

MÉMOIRE SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

DÉPOSÉ À LA COMMISSION SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

**Isabelle Bégin-O'Connor, secrétaire nationale
Respect de la Vie – Mouvement d'Éducation (RVME)
C.P. 2204, Succ. Hull
Gatineau (Québec) J8X 3Z4
Tél. : (819) 772-9695
Courriel : isabelle.begin@sympatico.ca**

Le 21 juin 2010

PARTIE 1 - L'AUTEUR

L'auteur est l'organisme **Respect de la Vie – Mouvement d'Éducation (RVME), représenté par Mme Isabelle Bégin-O'Connor, secrétaire nationale**. Nous comptons plusieurs milliers de membres au Québec. Nous existons depuis près de quarante ans et notre mission est d'éduquer la population concernant les avantages recherchés et les désavantages possibles de la mise à mort des êtres humains.

PARTIE II – RÉSUMÉ

RVME soutient que les conséquences d'un décret de tolérance – et donc d'acceptation - de l'euthanasie et du suicide assisté seraient dévastatrices pour la société. Nous sommes d'avis que d'autres mesures peuvent être appliquées pour venir calmer, de façon efficace, positive et constructive, la souffrance qui accompagne les épreuves particulièrement difficiles de la vie.

PARTIE III – EXPOSÉ GÉNÉRAL

1. ATTENDU QUE le Québec est l'une des juridictions les plus enlisées dans la morbidité au monde (suicide - environ un décès sur trois chez les 15-49 ans en 2006 ¹ ; alcoolisme ; toxicomanie ; isolement ; dépression ; stérilité ; familles monoparentales et recomposées ; etc.) ;

2. ATTENDU QUE le fait d'énoncer comme société que l'euthanasie et le suicide assisté seraient tolérés et donc acceptables constituerait clairement un message d'encouragement du suicide comme geste convenable ;

3. ATTENDU QU'il existe un certain effet d'entraînement au suicide sur les survivants d'une personne décédée par suicide, et que l'euthanasie, bien qu'un homicide, est assimilable au suicide dans son aspect non naturel ² ;

4. ATTENDU QUE le suicide affecte négativement, sur le plan psychologique et physique, en moyenne dix personnes de l'entourage, par la rupture de liens délibérée et violente (car non naturelle) qu'il représente ³ ;

5. ATTENDU QUE si l'euthanasie et le suicide assistés étaient acceptés, les personnes qui refuseraient de se faire euthanasier lorsqu'en perte d'autonomie, condition qui est déjà jugée par la bioéthique matérialiste et relativiste moderne comme « indigne » et « trop lourde » pour l'État parce que portant atteinte au principe premier d'« autonomie », feraient l'objet de pressions à divers degrés de subtilité d'être « coupables » de ne pas se prévaloir de l'option de mort, et de vouloir continuer à vivre ;

6. ATTENDU QUE si les personnes humaines étaient ainsi abaissées au niveau d'une bête ou d'une machine, dont la valeur est seulement relative et qui n'a plus de valeur quand elle est souffrante ou « non productive » ;

7. ATTENDU QUE le fait de tuer un autre être humain déshumanise la personne qui pose le geste de tuer et la désensibilise toujours plus comme donneur de soin (avec toutes les conséquences qu'une telle désensibilisation humaine peut apporter) ;

8. ATTENDU QUE le lien de confiance patient-médecin pourrait être ainsi brimé à tout jamais ;

9. ATTENDU QUE on ne saurait limiter, parce que discriminatoire, l'euthanasie ou le suicide assisté à un « *soin de fin de vie approprié* » réservé aux personnes qui souffrent physiquement, et que le phénomène devrait forcément s'étendre à toute personne suicidaire, y compris celles qui souffrent pour des raisons psychologiques ;

10. ATTENDU QUE certaines personnes pourraient profiter de la situation pour abuser des aînés, de leur conjoint ou de toute autre personne malade ou handicapée dont ils prennent soin, en les pressant à se prévaloir de l'euthanasie, se soulageant ainsi d'une charge difficile et ayant peut-être ainsi accès à un héritage ou aux bénéfices d'une assurance-vie plus rapidement (ou si la personne est inconsciente ou inapte, de décider pour elle de la faire euthanasier) ;

