

LE SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

Quelle position le Canada doit-il prendre?

Richard M. Haughian

Parru dans le Toronto Star, le samedi 12 janvier 2001

Le Parlement des Pays-Bas a récemment adopté une loi autorisant le suicide médicalement assisté; ce pays est ainsi devenu le seul au monde à disposer d'une telle législation.

Cette mesure législative des Néerlandais n'a rien qui doive nous étonner. Elle n'est en effet que la suite logique de pratiques d'un pays qui, depuis bien des années, permet l'euthanasie et l'aide au suicide sous réserve de soi-disant « directives strictes »;

celles-ci ne sont pas différentes de celles qui sont maintenant consacrées par une loi, même si ces pratiques étaient techniquement illégales. Fondées au départ sur le principe d'une demande volontaire, répétée et claire de la part de patients aptes, ces directives ont été graduellement élargies au point d'inclure la possibilité de mettre un terme à la vie de patients inaptes, particulièrement les nouveaux-nés atteints d'incapacité grave, les patients comateux, les personnes âgées ainsi que les

patients atteints d'une maladie mentale sévère. Des études sur les pratiques néerlandaises ont relevé divers abus et problèmes graves, comme l'incidence de nombreux cas de mise à mort sans demande explicite et persistante, ainsi qu'un climat de crainte chez les citoyens, particulièrement chez les résidents d'établissements de soins de longue durée, à l'effet que leur vie leur soit enlevée contre leur gré (Rapport

du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté, 6:49-50). Il reste à voir si cette législation mettra un terme à ces abus et problèmes graves.

Une étude récente publiée dans le New England Journal of Medicine a soulevé des craintes similaires sur le recours au suicide médicalement assisté aux États-Unis. On y découvre que 17 seulement des 69 personnes de l'État du Michigan qui ont commis le suicide avec l'assistance du Dr Jack Kervorkian étaient des malades en phase terminale. Le Dr Donna

Cohen de l'Université de South Florida, une des auteurs du rapport, aurait déclaré que « Kervorkian attirait des personnes qui étaient désespérées et déprimées et ne pouvaient recourir à aucun système de soutien pour contrôler leurs souffrances (Globe & Mail, 7 décembre 2000).

Le Canada devrait-il s'orienter vers une acceptation du suicide médicalement assisté? Toute discussion sur les directives strictes qui régleraient cette

pratique au Canada afin de prévenir les abus ne peut que fausser le débat entourant les valeurs sur lesquelles nous voulons fonder nos vies en tant qu'individus ainsi que sur le genre de société que nous voulons créer. Quelle est en réalité la vision et les valeurs sur lesquelles nous voulons fonder la vie de nos familles et de nos communautés locales? Quel sens donnons-nous à la souffrance, au passage de la vie à la mort et à la mort elle-même? Souhaitons-

Souhaitons-nous être une société qui envisage ces dilemmes dans un esprit communautaire et dans l'espérance, nous efforçant ensemble de donner un sens à ce qui nous paraît souvent absurde, ou envisageons-nous plutôt une société qui recherche le confort, qui nie l'existence de la souffrance et de la mort et qui essaie d'ignorer ou d'éliminer tout ce qui s'oppose à notre désir de contrôle?

nous être une société qui envisage ces dilemmes dans un esprit communautaire et dans l'espérance, nous efforçant ensemble de donner un sens à ce qui nous paraît souvent absurde, ou envisageons-nous plutôt une société qui recherche le confort, qui nie l'existence de la souffrance et de la mort et qui essaie d'ignorer ou d'éliminer tout ce qui s'oppose à notre désir de contrôle?

