

Conférence de Brian L. Mishara, Ph.D.

**Directeur du Centre de recherche et d'intervention
sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)**

et

**Professeur titulaire au département de psychologie
UQAM**

**dans le cadre du débat organisé par
l'Institut Santé et Société de l'UQAM**

***L'euthanasie et le suicide assisté :
un choix individuel ou collectif***

le 7 avril 2006

Objectifs :

Il existe sept méthodes intentionnelles pour abrégier la vie d'une personne :

1) Le suicide : dans le cas d'un suicide, un individu qui a l'intention de mettre fin à ses jours se tue intentionnellement. En général, les personnes suicidaires souffrent d'un trouble mental; au Canada, près de 90% des personnes qui meurent par suicide peuvent être diagnostiquées comme ayant un problème psychiatrique ou des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues. Dans le cas d'un suicide, l'intention est de mourir. Cela, la plupart du temps, pour mettre fin à une souffrance que la personne croit insupportable et interminable. Le suicide est légal au Canada;

2) Le refus de traitement : les Canadiens ont le droit légal de refuser toute intervention médicale ou traitement, même si ces traitements sont essentiels au

maintien d'une personne en vie. Dans le cas d'un refus de traitement, la personne a une mort naturelle. L'intention est de ne pas prolonger la vie.

3) L'arrêt de traitement : depuis le cas célèbre de Nancy B. à Québec, tous les Canadiens ont le droit d'arrêter des interventions médicales, même celles qui maintiennent une personne en vie. Dans le cas d'un arrêt de traitement une mort « naturelle » a lieu habituellement à court terme.

4) Le double effet : il est aussi légal au Canada d'avoir suffisamment de médicaments pour soulager la douleur et les souffrances d'une personne malade, même si ces médicaments vont avoir comme effet secondaire d'abrégé la vie du patient. Il faut faire ici une distinction importante : l'intention première est de diminuer la douleur et la souffrance et le fait que l'espérance de vie de l'individu en soit diminué est un effet secondaire des traitements.

5) L'homicide : lorsqu'un individu tue une autre personne sans ou avec compassion, sans ou avec le désir de la victime de mourir, il s'agit d'un cas d'homicide. L'homicide est illégal au Canada. Un homicide peut être intentionnel ou accidentel. Il est nommément inscrit dans le Code Criminel canadien que le fait que la victime voulait mourir ne peut pas être invoqué pour déculpabiliser une personne d'avoir commis un homicide.

6) L'euthanasie : l'euthanasie est le fait qu'un médecin ou une autre personne tue un individu souffrant d'une maladie terminale ou dégénérative par compassion et à la demande de la personne malade. L'intention du patient est de mourir pour arrêter sa souffrance ou pour vivre une mort qu'elle croit devoir être plus digne. Dans le cas de l'euthanasie, la plupart du temps les personnes

souffrant de troubles mentaux sont exclues. L'euthanasie est considérée un meurtre au Canada et n'est pas légale. L'euthanasie a été légalisée dans les Pays-Bas et en Belgique. Elle a été légale pendant 9 mois en 1996-1997 dans les territoires du nord de l'Australie.

7) Le suicide assisté : dans le cas d'un suicide assisté, le médecin ou une tierce personne fournit les moyens de se tuer (habituellement, les médicaments létaux) et la personne qui désire mourir se tue elle-même en prenant ces médicaments. L'intention de la personne est de mourir pour faire cesser sa souffrance. Le suicide assisté est illégal au Canada. Il est légal dans l'état d'Orégon aux États-Unis et en Suisse, où il n'a jamais été considéré illégal et où donc, il est possible de le pratiquer.

Pour légaliser le suicide assisté et l'euthanasie, il faut :

1) Croire qu'il est moralement acceptable, dans certaines situations, d'abrégé la vie de personnes souffrant de maladies terminales. Ce qui est moralement acceptable, selon les valeurs et croyances religieuses des individus est difficile à débattre parce que les valeurs morales reposent sur la culture et les expériences de vie des individus. Une discussion de la légalité du suicide assisté ou de l'euthanasie est hors contexte dans le débat actuel, mais l'acceptabilité du suicide assisté ou de l'euthanasie est un pré requis pour légaliser ces pratiques.