11. ATTENDU QUE la légalisation ou la tolérance de l'euthanasie et du suicide assisté peut logiquement avoir tendance à faire primer ceux-ci sur les soins palliatifs et même les soins curatifs, parce qu'ils permettent des économies à court-terme (gestion comptable bornée du « *bottom line* » qui ne prévoit pas les coûts et conséquences à long terme et collectives de ces économies acquises par le « chemin de la facilité ») (p. ex. en Orégon, le Oregon Health Plan couvre maintenant le suicide assisté mais pas un traitement contre le cancer, voir <http://abcnews.go.com/print?id=5517492>) ;

12. ATTENDU QUE les cas de douleur intraitable sont aujourd'hui de plus en plus rares et qu'il existe des soins de confort pour toute situation (en incluant la sédation palliative, voir annexe 1 pour définition), mais qu'un investissement massif dans les soins palliatifs affirmatifs de la vie (formation permanente des professionnels de la santé, résidences, promotion, etc.) sera requis pour que ceux-ci soient accessibles à tous ;

13. ATTENDU QUE tout Canadien peut se prévaloir, s'il le désire, du droit de refus de traitement et que le refus de traitement ne constitue aucunement un acte d'euthanasie, ce qui fait que les médecins ne sont pas criminels s'ils accèdent simplement à une demande de refus ou de cessation de traitement, et que les gens n'ont pas à craindre l'acharnement thérapeutique s'ils veulent mourir en paix, naturellement, de la maladie dont ils sont atteints ;

14. ATTENDU QU'IL règne une confusion abasourdissante au sein de la population (familles, personnes âgées), du monde politique et même du monde médical, concernant la différence entre « euthanasie » et « refus de l'acharnement thérapeutique » ;

15. ATTENDU QUE la science et la médecine font toujours des progrès extraordinaires en fait de traitements palliatifs et curatifs, tant sur le plan physique que psychologique (soigner la dépression et autres maladies mentales) ;

16. ATTENDU QUE l'isolement que les gens vivent et appréhendent tant est le résultat direct d'une quête exagérée de l'autonomie qui les empêche de demander ou d'accepter de l'aide ;

17. ATTENDU QUE la façon de rebâtir la cohésion sociale est de favoriser la confiance et non la méfiance (méfiance et insécurité que la possibilité de tuer sans être poursuivi engendrerait) ;

18. ATTENDU QUE l'acceptation de l'euthanasie et du suicide assisté remettrait à la caste médicale le pouvoir de vie et de mort sur autrui (ou encore à tout individu si on reconnaît le suicide assisté pratiqué en milieu non médical comme également acceptable), faisant de ces personnes des « dieux » omnipotents, droit qu'aucun humain ne peut s'arroger car il faut être à cent pour cent pur, juste, honnête et bon pour être digne d'un tel pouvoir (or, aucun humain ou système humain ne le sera jamais) ;

19. ATTENDU QUE l'aspect volontaire de l'euthanasie et du suicide assisté est impossible à garantir et que la banalisation non nécessaire du suicide par un décret de tolérance juridique à l'endroit de l'euthanasie et du suicide assisté viendrait miner le moral collectif et individuel de notre société ainsi que détruire les quelques fibres qui restent du civisme (protection des plus faibles) qui doit sous-tendre toute démocratie ;

20. ATTENDU QUE le programme de promotion de la vie du gouvernement du Québec, lequel a réussi à diminuer considérablement le taux de suicide au Québec, serait en entière contradiction avec un décret gouvernemental de tolérance de l'euthanasie et du suicide assisté ;

NOUS RECOMMANDONS QUE la commission sur la question de mourir dans la dignité ne capitule pas devant les tendances suicidaires mais présente plutôt des recommandations qui contribueront à la sauvegarde de la sécurité publique et de la cohésion sociale ainsi qu'à une vision porteuse d'espoir, comme par exemple de :

