

Conseil national de l'AREQ

Jonquière (Québec), 22 octobre 2009

COMMENT faire pour

« **Mourir en toute dignité...** »

**par euthanasie? par suicide assisté?
par soins palliatifs?**

Marcel J. Mélançon, Ph.D., M.Sc.

Département des Sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Marcel.Melancon@uqac.ca

Objectif de la présentation

Mandat de Mme D. Archambault, directrice générale, AREQ

« ... *Exposé (20 minutes)*

- *Clarification des concepts :*

euthanasie, suicide assisté, soins palliatifs;

- *puis présentation des principaux arguments*

en faveur et ceux en défaveur

d'une intervention qui met fin à la vie. »

BREF : UN PANORAMA GÉNÉRAL DE LA SITUATION

Introduction

- L'histoire des mythologies, religions, sciences :
« Guérir de la peur de la mort » Socrate (-V^e s.)
Réincarnation, métempsychose, résurrection, cryogénie, clonage...
- *« Ce n'est pas la mort que je crains, c'est le mourir »* Montaigne (XVI^e) (La mort : un ÉTAT; le mourir : un PROCESSUS)
- LE changement technologique (1960-...) face au « Mourir » :
le recul des frontières de la mort (QUAND et COMMENT arrêter...?)
(K. Quinlan 1975)
- *L'ORIGINE de l'expression « Mourir avec dignité » (1960-...) :*
une revendication contre l'acharnement thérapeutique
- LES OPTIONS qui s'offrent pour la fin de vie : (I) l'euthanasie, (II) le suicide médicalement assisté, (III) les soins palliatifs
d'accompagnement



BREF TOUR D'HORIZON

sur les choix de fin de vie

(Europe, Canada, Québec)



EN BELGIQUE

- *En 2002 : Légalisation de l'euthanasie + suicide médicalement assisté*
- *En 2009 : R. Cohen-Almagor (UK., Univ. of Hull)*

« Even before euthanasia became legal in 2001, a 1998 study showed that 1.3 % of all deaths were attributable to voluntary euthanasia or physician-assisted suicide.

But in 3.3 % of all deaths, lethal drugs were administered without consent.

In other words, involuntary euthanasia was far *more* common 10 years ago than voluntary euthanasia. » R. Cohen-Almagor, *Issues in Law & Medicine, Vol. 24, No 3, 2009 [Bioedge, May 8, 2009]*.
- *En 2009 : 10 799 demandes anticipées d'euthanasie (98 % ont + 40 ans; 61 % sont des femmes) (Min. Aff. Soc., 25.09.09)*



EN ANGLETERRE

- **2009 : British Medical Association** refuse la légalisation.
Refus de se laisser guider par les sondages sur suicide assisté
(BMA, *Assisted Dying – a Summary of the BMA's Position*, February 20, 2009.)
- **2009 : Royal College of Nursing** adopte position neutre.
(www.rcn.org.uk/news/article/uk/royal_college_moves_to_neutral_position_on_assisted_suicide)
- **Nouvelle réglementation** pour l'accompagnement hors du Royaume-Uni : « Tourisme de suicide » (octobre 2009)
- **Illégalité de l'aide au suicide**
- **Débat social pour révision de la législation** (octobre 2009)



EN SUISSE

- **Associations pour le suicide assisté** : Dignitas (Zürich), *Exit*, *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* (A.D.M.D), *La Chrysalid*
- **Euthanasie illégale en principe** : Article 114 du [Code pénal Suisse](#) : « *Meurtre sur la demande de la victime*. Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »
Source : [Autorités fédérales de la Confédération suisse \[archive\]](#)
- **Aide au suicide tolérée SAUF pour motif égoïste** :
Article 115 du Code pénal : « *Incitation et assistance au suicide*. Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».
Source : [Autorités fédérales de la Confédération suisse \[archive\]](#)
- ***Destination du « Tourisme de suicide » international***
- **Modèle suisse de suicide assisté proposé en exemple** (*Journal of Law, Medicine & Ethics*, Summer 2009)



AUX PAYS-BAS

prototype de légalisation (2001)

LE MODÈLE HOLLANDAIS

- Partiellement autorisée en 1994
- 28 conditions en 1993. Dont :
 1. Adultes en phase terminale ou maladie incurable
 2. Adolescents entre 12 et 16 ans avec autorisation parentale
 3. Diagnostic confirmé par 2^e médecin
 4. Demande volontaire et éclairée
 5. Demande répétée
 6. Souffrance insupportable et irrémédiable

7. Aucune autre solution pour le patient

▪ PROCÉDURES

Rapport écrit: qui?, méthode, date, autopsie, etc.

