à l'égard des médecins praticiens de l'aide médicale à mourir permettent d'affirmer cet élément.

Section 5 : Conclusion

Dans les sections précédentes, nous avons analysé les données à l'aide des concepts de persécuteur, victime et sauveur, selon la définition de la théorie du triangle dramatique de Karpman. Avant cela, dans les mémoires, nous avons remarqué que trois discours différents ressortaient à propos du médecin praticien de l'aide médicale à mourir : tueur, victime et héros. En effet, après une première lecture des mémoires qui constituent l'empirie, nous remarquons que les auteurs ne soutenaient pas nécessairement les médecins praticiens de l'aide médicale à mourir et émettaient parfois de vives critiques à leur égard, alors que d'autres étaient beaucoup plus positifs voire empathiques face aux médecins praticiens de l'aide médicale à mourir. Karpman

nous a donc aidé à organiser notre analyse et, ainsi, à montrer comment sont considérés les médecins praticiens de l'aide médicale à mourir. Dans la première partie de cette section, il semble essentiel de faire discuter les résultats de l'analyse avec certains éléments de la littérature scientifique. Dans la seconde partie de la section, nous nous attachons à répondre à notre question de recherche.

I. Discussion

Ainsi, une partie des auteurs des mémoires analysés ont dépeint une image très négative du médecin praticien de l'aide médicale à mourir. Comme nous l'avons vu, ils le considèrent comme un persécuteur, prêt à tuer les personnes les plus vulnérables. Autant dans la littérature scientifique que dans les mémoires, nous avons observé un questionnement relatif à la valeur de la vie dès lors que l'aide médicale à mourir était discutée. En effet, selon les auteurs, des médecins praticiens de l'euthanasie volontaire et du suicide assisté considèrent que certaines vies valent plus la peine d'être vécues que d'autres. Toutefois, lorsque des rédacteurs qui pratiquent l'aide médicale à mourir parlent d'un médecin-sauveur, c'est par le biais de leurs patients. En s'emparant des mots de ces derniers, les médecins rendent compte d'un discours particulièrement positif, les médecins ne les tuent pas, ils sont des sauveurs qui mettent fin aux souffrances insupportables endurées quotidiennement par lesdits patients. Un médecin raconte que son patient l'a remerciée de lui avoir *sauvé la vie* (Daws Tanja) en acceptant de l'aider à mourir. Cette phrase précédemment évoquée montre bien à quel point la mort n'est pas le contraire de la vie, mais qu'elle fait partie intégrante de la vie.

Dans l'analyse de ces deux catégories (persécuteur et sauveur), nous avons intégré la notion de paternalisme médical. Cette dernière nous semble appropriée pour discuter de certains éléments notamment lorsque les auteurs mentionnent les risques d'abus par les médecins (figure du persécuteur) et lorsqu'il est question de l'autonomie et du bien-être des patients (figure du sauveur). En effet, les rédacteurs des mémoires redoutent que le médecin fasse pression sur le malade pour recevoir l'aide médicale à mourir. D'ailleurs, divers organismes et citoyens recommandent l'ajout des mesures de protection pour les personnes vulnérables. De plus, les rédacteurs des mémoires soulignent une forme d'incapacité décisionnelle chez les patients qui justifie le paternalisme médical, c'est-à-dire que les médecins prennent les décisions pour le

patient lui-même. Dans la littérature scientifique, Dumont et Maclure parlent, quant à eux, de paternalisme bienveillant qui accorde une attention particulière au bien-être de la personne. Autant dans la littérature que dans les mémoires étudiés, les auteurs parlent de l'inégalité existante entre le médecin et son patient. Toutefois, la littérature montre que depuis les années 1990, le malade a une véritable place dans les décisions qui concernent sa santé. Le médecin est, en effet, tenu au secret professionnel, ce que le rédacteur Nichols Gary, dont l'un des proches (Alan) a fait une demande d'aide médicale à mourir, regrette. Il semble en colère de ne pas avoir été mis au courant qu'Alan avait demandé l'aide médicale à mourir : *Notre famille a été laissée dans l'ignorance et induite en erreur [...]. Nous ne savions pas qu'Alan avait demandé l'aide médicale à mourir.* Comme le dit la littérature, le malade ne discute pas systématiquement avec ses proches de son choix, situation parfois compliquée à accepter par ces derniers surtout lorsque les valeurs défendues ne sont pas identiques de part et d'autre. Dans le cas présent, les proches d'Alan considèrent le médecin comme un persécuteur qui aura accompli les choses sans les tenir informés. Pour faire lien avec la vision du médecin comme une victime, nous pouvons nous demander si cette figure du médecin en tant qu'« autorité médicale » n'est pas une forme de pression que l'on met sur ses épaules. Les citoyens ne s'attendent-ils pas à ce que le professionnel de la santé réponde à toutes leurs questions ? N'y a-t-il pas des pressions externes qui lui demandent d'avoir les réponses et solutions pour chaque problème ? Selon Karpman, le persécuteur peut se sentir victime du système qui l'a obligé à le devenir. D'ailleurs, les rédacteurs des mémoires ont mentionné que les médecins n'avaient pas été interrogés avant la proposition de cette loi. De là à penser que les médecins ne sont que les victimes d'un système qui les a transformés en persécuteurs, il n'y a qu'un pas.