1. Vraiment prioriser l'investissement en **soins palliatifs** (formation, résidences, promotion, etc.) ;
2. Continuer à investir dans les activités efficaces pour contrer le suicide, comme par exemple la « **Semaine de la promotion de la vie** » ;
3. Publiant, a) pour le grand public et b) spécifiquement pour les professionnels de la santé, les **définitions de concepts clés** telles que présentées dans la présente de telle sorte à éliminer la confusion généralisée qui sévit actuellement au sein de la population concernant l'euthanasie et le suicide assisté et aussi à permettre de baliser le travail des professionnels de la santé comme ils le demandent, ce qui calmera leurs appréhensions concernant la légalité ou non légalité des actes déjà pratiqués ou envisagés ; Plus précisément, en faisant bien comprendre la différence entre « euthanasie/suicide assisté » (mort non naturelle) et « refus d'acharnement thérapeutique » (mort naturelle) ; en faisant comprendre aux gens que le droit de refus de traitement/d'acharnement thérapeutique existe pour tout Canadien sans exception, et qu'il ne s'agit pas là d'euthanasie. Plusieurs, et surtout les principaux intéressés, soit les personnes âgées, se disent en faveur de l'euthanasie pensant qu'il s'agit tout simplement du refus de traitement. Lorsqu'on leur explique qu'il s'agit plutôt de leur mise à mort provoquée de façon non naturelle, ils ne sont plus du tout d'accord ;
4. Publier des **directives de prise de décision en fin de vie**, que les médecins pourraient utiliser dans leur prise de décision de concert avec la famille, selon lesquelles :
 - a) En situation de traitement extraordinaire/disproportionné, il est du devoir du personnel traitant d'éviter l'acharnement thérapeutique et de laisser mourir la personne de sa mort naturelle, en cessant tout traitement à visée curative, tout en lui prodiguant, bien sûr, les soins de confort appropriés. ;
 - b) Il ne s'agit pas d'euthanasie que de prodiguer de la morphine en doses suffisantes pour soulager la douleur, même si ce traitement a pour effet secondaire de précipiter le moment de la mort chez une personne rendue aux derniers jours d'une maladie terminale. Il faut que les familles apprennent à laisser aller leur être cher dans pareille situation ;
 - c) Il ne s'agit pas d'euthanasie que de cesser de surmédicamenter une personne quand celle-ci a atteint un point tel que la médication lui fait plus de tort que de bien. Il ne s'agit ici que d'un sain refus de l'acharnement thérapeutique. Il est du devoir du personnel traitant de bien surveiller l'atteinte d'un tel point de déséquilibre de sorte à ne pas nuire à la personne par les traitements, si bien intentionnés soient-ils ;

- d) Il ne s'agit pas d'euthanasie de cesser l'alimentation et l'hydratation d'une personne lorsque celle-ci est rendue aux derniers jours d'une maladie terminale et que son système ne peut plus digérer ;
- e) Il ne s'agit pas d'euthanasie lorsqu'on induit un sommeil chez une personne pour qui toute autre tentative de traitement de la douleur et/ou de l'agitation s'est avérée insuffisante pour son bon confort.

CONCLUSION

Une société qui n'aurait pas un biais en faveur de la vie ne se vouerait-elle pas elle-même à l'extinction ? C'est en effet de l'avenir de notre société dont il est question ici. Allons-nous délibérément nous placer en situation de non-retour ?

NOTES

1 Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) : www.aqps.info/comprendre-suicide/documents-statistiques.html . Cliquer sur « La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007 ». Se rendre à la page 12 du rapport en question, réalisé en 2009 par l'Institut national de santé publique du Québec, et voir le **tableau 6**. Le tableau de droite montre que, de 2004 à 2006, **22,6 %** des décès chez les hommes de **15 à 19 ans** ont été causés par des **suicides** ; **33,4 %** chez les **20-34 ans** ; **19,8 %** chez les **35-49 ans**. Voir aussi la figure 7, sur cette même page, montrant les mêmes données mais pour les femmes. Dans le tableau de droite, soit pour les années 2004-2006, on voit que **22,2 %** des décès chez les femmes de **15 à 19 ans** ont été causés par des **suicides** ; **18,4 %** chez les **20-34 ans** ; **9,5 %** chez les **35-49 ans**.