▪ ABUS RAPPORTÉS

- . Mineurs, psychiatisés, etc.
- . Comité droits de l'Homme (ONU, juil. 2009) : mise en garde contre le « *taux élevé d'euthanasie et suicide assisté* ».



AU CANADA (1/2)

- **La législation** : interdiction de l'euthanasie et de l'aide au suicide; passible de 14 ans de prison (Code criminel Art. 14)
- **La Commission sénatoriale (1995, 2000, 2005)** :
refus de l'euthanasie et du suicide assisté; **option** : soins palliatifs
- **Les sondages d'opinion publique** : favorables (moyenne \pm 75 %)
- **La position des associations de médecins**
 - Royal College of Physicians (2008) du Canada : refus
 - Royal College of General Practitioners (2008) du Canada : refusLes membres refusent de légaliser le suicide médicalement assisté.
(*Palliative Medicine*, vol.23, No.3, 205-212 [2009])
- **CAS** :
 - . **Sue Rodriguez** (1994) (suicide médicalement assisté)
 - . **Latimer** (1994) (euthanasie privément donnée)

Projet de loi LALONDE (C-384) (2/2)

Déposé en 2005, 2008, (1^{re} lecture, 13 mai 2009)

SOMMAIRE

- *Le texte modifie le Code criminel afin de permettre à un médecin, sous réserve de certaines conditions, d'aider une personne qui éprouve des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement ou qui est atteinte d'une maladie en phase terminale à mourir dignement quand elle y consent de façon libre et éclairée.*

www2.parl.gc.ca/content/hoc/Bills/371/Private/C-384/c-384_1/371275bF.html#1



AU QUÉBEC

- **L'option du MSSS** : les soins palliatifs. AVIS *Pour une plus grande humanisation des soins en fin de vie* (avril 2003)
- **L'Association québécoise pour le droit de mourir avec dignité (AQDMD)** : « Fondée en 2007, l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD), milite pour le droit de chaque personne d'avoir une fin de vie conforme aux valeurs de dignité et de liberté qui l'ont toujours animée et pour que soit respectée sa volonté personnelle. » Manifeste, www.aqdm.qc.ca
- **Les sondages d'opinion. Août 2009 : 77 % favorables**
 - constance des statistiques (± 75 % en faveur de l'euthanasie). (Cyberpresse, 08.08.09)
 - question : quelle est la définition de « euthanasie » chez les sondeurs + sondés ?
- **Cas de fin de vie :**
 - Nancy B. (Québec, 19) : refus de traitement (ce qui n'est pas *euthanasie*)
 - Stéphane DUFOUR (Alma, 2006. Acquité 2008) : suicide *privément* assisté

Fédération des Médecins spécialistes du Québec

SONDAGE : Résultats (13 octobre 2009)

- Sondage : 28 août-15 sept. 2009
- Méthode : par Internet + poste
- Participation : 2 025 réponses sur 8 717 (23 %)
- Résultats :
 - . 76 % pour prise de position publique sur l'euthanasie
 - . 84 % approuvent un débat sur l'euthanasie au Québec
 - . 75 % favorables à une législation fédérale
 - . 54 % la société québécoise est plutôt favorable à l'euthanasie
 - . 76 % appuieraient un projet de légalisation
 - . 20 % ne pratiqueraient pas l'euthanasie légalisée
 - . 81 % : l'euthanasie est pratiquée au Québec (souvent/parfois 52 %; rarement : 29 %)
- L'euthanasie relève de l'éthique (49 %) de la morale (24 %), du droit (13 %)
- 83 % : les croyances religieuses doivent être prises en considération pour décider.