2) Il faut conclure que les autres méthodes déjà existantes pour abrégé la vie et qui sont légales au Canada (suicide, refus de traitement, arrêt de traitement et le

double effet) ne sont pas suffisantes pour abrégé la souffrance des personnes atteintes d'une maladie en phase terminale.

3) Il faut également juger que les bénéfices de la légalisation de ces pratiques justifient les risques possibles encourus.

Si vous croyez qu'il faut légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie au Canada, il faut d'abord déterminer laquelle de ces pratiques de fin de vie doit être admise (suicide assisté OU euthanasie, OU les deux). Ensuite, il faut déterminer les critères qui permettraient à une personne d'avoir accès au suicide assisté ou à l'euthanasie pour abrégé sa vie. Il faut également être convaincu que les bénéfices justifient les risques.

Le projet de loi C-407 proposé par Mme Lalonde, permet l'euthanasie et le suicide assisté. Selon ce projet de loi, l'euthanasie ou le suicide assisté peuvent être pratiqués par un médecin ou par un tiers « assisté par un médecin ». Contrairement aux lois des Pays-Bas, il n'y a aucune obligation « de tout faire » pour soulager la souffrance physique et mentale avant d'avoir accès à la mort. La personne qui initie la demande n'a pas besoin d'être jugée lucide, il suffit d'être « apparemment lucide ».

Le projet de loi C-407 repose sur l'hypothèse que le choix de mourir par suicide assisté ou euthanasie peut être un choix rationnel, pris par un individu qui souffre d'une maladie terminale et qui veut mettre fin à ses souffrances. Cette hypothèse est questionnable en plusieurs points. Tout d'abord, lorsque quelqu'un souffre il est *moins* facile de prendre des choix rationnels, particulièrement quand la souffrance est grande et qu'elle affecte notre objectivité. Quand je subis une

douleur intense, tout ce que je veux c'est de faire cesser la douleur et les recherches indiquent que la douleur et la souffrance compromettent nos habiletés à effectuer des choix rationnels. De plus, on peut se demander pourquoi le choix de mourir doit être plus rationnel que les autres décisions importantes de la vie. En général, les êtres humains prennent leurs décisions les plus importantes sur une base émotive, non pas sur une base rationnelle. Lorsqu'on décide avec qui on va se marier, on ne pèse pas tous les avantages et inconvénients de façon rationnelle. De même, lorsqu'on achète une auto, le choix repose sur un mouvement émotif. Les êtres humains, qui sont habitués à faire des choix importants sur une base non rationnelle toute leur vie, ne peuvent pas facilement être obligés de devenir très rationnel à un moment où ils vivent énormément d'émotions à cause de leur état physique et la proximité de la mort. Le projet de loi C-407 ne comporte aucune obligation sociétale d'essayer de soulager la souffrance de la personne avant que d'offrir la mort comme solution. Dans les Pays-Bas, où la plupart des décès par euthanasie au monde ont lieu, plus de 50% des demandes sont rejetées pour la raison que la demande ne correspond pas aux exigences selon lesquelles il faut d'abord tout faire pour abrégé la souffrance de la personne avant d'avoir recours à la mort pour cesser la souffrance. Dans les cas de refus, ou bien on offre au patient des interventions médicales pour diminuer sa douleur ou bien des interventions psychosociales pour diminuer son angoisse psychologique. Il est très rare que ces individus reviennent avec leur demande de mourir par euthanasie lorsque les sources de leurs souffrances sont traitées.

4) Le projet de loi parle toujours de « mourir dignement ». Cependant, ce qui constitue une « mort digne » n'est pas défini. Pour certaines personnes, la mort digne consiste à se donner la mort ou à se faire tuer par un médecin par euthanasie, mais pour d'autres personnes, la mort digne est une mort « naturelle », à domicile et sans souffrances.

5) Dans le projet de loi, une personne qui fait la demande qu'on mette fin à sa vie doit être « apparemment lucide ». On peut se demander s'il faut juger que la personne est vraiment lucide plutôt que d'accepter de mettre fin à la vie de quelqu'un lorsque la personne « semble » seulement lucide et quels seraient les critères afin d'établir cette « lucidité ».