Note : La statistique ci-dessus ne tient nullement compte des cas des personnes qui ont survécu à leur tentative de suicide. (Ces personnes témoignent souvent de la chance qu'elles ont eue d'être trouvées à temps. Dans la plupart des cas, elles parviennent ainsi à trouver l'aide et l'attention dont elles avaient besoin, elles peuvent trouver des solutions à leurs problèmes et elles vivent une vie heureuse et productive.) La statistique ne tient pas compte non plus des personnes dépressives qui ont eu des pensées suicidaires mais qui n'ont pas passé à l'acte comme tel. Ainsi, les données ci-dessus, bien que déjà fort préoccupantes, sont au fait sous-représentatives, à un degré indéterminé, de la réalité globale des tendances suicidaires au Québec.

2 Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), l'Université du Québec à Montréal (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*. <<http://www.criseapplication.uqam.ca/>> (consulté le 15 juin 2010) (voir le thème 7, « Suicides en grappe »)

3 Association québécoise de prévention du suicide : www.aqps.info/comprendre-suicide/documents-statistiques.html

ANNEXE 1 – DÉFINITIONS (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

Acharnement thérapeutique

Lorsque les traitements deviennent extraordinaires ou disproportionnés (voir définition de « traitement extraordinaire »), le fait de ne pas laisser une personne mourir de sa mort naturelle mais plutôt d'amorcer ou de continuer des soins curatifs, constitue de l'acharnement thérapeutique.

Refuser un traitement **proportionné** à une personne qui en a besoin devient effectivement de l'euthanasie.

Par contre, la personne a le droit, pour sa part, de refuser un traitement qui pourrait la sauver, si tel est son désir, clairement exprimé et certifié.

L'acharnement thérapeutique, que tous devraient chercher à éviter, est aussi nommé **vitalisme**, soit le fait de chercher à préserver la vie à tout prix. Si une personne a) est rendue à un stade de vie où elle n'a conscience de presque rien et b) est complètement dépendante d'autrui pour la totalité de ses besoins physiques, et c) est dans cette condition de façon irréversible, p. ex. en raison de son âge avancé, il va sans dire que le refus de traitement sera le choix indiqué pour cette personne quand se présentera une infection quelconque, et il ne s'agira pas ici d'euthanasie. La plupart des gens préciseront une telle chose dans leur mandat en cas d'inaptitude et/ou leur testament biologique. S'ils n'en ont pas, il ne sera pas inacceptable de présumer de leur volonté de refus de traitement car il sera bien évident dans de tels cas où l'ensemble des critères ci-dessus sont réunis – inconscience et dépendance totales et irréversibles – que la personne ne vit plus vraiment comme personne humaine et ne fait que « survivre » ou « exister ». Cette non-réalisation de traitement ne sera nullement de l'euthanasie. Aucun geste n'aura été posé pour causer la mort de la personne.

Par ailleurs, le fait de **surmédicamenter** une personne, soit de continuer à prescrire une diversité importante de comprimés à ingérer quotidiennement même si l'ensemble des médicaments cause à la personne plus de tort que de bien, constitue une forme d'acharnement thérapeutique. Il est du devoir du personnel traitant de bien surveiller l'atteinte d'un tel point de déséquilibre de sorte à ne pas nuire à la personne par les traitements, si bien intentionnés soient-ils. Il ne s'agit pas ici d'euthanasie mais bien d'un sain refus de l'acharnement thérapeutique, même si l'arrêt de tel ou tel médicament aura tout de même des effets négatifs. En consultation avec la personne autant que possible, on verra s'il serait souhaitable d'arrêter telle ou telle prescription, selon la façon dont la personne se sent et selon qu'elle juge acceptable les effets que l'arrêt pourrait causer. De fait, il est important de rappeler qu'on ne doit jamais forcer une personne à prendre des médicaments contre son gré et qu'on a toujours le droit de refuser une prescription (à moins que la personne ne pose un danger à sa propre sécurité ou à celle d'autrui en raison d'une maladie mentale grave).

Aptitude à consentir

Quand une personne demande le suicide, c'est qu'elle est désespérée, déprimée. Autrement, elle ne demanderait pas qu'on mette fin à ses jours, n'est-ce pas ? Considérer une personne désespérée et déprimée comme « apte » à offrir son consentement ne relève-t-il pas du plus grand irréalisme ? Quel moyen peut réellement être pris pour déclarer une personne suicidaire « apte » à demander sa mise à mort ?