Les mémoires analysés viennent corroborer ce que Dumont et Maclure rapportaient au sujet du personnel médical. En effet, selon eux, légaliser l'aide médicale à mourir oblige les médecins à se questionner sur le sens de leur profession et de leurs pratiques. Ils font également face à leurs croyances et leur éthique en tant que professionnel. Dans les mémoires présentant le médecin comme victime, nous avons observé que les rédacteurs relevaient déjà les mêmes questionnements et dilemmes auxquels font face les professionnels de la médecine. Tout comme dans la

littérature, les conséquences psychologiques pour les médecins sont présentes et elles interpellent les rédacteurs des mémoires.

Enfin, une minorité de mémoires parlent du professionnel de la médecine comme d'un sauveur. Nous avons trouvé ce petit nombre particulièrement étonnant puisque, d'une part, nous avons observé que des mouvements activistes en faveur de l'aide médicale à mourir avaient vu le jour depuis la légalisation de cette pratique. Nous aurions pensé avoir une plus forte représentation des défenseurs de cette pratique et des médecins qui y sont associés parmi les auteurs des mémoires. D'autre part, dans un monde libéral où l'on veut pouvoir choisir la manière dont on veut mourir, nous imaginions découvrir plus d'avis en faveur de cette liberté de choix de la mort. Nous pourrions également émettre l'hypothèse que les personnes les plus clémentes envers les médecins praticiens de l'aide médicale à mourir sont les demandeurs mêmes de l'aide en question. Ils ne sont plus de ce monde pour en témoigner. Nous pourrions expliquer ces faibles représentations par l'hypothèse que les mémoires ont été écrits de manière volontaire par des personnes qui voulaient faire entendre leur avis sur le projet de loi C-7. Comme nous l'avons vu, nous n'avons pas un échantillon représentatif de la population. De même pour le point de vue selon lequel les médecins sont plus favorables au suicide assisté qu'à l'euthanasie volontaire (du fait de leur rôle plus passif dans la pratique), soutenu dans la littérature scientifique, nous n'en trouvons aucune trace dans les données analysées. Nous avons plutôt rencontré des visions soit favorables à l'aide médicale à mourir dans son ensemble (euthanasie volontaire et suicide assisté), soit défavorables à ces pratiques.

Toujours par soucis de transparence et d'honnêteté, précisons que certains auteurs considèrent l'aide médicale à mourir comme un suicide. Les définitions comportent pourtant des différences significatives. L'un est légalement autorisé et soutenu. Tandis que l'autre est l'objet d'une campagne de prévention. Devrions-nous penser qu'à partir du moment où le choix de mourir est posé par le patient il s'agit d'un suicide ? Faut-il envisager que les auteurs usent d'un vocabulaire moins bien toléré pour faire réagir ? Si ces occurrences méritent d'être pointées, elles ne répondent cependant pas à la question posée dans ce travail.

II. Réponse à la question de recherche

Pour rappel, notre question de recherche s'intitule : *Comment les Canadiens se représentent le médecin praticien de l'aide médicale à mourir ?* Au départ, nous nous sommes posé une autre question : *Pourquoi l'Etat ne s'intéresse pas plus à la figure du médecin qui semble pourtant assez controversée dans les mémoires ?* Cependant, les données que nous avons ne nous permettront pas de formuler une réponse à la seconde question. Il se pourrait que les réponses que nous donnerons à la première question amorcent une réflexion quant au rôle du médecin accordé par l'Etat.