Une vision valable pour notre pays, à mon avis, favoriserait des valeurs qui prônent la grandeur de la vie, le respect de la dignité humaine, la construction de communautés valorisant le bien commun, la compassion et l'espérance, et reconnaissant la beauté du don de soi. Une telle vision reflète la sagesse des grandes traditions religieuses qui nous montrent que même si la maîtrise et le contrôle, l'autosuffisance et la compétence constituent des qualités souhaitables dans bien des domaines de la vie, elles doivent néanmoins garder toute leur place à l'esprit d'abandon, à l'acceptation de la condition humaine et à la vulnérabilité sans croire que nous rejetons ainsi les sources les plus profondes de notre épanouissement humain. Dans

cette perspective, la souffrance et la mort prennent simplement leur place comme parties essentielles de la vie. Tout en favorisant la concertation des efforts en vue de soulager la maladie et la souffrance, nous devons être à la recherche d'un sens à ces expériences. Dans un tel éclairage, notre société verrait rapidement que les soins de fin de vie compatissants et de qualité, ainsi que leur intégration dans notre système de soins de santé pour tous les Canadiens, répondent à un besoin prioritaire.

Une telle vision peut-elle inclure l'aide au suicide? N'oublions pas que l'intention qui sous-tend le suicide assisté est de soulager un patient atteint de souffrances et de douleurs intolérables en lui enlevant la vie. L'acte suppose qu'il n'y a aucun sens à continuer de vivre ainsi, que la vie dans la souffrance n'a aucune signification et que nos ressources de compassion humaine et d'amour sont devenues inefficaces. Il s'agit donc d'un acte de désespoir et d'un constat d'échec; il nous dévoile une communauté humaine qui se déclare incapable d'assurer à ses membres le soutien humain nécessaire au moment où il leur devient le plus important. Le suicide assisté ne

transmet aucun message d'espérance, aucune signification à la famille, aux amis et à la société. Pour certains, le suicide assisté peut apparaître comme un acte de contrôle ultime sur la vie et la mort, mais un tel besoin de contrôle peut également être une barrière qui empêche une personne de découvrir un sens plus profond à sa vie, une expérience qui ne peut se faire que dans le lâcher-prise et l'abandon. Donner une place au suicide assisté contribuerait à miner l'engagement de la société envers la tâche bien plus difficile, mais infiniment gratifiante, qui consiste à se porter au-devant des besoins humains réels d'une personne.

Notre société se nourrit de bien des contradictions. En effet, la faveur qu'on accorde au suicide assisté croît en même temps que se développe, à un niveau jamais encore atteint, l'expertise de la médecine et de la pharmacologie entourant la gestion de la douleur. La douleur est l'un des aspects que nous craignons le plus à l'approche de la mort, car elle affecte profondément notre bien-être physique, social et spirituel. Mais pourquoi tant de personnes meurent-elles dans la douleur? Plusieurs raisons peuvent être

Donner une place au suicide assisté contribuerait à miner l'engagement de la société envers la tâche bien plus difficile, mais infiniment gratifiante, qui consiste à se porter au-devant des besoins humains réels d'une personne.

données : d'abord, certains professionnels craignent que les analgésiques créent une accoutumance; d'autres confondent soulagement de la souffrance et euthanasie; souvent aussi les personnes mourantes et souffrantes ne sont pas prises au sérieux; et, en dernier lieu, la plupart des cliniciens n'ont reçu durant leurs études qu'un minimum de connaissances sur la gestion de la douleur.

Ira Byrock, auteur de l'ouvrage *Dying Well* et spécialiste du soin des mourants durant les vingt dernières années, fait une distinction entre la douleur physique et la souffrance émotionnelle et psychologique que subissent les personnes lorsqu'elles voient disparaître tout ce qu'elles ont été. Il rappelle que lorsque la douleur physique est ignorée ou jugée incontrôlable, ou lorsque l'angoisse émotionnelle d'une personne n'est pas comprise ou qu'elle est négligée, la souffrance persiste. Selon lui, les souffrances personnelles internes peuvent être beaucoup plus intenses que la douleur physique et exiger des interventions encore plus qualifiées. Il n'en demeure pas moins qu'une telle détresse ou souffrance personnelle est naturelle et fait partie de la vie humaine. Le fait de se soumettre au soutien compatissant d'autres personnes peut ouvrir à la connaissance de soi, nous permettre de grandir et nous réconcilier avec les autres et nous

for *Growth at the End of Life*, New York: Riverhead Books, 1997, p. 59).