6) Le projet de loi C-407 permet à une tierce personne de choisir la mort par euthanasie d'une personne malade en lieu et place de cette dernière. Si la loi est adoptée, le Canada serait le seul pays au monde à accepter qu'une tierce personne puisse décider de mettre fin activement à la vie de quelqu'un. (Il est toujours légal au Canada, pour une tierce personne désignée par un individu d'arrêter un traitement qui prolonge la vie.)

7) Il existe des différences importantes entre la pratique de l'euthanasie et celle du suicide assisté. Le projet de loi C-407 permet les deux. Dans la grande majorité des cas de suicide, en général, les personnes suicidaires changent d'avis et ne mettent pas fin à la leur jour. Un très faible pourcentage des personnes sérieusement suicidaires vont faire une tentative, la grande majorité des autres trouvent des solutions à leurs problèmes. Même les personnes qui font des tentatives ne meurent pas souvent parce qu'elles s'arrêtent en cours de

route ou font des appels au secours et sont généralement bien contentes d'être en vie. Dans le cas du suicide assisté, la personne décide elle-même quand et si elle veut mourir; elle peut changer d'avis à tout moment. Elle n'est pas obligée de prendre les médicaments prescrits par son médecin qu'elle a en sa possession. Cependant, dans les cas d'euthanasie, il faut d'abord convaincre un médecin que vous avez le droit de mourir : ensuite, à un moment spécifique, un médecin viendra mettre fin à vos jours. Après des semaines de négociation pour convaincre les médecins que vous êtes un bon candidat à l'euthanasie, il n'est pas facile de demander au médecin de reporter l'euthanasie et de revenir le lendemain ou la semaine prochaine, ou encore de répéter cette demande plus tard parce que pour l'instant vous voulez continuer à vivre encore un peu. Un contexte de pression sociale est créé, dans lequel le médecin a un rôle à jouer : mettre fin à vos jours. Le patient a également un rôle à jouer, celui de compléter son contrat avec le médecin et accepter de mourir à ce moment là. Dans un tel contexte, il y a une importante pression sociale et une charge émotionnelle pour les deux personnes impliquées. La liberté de changer d'avis peut être compromise à cause de ces pressions sociales. Dans le cas du suicide assisté où la personne toute seule décide de prendre ses médicaments ou non, ces contraintes à la liberté de choisir des patients n'existent pas.

Dans l'état d'Orégon, où le suicide assisté est légal, on compte quand même très peu de demandes de prescriptions de médicaments létaux : en 2003, on dénombrait 30 813 morts pour l'année et seulement 67 ordonnances de médicaments létaux prescrites par des médecins. Trente-neuf des soixante-sept

personnes ont utilisé les médicaments pour se tuer. Cependant, 43% ne s'en sont pas servis. Pour ces personnes donc, il y a eu changement d'avis ou la présence d'autres options. Elle se sentaient peut-être soulagées d'avoir en mains les médicaments pour se tuer mais ne s'en servaient pas.

De plus, mes recherches récentes sur les personnes atteintes du SIDA indiquent qu'il est difficile de prévoir quelle mesure pour abrégé ou pour prolonger la vie on voudrait pour soi-même dans l'avenir. Dans une étude de suivi de 101 personnes atteintes du SIDA à un stade avancé, nous avons trouvé que le désir de mettre fin à leur jour exprimé à un moment n'avait aucune corrélation avec les intentions 6 mois plus tard. Dans les quelques cas où une mort des participants à cette étude est survenue, on ne peut établir de liens entre les décisions prises antérieurement et ce que la personne désirait vraiment à l'approche de sa mort. Dans un cas particulier, la personne prévoyait comment se suicider avec les médicaments qu'elle avait en mains et elle avait un ami prêt à l'aider s'il le fallait. Cet individu disait qu'il ne voulait pas être un fardeau pour autrui. Sa maladie a dégénéré à un point tel que c'était pire que ce qu'il pouvait imaginer : il était aveugle, au lit, totalement dépendant. À ce moment là, son ami lui a demandé régulièrement s'il désirait qu'on mette en marche son plan d'abrégé ses jours par suicide assisté. Même dans cette situation, la personne voulait tout faire pour vivre encore quelques jours ou quelques heures et n'avait aucun désir d'enclencher son projet de suicide assisté. Cependant, dans un autre cas, la personne avait dit qu'elle était croyante et que c'était à Dieu seulement de déterminer le moment de notre mort. Ayant atteint un état de dépendance et de