À travers les discours analysés, la figure du médecin en tant que persécuteur s'avère prédominante sur les autres. Cette observation implique notamment de porter un intérêt tout particulier aux rédacteurs des divers mémoires. En effet, comme nous l'avons vu, ces rédacteurs sont des citoyens canadiens ayant volontairement donné leur avis sur le projet de loi C-7 visant à modifier le Code criminel canadien sur les dispositions de l'aide médicale à mourir. Nous pourrions nous demander si nous sommes « revenus à Rodriguez », en 1993. En effet, Gabrielle Pilliat montre dans sa thèse que les juges ont un regard très négatif sur le médecin. Tandis qu'en 2015, moment de l'arrêt Carter, le regard a évolué et s'avère nettement plus clément. Bien que notre travail révèle une prédominance de la figure du persécuteur, nous observons également une tendance à victimiser le médecin face au système et au gouvernement qui lui imposent cette loi et lui donne le pouvoir légal de tuer. Toutefois, nous remarquons que les auteurs semblent penser que la loi va tout changer, alors qu'elle ne fait que légaliser l'action de tuer. Elle n'accorde aucun pouvoir supplémentaire au médecin en question qui a déjà les moyens de le faire. Enfin, le médecin est parfois associé à un sauveur, un héros qui vient délivrer les malades des souffrances intolérables qu'ils subissent au quotidien. Du point de vue des proches, une forme de victimisation du médecin apparaît dans la mesure où, implorant ce dernier de « soulager » coûte que coûte le patient en grande souffrance et eux aussi (il est très pénible de vivre l'intolérable et l'insupportable souffrance de l'autre), les proches en question préféreraient parfois que le médecin agisse dans l'illégalité plutôt que dans le strict respect de la loi.

Nous observons que ces trois figures du médecin sont parfois perméables entre elles. En effet, en considérant les définitions de Karpman, nous voyons qu'il est

difficile de ne pas les lier entre elles. Le persécuteur a le sentiment d'avoir été obligé à devenir ce qu'il est. Il se sent victime. Nous constatons également que, comme le dit Karpman, le sauveur peut devenir victime au sens où il est très critiqué. Le médecin qui sauve le malade de sa douleur est celui qui va lui donner la mort (salvatrice), celui qui peut paraître « le mauvais » aux yeux des individus ne tolérant pas l'aide médicale à mourir. C'est ce qu'on appelle la quadrature du cercle¹³, et par définition, il est impossible d'y échapper. Comme dans de nombreuses situations, satisfaire pleinement la demande et les attentes de chacun est utopique. Ce qui plait à l'un déplaira à l'autre, a fortiori lorsqu'il s'agit de vie ou de mort. Les lois n'échappent pas à tout cela. Si elles ne plaisent pas à tous, elles ont au moins le mérite de donner un cadre aux activités humaines, d'éviter les débordements et autres exagérations ainsi que d'essayer de protéger les plus faibles. Reste à espérer que, pour le bien de tous, chacun agisse en son âme et conscience.

¹³ « Expression utilisée pour désigner un problème dont on sait par avance, parce que cela a été dûment démontré, qu'il n'a pas de solution » (Le Robert en ligne, s.d.-b).

Conclusion

En partant de la question : *Pourquoi l'Etat ne s'intéresse pas plus à la figure du médecin qui semble pourtant assez controversée dans les mémoires ?* Nous avons sélectionné les mémoires liés à notre sujet de recherche. Au terme d'une relecture de ceux-ci, nous avons opté pour la question de recherche suivante : *Comment les Canadiens se représentent le médecin praticien de l'aide médicale à mourir ?*

Après avoir défini ce que recoupe l'aide médicale à mourir et avoir contextualisé notre problématique, au moyen de la théorisation ancrée formalisée par Glaser et Strauss en 1967 et principalement sur base de l'article de Anne Laperrière, nous avons tenté de rendre compte des diverses manières dont le médecin praticien de l'aide médicale à mourir est représenté par les rédacteurs des mémoires. Trois qualitatifs distincts résument cette représentation de la figure médicale : tueur, victime et héros. À l'aide de la théorie du triangle dramatique de Karpman et de ses définitions, nous avons catégorisé et structuré notre analyse en quatre points. Le premier, très descriptif et pour lequel Karpman ne nous fut d'aucune aide, concerne la transformation de la médecine, les trois suivants se penchant sur trois images du médecin, respectivement celle du persécuteur, celle de la victime et celle du sauveur. Nous avons pu constater que ces trois représentations du médecin étaient toutes présentes dans les mémoires, mais à des degrés divers.

En effet, le figure du persécuteur est la plus répertoriée des trois. Les rédacteurs des mémoires ont dépeint une image particulièrement négative du médecin, précisant qu'il souhaite tuer, qu'il s'accorderait même le droit d'outrepasser les limites fixées par la loi face à des personnes vulnérables et sans aucune protection. Selon eux, le médecin dévalorise la vie de ses patients et exerce une pression sur eux afin qu'ils optent pour l'aide médicale à mourir. Dans cette optique, la confiance entre le médecin et son patient est compromise. De multiples auteurs demandent à ce que la loi soit revue pour accroître la protection des malades et empêcher les abus des médecins, et d'autres voudraient que l'aide médicale à mourir ne soit plus reconnue comme un soin de santé. Ces derniers demandent que le fait de tuer une autre personne, quelles que soient les circonstances, soit considéré comme un meurtre. Nous avons intégré la notion de paternalisme médical à cette figure du persécuteur.