Byrock soutient que la douleur physique n'existe que parce que les médecins n'ont pas la volonté – ils en ont pourtant les moyens – de traiter la douleur de façon décisive. Il écrit :

Dix-huit années d'expérience clinique chez les mourants m'ont montré que la détresse physique pouvait toujours être soulagée. Le mot « toujours » dans ce contexte peut paraître facile, mais je l'utilise délibérément. La douleur n'est « incontrôlable » que jusqu'au moment où elle est contrôlée. Les symptômes physiques et les douleurs causées par une maladie grave n'exigent habituellement qu'un traitement assez simple. Il ne faut pas pour autant conclure que la gestion des symptômes n'est qu'une affaire de routine. Une thérapie efficace peut en effet exiger beaucoup d'efforts de la part d'un médecin expérimenté en soins palliatifs, d'une équipe d'infirmières spécialement formées, de pharmaciens et autres... Il arrive même que la douleur soit si sévère et qu'elle résiste à ce point à la médecine et aux thérapies habituelles qu'un patient soit forcé de se

soumettre à la sédation au prix de son confort.

Byrock affirme cependant que sur une période de dix ans durant laquelle il a aidé des centaines de patients en phase terminale, il n'a dû recourir qu'une seule fois à la sédation complète à l'aide d'une infusion de barbituriques (*Dying Well*, p. 159).

Le récent rapport du Sous-comité sénatorial intitulé *Des soins de fin de vie de qualité – Chaque Canadien et Canadienne y a droit*, qui est une mise à jour du rapport antérieur *De la vie et de la mort*, confirme les inquiétudes de Byrock au sujet du manque de gestion adéquate de la douleur. Ce sous-comité avait été chargé d'examiner jusqu'à quel point les recommandations unanimes de 1995 du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté ont été mises en oeuvre. Le message de nombreux experts du domaine est que bien peu a été accompli. Il n'existe en effet aucune stratégie nationale sur les soins palliatifs ou de fin de vie, et aucune province n'a encore fait des soins palliatifs une priorité. Très peu de cours sont encore donnés dans les facultés de médecine sur le soulagement de la douleur et des symptômes, ou sur les soins palliatifs. Un très petit nombre de programmes de formation en soins infirmiers, en travail social, en pharmacie, en psychologie et autres soins de santé comportent une partie sur les soins palliatifs. En d'autres termes, les connaissances et

l'expertise existent pour ceux qui veulent se donner la peine de les trouver, mais la volonté de la profession médicale et des politiciens de donner un caractère prioritaire aux soins de fin de vie fait encore gravement défaut.

Le Canada devrait-il s'orienter vers une acceptation du suicide assisté? Je considère que notre pays n'a aucunement besoin de législation en ce domaine. J'estime en effet que nous devons suivre les recommandations du Sous-comité sénatorial considérant l'expansion et l'amélioration des soins palliatifs pour les malades en phase terminale comme prioritaires. Cela signifie une hausse du financement gouvernemental pour les services de soins palliatifs, un changement d'attitude chez les médecins à l'égard du contrôle de la douleur et des mourants, des changements aux programmes

d'étude dans les facultés de médecine, ainsi que des sources de financement pour la recherche.

Le suicide assisté ne contribuerait en rien à la qualité des soins de fin de vie et ne pourrait aucunement nous aider à devenir une société plus compatissante, valorisant et soutenant la vie humaine à ses moments de totale vulnérabilité. Au contraire, la légalisation du suicide assisté irait à l'encontre de ces valeurs et nuirait à l'expansion des services de soins palliatifs au Canada. Il ne faut pas s'étonner qu'aux Pays-Bas, ces services aient été gravement négligés; lorsque la mort devient la façon reçue de s'occuper de la maladie terminale, il est normal que très peu d'énergie ou de ressources soient consacrées aux soins palliatifs à assurer aux mourants. Serait-ce là le genre de vision que nous souhaitons avoir pour notre société?

Richard M. Haughian, D. Th.
Président
Association catholique canadienne
de la santé (ACCS)
1247, place Kilborn
Ottawa (Ontario)
K1H 6K9
(613) 731-7148