Indication fondamentale du sondage :

Peu importe le modèle législatif ou les balises qui pourraient être mises en place par les autorités gouvernementales sur la pratique de l'euthanasie, le médecin devra toujours demeurer entièrement libre de choisir d'accompagner un patient dans cette voie [l'euthanasie] et nous allons être vigilants à cet égard » (Dr Gaétan Barrette). R.-C.ca, 13.10.09

Sondage rejoint la population du Québec en général: 77 % (Angus-Reid-La Presse, oct. 2009)

Des interrogations...

- Australian databank *Bioedge*. TITRES du 16 octobre 2009 :
 - « *Do Quebec Doctors Back Euthanasia?* »
 - « *Poll "shows" Quebec specialists favour euthanasia* »
- **Objectifs** des médecins du Québec dans le débat?
 - Fédération des médecins spécialistes (sondage, 14 oct. 09)
 - Collège des Médecins de famille du Québec (rapport, nov. 09)
 - Collège des médecins du Québec (rapport, dépôt en nov. 09)
 - **Motifs des groupes de pression**, du lobbying pour la décriminalisation de l'euthanasie et du suicide assisté?
 - **Repenser la pratique médicale** en fonction de l'euthanasie?
 - Intégrer l'euthanasie parmi les « soins de fin de vie »?(CMQ)

I. L' OPTION L'EUTHANASIE

LA CONFUSION dans LES DÉFINITIONS

**le public, les médias, les médecins,
certains auteurs, etc.**

« Laisser mourir »

« Débrancher quelqu'un »

« Mourir avec dignité »

Arrêter les traitements

« Donner la piqûre »

Euthanasie passive

Augmenter les doses

Sédation complète

« Testament de vie »

« Commencer la morphine »

ETC.

L'EUTHANASIE :

définitions hétérogènes (1/2)

1. La définition HOLLANDAISE (1993) :

« Une intervention médicale active en vue d'abrégger la vie à la demande expresse du patient ».

2. La définition BELGE (2002) :

« L'acte pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci. »

N.B. « par un tiers » qu'il soit médecin OU NON, et non PAS PAR LA PERSONNE ELLE-MÊME (=suicide assisté); pas nécessairement en phase terminale; euthanasie DEMANDÉE.

3. La définition CANADIENNE : (1995, 2000, 2005)

« Un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances. »

(De la vie et de la mort, Rapport du Comité sénatorial..., 1995)

L'EUTHANASIE :

définitions hétérogènes (2/2)

4. Les définitions QUÉBÉCOISES (Collège des médecins)

- Euthanasie : « Un acte positif causant la mort d'une personne pour des raisons humanitaires ». (Pas « cessation de traitement »).
- Suicide assisté : même définition, cependant c'est

LE PATIENT LUI-MÊME qui s'administre un médicament préparé à cette fin par un professionnel de la santé.

- Acte volontaire et délibéré
- Qui provoque la mort dans un contexte de soulagement d'une personne atteinte d'une maladie incurable terminale ou de souffrances incoercibles.
- Méthode (généralement) : une dose létale de médicament dans un contexte de soins de santé.

(Collège des médecins, Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale)

L'EUTHANASIE (1/3)

1- L'EUTHANASIE (définition historique en éthique+droit)

- « faire mourir quelqu'un » (qui mourrait de toute façon)
- « causer le décès d'un patient » par compassion
 - un acte directement et en soi porteur de mort
 - une action positive et délibérée (= l'intention)
 - une relation de cause à effet avec le décès
 - la mort est due non pas à la maladie, à la pathologie, ou à l'accident, mais à l'action du soignant
 - pas de relation thérapeutique entre le geste médical et sa finalité curative ou palliative

L'EUTHANASIE (2/3)

2. CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES

en éthique, en morale(s) et en droit

a. Le principe du « *double effet* » (Th. d'Aquin XIII^e s.)

b. Le principe de **proportionnalité** : (XX^e s.)

disproportion entre LA DOSE (ou autre méthode) et LA SOUFFRANCE

c. La distinction entre : « **SAVOIR/PRÉVOIR** » et
« **VOULOIR** » le décès d'un patient

d. L'intention (manifestée ou non)

« *on ne le saura jamais..., sauf preuves externes* »

L'EUTHANASIE (3/3)

e. « *Euthanasie ACTIVE* » VS « *Euthanasie PASSIVE* » :