La figure de victime est également bien présente dans les données, cette fois le médecin apparaît comme la victime du système dans lequel nous vivons, l'empêchant de respecter son Serment d'Hippocrate et l'obligeant à subir les conséquences de cette nouvelle législation. Les rédacteurs parlent d'un fardeau tant administratif qu'émotionnel pour lequel les médecins ne sont pas systématiquement aidés ni soutenus. Nous observons là une difficulté pour les médecins à s'adapter à la nouvelle législation, conduisant certains à déménager afin de pouvoir continuer à exercer leur profession dans le respect de leurs valeurs personnelles.

Enfin, nous décelons une troisième et dernière figure, celle du sauveur. Les rédacteurs parlent d'un médecin attentionné et rigoureux prêt à aider les personnes en souffrance quotidienne. Il arrive même que l'entourage d'un demandeur d'aide médicale à mourir considère le médecin comme le héros qui a sauvé leur proche. Les rédacteurs souhaitent que la législation en faveur de l'aide médicale à mourir perdure et que les critères d'admissibilité continuent de s'élargir afin que les personnes qui désirent mettre fin à leurs incurables et intolérables souffrances puissent le faire en toute légalité (et sérénité) dans leur pays qu'est le Canada. Dans cette position, le sauveur manifeste parfois une forme de paternalisme médical, considérant que le patient n'est plus capable de prendre les bonnes décisions qui le concernent.

Pour terminer, nous nous demandons si le médecin prévu comme le référent capable de pratiquer l'aide médicale à mourir est la meilleure ressource ? Il semblerait que la personne du médecin en tant que telle ne soit pas remise en cause. C'est bien toute la pratique de l'aide médicale à mourir qui est ici pointée du doigt. Toutefois, comme nous l'avons vu dans le chapitre sur la transformation de la médecine, il est vrai que l'aide médicale à mourir vient modifier la pratique des professionnels de la santé, ces derniers le mentionnent dans leurs mémoires. Cependant, la représentation du médecin comme une victime nous questionne quant à sa place dans la pratique de l'aide médicale à mourir. En effet, il n'est pas seulement question de modifier sa pratique professionnelle, mais bien d'ajouter une pratique dont la finalité contrevient au Serment Hippocrate prêté par tout médecin au moment de son entrée dans la profession. Toutefois, d'après une recherche d'Isabelle Marcoux (2007), les citoyens canadiens ne semblent pas préférer que l'euthanasie ou le suicide assisté soient prodigués par une personne de l'entourage du malade.

Si l'aide médicale à mourir est l'élément remis en cause par les rédacteurs des mémoires et que la mort reste un sujet difficile voire tabou, ne faudrait-il pas, avant toute chose, reconsidérer cette dernière ainsi que les discours ou l'absence de discours à son égard ? Il est vrai qu'en ce premier quart de 21^e siècle, la mort reste perçue comme un échec, elle contrevient à l'idée d'une vie éternelle, alors qu'elle a toujours fait partie de la vie. Aussi triste soit-elle, la mort – notre mort – est notre seule certitude. Il nous faut la réapprivoiser. Peut-être pourrons-nous un jour en déterminer l'heure et les circonstances ! Rien n'est moins sûr, ne fût-ce qu'au regard des débats que génère l'aide médicale à mourir. N'oublions pas que c'est dans la perspective réelle de la mort qu'apparaît la valeur de la vie, comme le rappelle Judith Butler (Butler, 2010). Autre grand sujet de réflexion !