dégénérescence extrême, cette personne plaidait continuellement pour que son médecin mette fin à ses jours. Lorsqu'on n'est pas dans une situation où la mort approche, on ne peut pas bien prédire ce qu'on va sentir et vouloir lorsque cette éventualité nous arrive.

Conclusions

Avant d'offrir le choix de mourir pour diminuer la souffrance des personnes en phase terminale, il faut d'abord s'assurer que tous les citoyens aient accès à de bons soins palliatifs. Nous ne voulons pas vivre dans une société où les personnes qui souffrent ont le choix entre continuer à souffrir ou mettre fin à ses souffrances en mourant par suicide assisté ou euthanasie, cela parce qu'elles sont sur une liste d'attente pour les soins palliatifs.

En général, la population ne fait pas la différence entre euthanasie, suicide assisté et les autres pratiques de fin de vie qui sont tout à fait légales au Canada : le refus de traitement, l'arrêt de traitement et le double effet. Il faut éduquer la population sur les choix déjà disponibles, sur le droit de refuser et d'arrêter les traitements et le droit d'avoir des traitements efficaces pour contrôler la souffrance, même si ces traitements diminuent l'espérance de vie. On ne peut avoir un débat éclairé qu'avec la participation de citoyens informés si on connaît ce dont on parle. Une recherche récente d'Isabelle Marcoux, chercheure du CRISE, démontre qu'un grand nombre des citoyens pensent que la légalisation de l'euthanasie signifie la légalisation des pratiques qui sont déjà légales, comme le refus et l'arrêt de traitement. Les personnes qui confondent les définitions de

l'euthanasie et du suicide assisté sont plus aptes à être en faveur de ces pratiques, selon cette même recherche.

Il faut soigneusement évaluer les avantages du suicide assisté en lieu et place de l'euthanasie. Dans le cas de l'euthanasie, ce sont les médecins qui mettent fin à la vie de leur patient. Il faut s'assurer que les médecins sont prêts à assumer ce rôle. Pendant les 9 mois en 1996-1997 où l'euthanasie était légale dans les territoires du nord de l'Australie, tous les médecins sauf un ont refusé cette pratique. Le seul médecin qui a accepté de mettre fin aux jours de ses patients a reçu sept demandes et l'a pratiquée sur quatre personnes. De plus, comme je l'ai déjà mentionné, dans le cas du suicide assisté on peut facilement changer d'avis si on le désire. Les recherches indiquent qu'un grand nombre de personnes, même celles qui vivent des souffrances que la population en général considéreraient comme de bonnes justifications pour mettre fin à leurs jours, changent d'avis à la dernière minute et décident de continuer à vivre au lieu de mettre à exécution leur projet de suicide assisté. Dans le cas de l'euthanasie, la liberté de changer d'avis pourrait être compromise par la situation sociale créée. Si l'on adopte une loi sur le suicide assisté ou l'euthanasie, on doit protéger les citoyens contre les pressions pour choisir la mort parce que d'autres façons de diminuer la souffrance ne sont pas disponibles ou sont moins facilement accessibles. Il faut d'abord obliger la société à fournir de bons soins physiques et psychosociaux, y compris les soins palliatifs de qualité à l'ensemble des citoyens. Il faut interdire la prise de décision par des tierces personnes et faciliter le changement d'avis à tout moment. Il faut aussi reconnaître qu'il est très rare

que les citoyens revendiquent une mort prématurée, même dans les pays où le suicide assisté et l'euthanasie sont légalisés. En général, on trouve d'autres solutions pour abréger nos souffrances, sans avoir recours à une mort prématurée. De plus, il est essentiel que la mort par suicide assisté ou par euthanasie ne soit pas simplifiée au point que cela soit plus facile que d'obtenir de bons traitements pour soulager la souffrance.