DISTINCTION TRADITIONNELLE DÉSUÈTE + CAUSE DE CONFUSION (public, sondages, médias, médecins, éthique et droit)

f. « *LAISSER mourir* » VS « *FAIRE mourir* » :

une politique de non-intervention : L'INUTILITÉ des traitements : cesser ou ne pas les entreprendre

g. « *CESSATION DE TRAITEMENT* » et « *ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE* »

(depuis Karen Quinlan [accident 1975 > décès 1985])

L'ARGUMENTAIRE de l'euthanasie



Les arguments
EN FAVEUR
Et
EN DÉFAVEUR

L'argumentaire **FAVORABLE** (principales raisons dans la littérature)

1. LA FONCTION de la MÉDECINE

- Origine : Francis BACON
(philosophe, 1561-1626)
« *La fonction du médecin est d'adoucir les peines et les douleurs, non seulement lorsque cet adoucissement peut conduire à la guérison, mais lorsqu'il peut servir à procurer une mort calme et douce.* » (*Novum Organum*).
- *Oregon, Suisse, Pays-Bas, Luxembourg, Australie, etc.*



Gravure extraite d'un ouvrage du 19e siècle.
Source: Thoemmes Press Gallery
Encyclopédie de l'Agora.

L'argumentaire **FAVORABLE** (principales raisons dans la littérature)

2. L'AUTONOMIE de la personne

- C'EST L'ARGUMENT MAJEUR : l'autodétermination, la liberté de décider de sa propre destinée en matière de vie et de mort).
- La personne est souveraine : la vie n'appartient qu'à soi. Les Églises, l'État, la société sont des intrusions dans la vie privée de la personne.
- Liberté de choisir le moment, les circonstances et le mode de sa mort.

3. LA SOUFFRANCE EXCESSIVE en fin de vie prive le patient de sa dignité : « Mourir avec dignité ».

4. La « QUALITÉ de vie » VS LA « QUANTITÉ de vie »

La mort est parfois préférable à une vie intenable.

La mort n'est pas toujours un mal.

L'argumentaire **FAVORABLE** (principales raisons dans la littérature)

5. LE DROIT D'ASSISTANCE MÉDICALE

- pour personnes souffrantes en fin de vie
- origine : John Gregory (XVe); Francis Bacon (XVIIe)

6. L'ACCEPTATION D'AUTRES ACTES DE FIN DE VIE

(refus de traitement, cessation ou non entreprise de traitement) rend légitime l'acceptation de l'euthanasie.

7. La RAISON ÉCONOMIQUE : coûts de santé

8. Les SONDAGES montrent l'accord de la majorité

9. AUTRE ARGUMENT MAJEUR : L'ENCADREMENT LÉGAL STRICT préviendrait les abus possibles. Etc.

L'argumentaire **EN DÉVAVEUR** (principales raisons dans la littérature)

1. L'ARGUMENT MAJEUR : LES ABUS POSSIBLES

(« la pente glissante »)

- Des **mobiles ou intérêts PRIVÉS** ou **SOCIAUX** autres que la compassion : héritage, divorce, etc.; coûts de santé, productivité, fardeaux aux familles, etc.
- Passage **DU PUBLIC** (instit. hosp.) **AU PRIVÉ** (à domicile) : **la clandestinité**
- Passage de l'euthanasie **DEMANDÉE > NON DEMANDÉE**
- Maladies ou pathologies **AUTRES QUE LA PHASE TERMINALE**
- Critères d'âge élargis (enfants, etc.), mobiles eugéniques, ETC.

2. LA RAISON D'ÊTRE DE LA MÉDECINE

- Hyppocrate (-V^e s.) : « Sinon guérir, du moins soulager, consoler, pallier »
- Les médecins n'ont pas le droit de vie et de mort sur les patients
- L'euthanasie est en contradiction avec les « soins de fin de vie »

L'argumentaire EN DÉVAVEUR (principales raisons dans la littérature)

3. La confiance dans la relation thérapeutique

Un changement dans la perception historique de la relation médecin/patient

Les médicaments ou interventions médicales « suspectes »

L'anxiété : crainte d'« *Être tué à son insu* »

4. La protection sociale de la vie et des vulnérables

La préservation des valeurs de la vie et en société: la dignité humaine

Le respect des handicapés, âgés, séniles, « *Vies diminuées, inutiles, sans valeur* »

5. Les jugements subjectifs sur la « *Qualité de vie* »

La « *Valeur sacrée de la vie* » humaine (quelle que soit l'âge et la condition)

Relativité du seuil minimum de « dignité »? quel seuil : pour soi et pour autrui?