Bibliographie

- « Andrew Lac, Ph.D. | Psychology Department » (s.d.), disponible sur : https://psychology.uccs.edu/andrew_lac (consulté le 06/07/2023).
- AQDMD (2022), « AQDMD | Le suicide assisté au Canada », in : *AQDMD*, disponible sur : <https://aqdmd.org/le-suicide-assiste-au-canada/> (consulté le 12/11/2022).
- BACQUÉ M.-F. (2001), « Les deuils après euthanasie des deuils à « haut risque » pour les familles, les soignants et... la société », *Études sur la mort*, Vol. 120, n° 2, pp. 113-127.
- BERTRAND M.-A. (1981), « Réflexions critiques sur l'intervention et les limites du droit à intervenir », *Santé mentale au Québec*, Vol. 6, n° 2, pp. 5-10, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/030097ar>.
- BOILY F. (2016), « L'identité politique du Canada après l'élection du 19 octobre 2015 : de nouvelles orientations pour la politique canadienne ? », *Études canadiennes / Canadian Studies. Revue interdisciplinaire des études canadiennes en France*, n° 81, pp. 7-26, disponible sur : <https://doi.org/10.4000/eccs.760>.
- BUTLER J. (2010), *Ce qui fait une vie: essai sur la violence, la guerre et le deuil*, Paris, Zones.
- CANADA S. (2016, 16 juin), « Aide médicale à mourir » [éducation et sensibilisation], disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicale-mourir.html> (consulté le 11/11/2022).
- CELLARD A. & PELLETIER G. (1998), « Le Code criminel canadien 1892–1927: Étude des acteurs sociaux », *The Canadian Historical Review*, Vol. 79, n° 2, pp. 261-303, disponible sur : <https://doi.org/10.3138/CHR.79.2.261>.
- CODE CRIMINEL CANADIEN, L.R.C. (1985), ch. C-46, art. 241.1 et suivants.
- COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE (2020), « Aide médicale à mourir et suicide assisté - Commission de l'éthique en science et technologie » [Gouvernement du Québec], in : *Commission de l'éthique en science et en technologie*, disponible sur : <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/qu-est-ce-que-l-ethique/aide-medicales-a-mourir-et-suicide-assiste/> (consulté le 21/10/2022).
- CORON C. (2020), « Outil 11. Le questionnaire : les biais », in : *La Boîte à outils de l'analyse de données en entreprise*, Paris, Dunod (coll. BàO La Boîte à Outils), pp. 38-41, disponible sur : <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-p-38.htm> (consulté le 09/08/2023).
- DAMAS F. (2020), *La mort choisie: Comprendre l'euthanasie et ses enjeux*, s.l., Mardaga.
- DOURLEN-ROLLIER A.-M. (2001), « Il faut dépénaliser l'euthanasie : voici pourquoi », *Études sur la mort*, Vol. 120, n° 2, pp. 77-86, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/eslm.120.0077>.
- DUMONT I. & MACLURE J. (2019), « Objection de conscience et aide médicale à mourir : une étude qualitative auprès de médecins québécois », *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, Vol. 2, n° 2, pp. 110-134, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1065691ar>.
- EVANS L. (2015), « Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors », *British Journal of Nursing*, Vol. 24, n° 12, pp. 629-632, disponible sur : <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.12.629>.
- FOURNIER M. (2007), *Émile Durkheim: 1858-1917*, s.l., Fayard.
- GAGNÉ M.-A. & FAVRON-GODBOUT C. (2021), « L'aide médicale à mourir : défis et enjeux éthiques contemporains / Medical Assistance in Dying: Contemporary

- Ethical Issues and Challenges », *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, Vol. 4, n° 2, pp. 1-7, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1084447ar>.
- GANDSMAN A. (2018), « « 99 % des suicides sont tragiques, nous nous battons pour le 1 % qui reste » : des esprits sains dans des corps malades et l'activisme du droit à la mort », *Criminologie*, Vol. 51, n° 2, pp. 167-188, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1054239ar>.
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2022a, 15 août), « Contrer les répercussions sociales et économiques dues à l'âgisme au Canada : Guide de discussion sur l'âgisme au Canada » [consultations], disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/consultation-agemisme/guide-discussion.html> (consulté le 02/04/2023).
- GOUVERNEMENT DU CANADA S.C. (2022b, 24 janvier), « Tables de mortalité, Canada, provinces et territoires », disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84-537-x/84-537-x2021001-fra.htm> (consulté le 19/12/2022).
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2021, 12 janvier), « Projets de loi proposés - Article 7 – Droit à la vie, à la liberté et la sécurité de la personne », disponible sur : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/dlc-rfc/ccdl-ccrf/check/art7.html> (consulté le 12/11/2022).
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2020a, 21 octobre), « Introduction - Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec », disponible sur : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/p1.html> (consulté le 21/12/2022).
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2020b, 21 octobre), « Partie I – Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon - Contexte législatif : Projet de loi C-7 : Réponse législative du gouvernement du Canada à la décision Truchon de la Cour supérieure du Québec », disponible sur : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/am-ad/c7/p2.html> (consulté le 21/12/2022).
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2020c, 21 octobre), « Énoncé des répercussions possibles liées à la Charte : Projet de loi C-7 : Loi modifiant le code criminel (aide médicale à mourir) », disponible sur : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/charte-charter/c7.html> (consulté le 11/11/2022).
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2017, 23 octobre), « Guide sur la Charte canadienne des droits et libertés », disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/comment-droits-proteges/guide-chartre-canadienne-droits-libertes.html> (consulté le 03/04/2023).
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2016, 14 avril), « Glossaire », disponible sur : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/glos.html> (consulté le 17/11/2022).
- HACKING I. (2008), « The Suicide Weapon », *Critical Inquiry*, Vol. 35, n° 1, pp. 1-32, disponible sur : <https://doi.org/10.1086/595626>.
- HAMMER R. (2006), « La confiance dans son médecin », *PrimaryCare*, Vol. 6, n° 18, pp. 337-339.
- IDE P. (2019), « Du Triangle dramatique de Karpman au Carré maléfique », *Nouvelle revue théologique*, Vol. 141, n° 3, pp. 466-484, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/nrt.413.0466>.
- JAUNAIT A. (2003), « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, Vol. 11, n° 3, pp. 59-79.