Consentement libre et éclairé (euthanasie ou suicide assisté dits volontaires)

L'article 5 de la *Loi sur la Santé et les Services sociaux* du Québec prévoit qu'un consentement doit être donné de façon libre et éclairée.

Un consentement est offert librement lorsqu'il est obtenu sans aucune pression en ce sens par qui que ce soit (famille, personnel traitant) et en présence de réels choix alternatifs de soins curatifs ou palliatifs favorisant le bien-être.

Or, ces « autres choix » ont actuellement beaucoup d'amélioration à recevoir en fait de formation, de lieux, d'éducation et de promotion.

On établit la liberté de consentement de façon adéquate soit par un **mandat de procuration**, soit par un **testament biologique**, notarié et homologué. Les gens y préciseront souvent qu'ils veulent mourir naturellement, sans soins extraordinaires (ce qui ne constitue pas de l'euthanasie). Ils ne préciseront pas qu'ils veulent l'euthanasie ou le suicide assisté dans ces documents puisqu'il s'agit d'un acte illégal et qu'un document légal ne peut en toute conséquence prévoir les modalités d'un acte criminel.

En Orégon, où le suicide assisté se pratique depuis 1997, les rencontres préalables avec psychologue pour déterminer l'**aptitude**, le **libre consentement** et l'**état supposément « non dépressif »** de la personne n'ont été offertes pour **aucun** des cas de suicide assisté en 2007, ce malgré les « mesures de sauvegardes » prévues par la loi à cet effet (voir le rapport dans le *British Medical Journal (BMJ)* 2008 ; 337 :a1682, au www.bmj.com/cgi/content/full/337/oct07_2/a1682).

Toute autre forme de consentement serait vraiment non fiable et non vérifiable (p. ex. simple **verbalisation**, même supposément attestée par des témoins).

Pour ce qui est du consentement « **éclairé** », celui-ci présuppose qu'il n'y ait aucune ambiguïté ou confusion concernant les divers concepts. Autrement, un bris de communication tragique viendra rendre caduque toute notion de « consentement éclairé ». Or, c'est plutôt la confusion généralisée qui règne actuellement dans ce domaine. (Nous n'avançons pas ici pour autant que la clarté et la certification de l'aspect volontaire de l'euthanasie et du suicide assisté, bien qu'indispensables, pourraient en soi rendre acceptable ou souhaitable la tolérance de l'euthanasie et du suicide assisté.)

Euthanasie

L'euthanasie, c'est le fait de poser un geste dans l'intention délibérée de causer la mort d'une personne et, **en situation de traitement disproportionné** (« **extraordinaire** »), de ne pas laisser simplement la maladie dont la personne est atteinte être la cause de la mort mais de prendre une mesure quelconque uniquement dans le but de hâter la mort. L'euthanasie est donc un **homicide**, que celui-ci soit « demandé » ou pas.

Par contre, quand on dispense de la morphine en doses suffisantes pour uniquement soulager la douleur, ce geste, ayant pour **intention, but** et **effet recherché** uniquement le confort de la personne, ne constitue donc pas de l'euthanasie, même si ce traitement peut aussi peut-être avoir, comme **conséquence**, de précipiter le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'euthanasie si les doses dispensées ne sont aucunement calculées pour carrément tuer la personne.

Ajoutons que le fait de dispenser de la morphine pour le traitement de la douleur a surtout tendance à prolonger la vie que de l'écourter. Lorsque la morphine est administrée pour des raisons de soulagement de la douleur, celle-ci affecte le corps d'une façon bien différente que si la personne n'était pas souffrante. Le corps s'en trouve soulagé et fonctionne mieux. Les phénomènes d'accoutumance et de tolérance s'en trouvent de beaucoup atténués.

Refuser un traitement **proportionné** à une personne qui en a besoin devient effectivement de l'euthanasie. Par contre, la personne a le droit, pour sa part, de refuser un traitement qui pourrait la sauver, si tel est son désir, clairement exprimé.