6. Le jeu des politiques & idéologies (économie, eugénisme, etc.)

7. ETC.

II. L'OPTION SUICIDE *MÉDICALEMENT ASSISTÉ*

1. L'OPTION SUICIDE ASSISTÉ (une « *auto-euthanasie* »)

1. **Le CAS S. RODRIGUEZ (1994)**
2. **La définition** : une “auto-euthanasie” :
un patient **SE** donne la mort avec l'aide **médicale**
3. **Le suicide avec l'aide privée** :
CAS G. HOULE (Montréal, 1994); S. DUFOUR (Alma, 2008)
4. **Les caractéristiques** (Hollande, Belgique, Suisse, Oregon)
5. **L'ARGUMENTAIRE apporte, ESSENTIELLEMENT,
les arguments de l'euthanasie**
 - 4.1 **Les arguments EN FAVEUR**
 - 4.2 **Les arguments EN DÉFAVEUR**

**III. L'OPTION
ACCOMPAGNEMENT
par
SOINS PALLIATIFS**

LES SOINS PALLIATIFS

l'option du Canada

La COMMISSION SPÉCIALE DU SÉNAT

sur l'euthanasie et l'aide au suicide (1995, 2000, 2005)

- **Rapport 1995 : *De la vie et de la mort.***
- **Rapport révisé 2000 :**
Des soins de fin de vie de qualité :
Chaque Canadien et Canadienne y a droit.
- **Rapport révisé 2005 :**
Nous ne sommes pas au bout de nos peines.
Des soins de fin de vie de qualité.

L'OPTION SOINS PALLIATIFS

1. UNE SOLUTION ALTERNATIVE

à l'euthanasie et à l'aide au suicide

2. LE PRINCIPE et LE CONCEPT

Essentiellement : axer les soins sur le patient et non la maladie incurable

- **soulager la souffrance** physique, émotionnelle, psychosociale ou spirituelle : sentiments de perte de dignité, d'estime de soi, de solitude, d'angoisse.

« Quand il n'y a plus rien à faire (= les traitements),
il y a encore quelque chose à faire (= les soins) ».

L'OPTION SOINS PALLIATIFS

3. LES CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES

- Certaines médications ou traitements destinés à atténuer la souffrance, administrés en doses suffisantes et progressives, **comportent des risques** pour accélérer la mort du patient : morphine, opiacés, sédation, etc.
- MAIS ils ne constituent pas de l'euthanasie en éthique et en droit
- Cette pratique médicale est légitimée par les principes de proportionnalité, du « double effet », de l'intention palliative, etc.

4. LE CANADA A OPTÉ POUR LES SOINS PALLIATIFS depuis 2000.

5. RECOMMANDATIONS de la Commission sénatoriale : des budgets pour les ressources humaines, etc.

CONCLUSION

- 1. L'Occident** *semble* s'orienter vers la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté, à en juger par les législations et les opinions publiques.
- 2. Le Canada (2009) et le Québec (2009)** *semblent* en débat et en délibération pour une éventuelle législation de la fin de vie.
- 3. Un virage dans l'éthique et dans la pratique médicale** s'amorcerait si l'euthanasie et le suicide assisté étaient reconnus légalement, la loi ayant un rôle pédagogique en société.
- 4. Si tel était le cas**, l'encadrement juridique devrait être strict et la surveillance sociale devrait être vigilante pour éviter divers abus.

REMERCIEMENTS

- Madame Denise ARCHAMBAULT
pour l'invitation
- Les participantes et participants
pour leur attention
- L'AREQ
pour leur réflexion amorcée sur
« Mourir en toute dignité »

QUESTIONS & DISCUSSIONS

Pour compléments :

Marcel J. Mélançon : « *Clarification des concepts et des pratiques concernant le « Mourir dans la dignité »* », dans: *Mourir dans la dignité?*, sous la direction de Jean-Pierre Béland, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008, ch. I, p. 7-23.