- JUDO F. (2013), « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *Laennec*, Vol. 61, n° 2, pp. 69-79, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/lae.132.0069>.
- « JUST - Accueil - Chambre des communes du Canada » (s.d.), disponible sur : <https://www.noscommunes.ca/Committees/fr/JUST> (consulté le 11/11/2022).
- KARPMAN D.S. (2020), *Le Triangle dramatique: De la manipulation à la compassion*, s.l., InterEditions.
- KAUR J. & MARCOUX I. (2018), « Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques », *Criminologie*, Vol. 51, n° 2, pp. 213-243, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1054241ar>.
- KILTY J.M., FELICES-LUNA M., FABIAN S.C. & al. (2014), *Demarginalizing voices: commitment, emotion, and action in qualitative research*, Vancouver, UBC Press.
- LAC A. & DONALDSON C. (2020), « Development and Validation of the Drama Triangle Scale: Are You a Victim, Rescuer, or Persecutor? », *Journal of interpersonal violence*, Vol. 37, p. 886260520957696, disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260520957696>.
- LADOUCEUR R. (2018), « Euthanasie et suicide », *Canadian Family Physician*, Vol. 64, n° 9, p. 633.
- LAMY A. (2017), « Mise en cause de l'autorité médicale et légitimation du discours d'expérience sur les forums de discussion en ligne », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, , n° 93, pp. 43-52, disponible sur : <https://doi.org/10.4000/quaderni.1074>.
- LAPERRIÈRE A. (1997), « La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », in : *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, s.l., G. Morin, pp. 309-340.
- LAROUSSE É. (s.d.), « Définitions : désirabilité - Dictionnaire de français Larousse », disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9sirabilit%C3%A9/24526> (consulté le 09/08/2023).
- LE ROBERT EN LIGNE (s.d.-a), « Organisme - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert », disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/organisme> (consulté le 17/11/2022).
- LE ROBERT EN LIGNE (s.d.-b), « C'est la quadrature du cercle », disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/dis-moi-robert/raconte-moi-robert/droles-expressions/c-est-la-quadrature-du-cercle.html> (consulté le 10/08/2023).
- LEJEUNE C. (2019a), « Chapitre 1. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? », *Methodes en sciences humaines*, Vol. 2, pp. 21-42.
- LEJEUNE C. (2019b), « Chapitre 2. Débuter : la micro-analyse », *Methodes en sciences humaines*, Vol. 2, pp. 43-59.
- MAHIEU V. & SCHEER D. (2017), « Chapitre III. « Faire du terrain », les places du chercheur en action », in : « *Justice !* » *Chercheurs en zone trouble*, Françoise Vanhamme, s.l., (coll. Hors collection), pp. 54-73, disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/livres/hors-collection/justice-chercheurs-en-zones-troubles--978-2-9813073-2-3/000269li/> (consulté le 17/05/2023).

- MARCOUX I. (2007), « Dans quelles conditions est-il acceptable ou non de mourir par euthanasie ? », *Frontières*, Vol. 20, n° 1, pp. 69-75, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/017950ar>.
- MARTINEAU I., UMMEL D. & FORTIN G. (2023), « Quelques réflexions éthiques autour du respect de l'autonomie et du consentement, dans le contexte de l'aide médicale à mourir en situation de handicap », *Intervention*, , n° 156, pp. 85-96, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1097408ar>.
- MISHARA B.L. & WEISSTUB D.N. (2016), « The legal status of suicide: A global review », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 44, pp. 54-74, disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.08.032>.
- MORICEAU J.-L. (2019), « Chapitre 22. Peut-on généraliser ? », in : *Recherche qualitative en sciences sociales*, Caen, EMS Editions (coll. Les Essentiels de la Gestion), pp. 289-293, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/ems.mori.2019.01.0289> (consulté le 24/05/2023).
- NADEAU J.-F. (2023, 23 mai), *Morts comme des chiens*, *Le Devoir*, disponible sur : <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/791522/chronique-morts-comme-des-chiens> (consulté le 28/05/2023).
- NICOL J. & TIEDEMANN M. (2021), « Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada », *Etudes de la Colline*, , n° 2015-116-F, disponible sur : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/2015116E (consulté le 21/12/2022).
- PAILLÉ P. (2017), « Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée », in : *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*, s.l., Dunod, pp. 61-83, disponible sur : <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-page-61.htm> (consulté le 12/05/2023).
- PAILLÉ P. & MUCCHIELLI A. (2021), « Chapitre 12. L'analyse thématique », in : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin (coll. Collection U), pp. 269-357, disponible sur : <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm> (consulté le 12/05/2023).
- PERREAULT I., CAUCHIE J.-F. & CORRIVEAU P. (2018), « Introduction : prise en charge du suicide : entre crime, troubles mentaux et droit de mourir », *Criminologie*, Vol. 51, n° 2, pp. 5-12, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1054232ar>.
- PILLIAT G. (2017), *Deux décisions de la Cour Suprême du Canada sur le suicide médicalement assisté de Rodriguez (1993) à Carter (2015) : parle-t-on toujours du même geste ?* [Thesis], s.l., Université d'Ottawa / University of Ottawa, disponible sur : <https://doi.org/10.20381/ruor-21154> (consulté le 05/01/2023).
- PIRES A.P. (1993), « La criminologie et ses objets paradoxaux: réflexions épistémologiques sur un nouveau paradigme », *Déviance et société*, Vol. 17, n° 2, pp. 129-161, disponible sur : <https://doi.org/10.3406/ds.1993.1298>.
- Projet de loi émanant du Gouvernement (Chambre des communes) C-7 (43-2) - Première lecture - Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) - Parlement du Canada, Deuxième, C-7, disponible sur : <https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-7/premiere-lecture> (consulté le 11/11/2022).
- PROVENCHE-RENAUD G., LARIVÉE S. & SÉNÉCHAL C. (2019), « L'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 177, n° 8, pp. 801-808, disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.022>.