Euthanasie non volontaire et euthanasie involontaire

Il existe aussi l'euthanasie dite **non volontaire**, où la personne n'est **pas apte** à offrir son **consentement libre et éclairé** (soit parce qu'elle est dans un état de conscience réduite, soit parce qu'elle est vieillissante, soit parce qu'elle confond « euthanasie » et « refus de l'acharnement thérapeutique », soit parce qu'elle est atteinte d'une déficience cognitive quelconque, soit qu'elle est incapable de verbaliser, p. ex. un tout jeune enfant, soit parce qu'elle n'a jamais rédigé de mandat en cas d'incapacité ou de testament biologique), et où ce n'est donc pas la personne qui décide de se faire exterminer mais bien sa famille et le personnel traitant qui se donnent le droit de la tuer. On ne connaît pas la volonté de la personne. **On substitue notre volonté à la sienne**. Ainsi, il y a possibilité que l'euthanasie dans pareil contexte soit carrément **involontaire** (c'est-à-dire, pratiquée contre le gré de la personne).

Euthanasie active et euthanasie passive

L'**euthanasie active** est le fait de poser un geste quelconque dans l'intention de causer la mort d'une personne (p. ex. injection voulue comme fatale). L'**euthanasie passive** est le fait d'omettre de poser un geste dans le but que ladite omission cause la mort. Dans le cas d'une personne malade chez qui on n'entame pas de traitement parce que sa vie consciente et autonome n'existe plus et ce de façon irréversible, l'omission de traitement en cas d'infection n'est pas ce qui cause la mort mais bien l'infection elle-même, et il ne s'agit pas, alors d'euthanasie. Mais dans le cas d'une personne qui n'est atteinte d'aucune maladie et à qui on enlève l'alimentation et l'hydratation, l'omission en question est bel et bien ce qui cause la mort, et non une maladie quelconque. Ainsi cette omission constitue de l'**euthanasie passive**, ce qui ne diminue aucunement le fait qu'il s'agisse d'un acte d'euthanasie (homicide).

Par contre, le fait de **cesser l'hydratation et l'alimentation** d'une personne ne constitue pas un acte d'euthanasie lorsqu'une personne est rendue aux derniers jours d'une maladie terminale, alors qu'elle n'a plus d'appétit, que son digestif ne fonctionne plus, et que l'hydratation nutritionnelle et l'alimentation ne feraient que nuire aux fonctions vitales restantes, et donc au confort, de la personne (l'hydratation palliative, soit à visée de simple confort, peut, elle, se poursuivre au besoin).

Sédation palliative et sédation terminale

La **sédation palliative**, pour sa part, soit le fait d'induire un sommeil pour mieux contrôler la douleur et/ou l'agitation, ne constitue aucunement un acte d'euthanasie.

Par contre, la **sédation terminale**, qui consiste à ajouter à la sédation palliative le fait de supprimer l'alimentation et l'hydratation pour que mort s'ensuive, est effectivement un acte d'euthanasie, **à moins que** la personne ne soit déjà rendue aux derniers jours d'une maladie terminale, auquel stade l'alimentation et l'hydratation sont inutiles, voire même nuisibles au confort de la personne.

Suicide assisté

Le suicide assisté consiste à ce qu'une personne aide une autre personne à se suicider en lui fournissant l'information ou le moyen de passer à l'acte. Le suicide assisté peut se pratiquer en contexte médical (p. ex. prescription létale) ou pas (p. ex. M. ou Mme tout le monde qui allègue que M. ou Mme tout le monde lui a demandé de le ou la tuer – ce qui n'est pas du tout évident à prouver, il va sans dire, puisqu'entre autres, la victime n'est plus de ce monde pour se défendre).

Traitement extraordinaire, disproportionné, futile (acharnement thérapeutique)

Un traitement est extraordinaire lorsqu'il est disproportionné par rapport à l'ensemble des facteurs suivants :

- a) détérioration de l'état de santé à la suite du vieillissement ;
- b) probabilité d'amélioration ;
- c) durée prévue de l'amélioration ;
- d) probabilité d'empirer la situation ;
- e) complexité et exigence d'application du traitement.