- QUINIO D. (2012), « Débats éthiques à fleur d'émotion », *Laennec*, Vol. 60, n° 2, pp. 7-12, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/lae.122.0007>.
- REIST C. & CENEC M. (2006), « L'euthanasie et le suicide médicalement assisté : apports de différentes traditions religieuses », *InfoKara*, Vol. 21, n° 2, pp. 79-83.
- REY P. (2012), « Euthanasie », in : *Les concepts en sciences infirmières*, Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers (coll. Hors collection), pp. 189-190, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0189> (consulté le 21/10/2022).
- ROY J., STYLIOS A. & PILOTE É. (2023), « Tendances sociétales sur le plan de l'évolution des valeurs et aide médicale à mourir. Des enjeux pour la pratique », *Intervention*, n° 156, pp. 69-83, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1097407ar>.
- SNACKEN S., DEVYNCK C., DISTELMANS W. & al. (2015), « Demandes d'euthanasie dans les prisons belges. Entre souffrance psychique, dignité humaine et peine de mort », *Criminologie*, Vol. 48, n° 1, pp. 101-122, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1029350ar>.
- SUDDABY R. (2006), « From the Editors: What Grounded Theory is Not », *Academy of Management Journal*, Vol. 49, n° 4, pp. 633-642, disponible sur : <https://doi.org/10.5465/AMJ.2006.22083020>.
- TAPPOLET C. (2003), « Le droit au suicide assisté et à l'euthanasie: une question de respect de l'autonomie? », *Revue philosophique de Louvain*, Vol. 101, n° 1, pp. 43-57.
- TAUSSIG S. (2016), « La sagesse du droit : mort naturelle, mort violente, mort suspecte », *Le Philosophoire*, Vol. 45, n° 1, pp. 73-83, disponible sur : <https://doi.org/10.3917/phoir.045.0073>.
- TIEDEMANN M. (2019, 29 novembre), « L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada », in : *Bibliothèque du Parlement*, disponible sur : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201943E#a42 (consulté le 03/01/2023).
- TREMBLAY J.-M. (2005, 2 février), « Alvaro Pires, André Cellard et Gérald Pelletier, L'énigme des demandes de modifications législatives au code criminel canadien. » [Text], in : *Les classiques des sciences sociales*, disponible sur : http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/enigme_demandes_modification/enigme_demandes_modif.html (consulté le 09/08/2023).
- UMMEL D. (2020), « De l'importance du sens donné à la mort assistée : l'accompagnement de fin de vie et le processus de deuil en contexte d'aide médicale à mourir », *Frontières*, Vol. 32, n° 1, disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1072754ar> (consulté le 06/03/2023).
- VALLÉE C. (2020), « Le grand âge et la bonne mort. Ethnographie de la pratique de l'euthanasie en Belgique », *Gerontologie et société*, Vol. 42163, n° 3, pp. 125-138.
- VAN DER MAAS P.J., VAN DER WAL G., HAVERKATE I. & al. (1996), « Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990–1995 », *New England Journal of Medicine*, Vol. 335, n° 22, pp. 1699-1705, disponible sur : <https://doi.org/10.1056/NEJM199611283352227>.

Annexes

Dans un souci écologique nous n'imprimons pas les différents mémoires utilisés, leur nombre nous amenant à un total supérieur à 500 pages. Cependant, l'ensemble de ces annexes est disponible et librement téléchargeable sur le site de la Chambre des Communes du Canada :

[https://www.noscommunes.ca/Committees/fr/JUST/StudyActivity?studyActivityId=10983212\)](https://www.noscommunes.ca/Committees/fr/JUST/StudyActivity?studyActivityId=10983212)

Liste des mémoires au nom des citoyens utilisés

1. Berger Ken
2. Brink Marguerite
3. Chang Mélanie
4. Coelho Ramona
5. Daws Tanja
6. Dembo Justine
7. De Moissac Robert
8. Dobson Jane
9. Drijber Philip
10. Dyck Jeanette
11. Fedele Daniel
12. Friesen Gordon
13. Gagnon Boisvert Hugues
14. Gibbs Keri-Lynn
15. Goligher Ewan
16. Marcus David
17. Hastings Debra
18. Herx Leonie
19. Hradecki Carrie
20. Ishikawa Julie-Ann
21. Kafie Stephanie
22. Killackey John

23. Lamb Danielle
24. LeBlanc Jason J.
25. Lietz Christine
26. Liptay Luanne
27. Mack Elizabeth
28. Maher John
29. McFarlane Silas
30. Ménard Jean-Pierre
31. Nakazato Tony
32. Nichols Gary
33. O'Brien Benjamin
34. Pederson Lorna
35. Perrot Chantal
36. Pilon Liette
37. Portsmouth Pat
38. Puthuparampil Mimitha
39. Rodman Rick
40. Rosedale Vicki
41. Savage Luke
42. Schipper Harvey
43. Schulte Gail
44. Shaw Marnie
45. Smith Cathy
46. Tampier Martin
47. Taylor Coleen
48. Weiss Edward S.
49. Wickenhesier Alizée
50. Wubs Bernice
51. Furrie Adele et Furrie Lisa
52. Lemmens Trudo et Shariff Mary J
53. Findlay Cindy, Hamer David I. W., Heintzman Mary Jane et Royce Michael E.
54. Borges Julia, Britton Erin, Brown Lise, Curtis Nicole, Hopkins Jack, Marr Lisa, Milot Pierre, Mudge Clare, Nanner Harmmeet, Player Cindy, Posno Ron, Scagnetti Rita, Scully John et Tilson Renate

55. Coelho Ramona, Ferrier Catherine, Sheila Harding, Herx Leonie, Lau Timothy, Tang Sephora et Vivas Lucas

Liste des mémoires au nom des organismes utilisés

1. Alliance des chrétiens en droit
2. Alliance évangélique du Canada
3. Association canadienne de protection médicale
4. Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM
5. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
6. Association des infirmières et infirmiers du Canada
7. Association du Barreau canadien
8. Association for Reformed Political Action Canada
9. Association nationale des infirmières catholiques – Canada
10. Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité
11. Chambre des notaires du Québec
12. Collectif des médecins contre l'euthanasie
13. Commission sur les soins de fin de vie
14. Conférence des évêques catholiques du Canada
15. Conseil des Canadiens avec déficiences
16. Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société
17. Justice Centre for Constitutional Freedoms
18. Dying With Dignity Canada
19. Norme sur la protection des personnes vulnérables
20. Protection of Conscience Project
21. REAL Women of Canada
22. Société canadienne des médecins de soins palliatifs
23. Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
24. Toujours Vivant-Not Dead Yet
25. Uni-T voix pour les Valeurs Chrétiennes
26. VieCanada
27. Vivre dans la dignité

La figure du médecin praticien de l'aide médicale à mourir au Canada : persécuteur, victime ou sauveur ?

Promoteurs : Perreault Isabelle et Renard Bertrand

Le Canada regroupe sous le terme « aide médicale à mourir » les pratiques de suicide assisté et d'euthanasie volontaire. Pratiques sujettes à débat à travers le monde depuis une vingtaine d'années, elles sont légalisées au Canada depuis 2016. En 2020, un projet de loi visant à modifier le Code criminel canadien sur les dispositions de l'aide médicale à mourir est proposé. Il est permis aux citoyens de défendre leur point de vue sur ce projet de loi. Par l'analyse de ces avis (appelés mémoires) et à l'aide de la méthodologie de la théorisation ancrée (*grounded theory*) formalisée par Glaser et Strauss en 1967 et reprise dans un article par Anne Laperrière (1997), trois figures du médecin praticien de l'aide médicale à mourir émergent. Il en ressort celle du médecin persécuteur qui a pour volonté de tuer les plus vulnérables, celle du médecin victime du système qui lui impose de violer son Serment d'Hippocrate et celle du médecin sauveur qui aide les plus souffrants à mourir, les sauvant, ainsi, de la maladie et de la souffrance.