

EUTHANASIE ET AIDE AU SUICIDE

Quelques repères d'humanité dans une société pluraliste et séculière

Supplément de sens de la position croyante

Conférences de Mgr Bertrand Blanchet données pour le diocèse de Nicolet, à Drummondville et à St-Cyrille-de-Wendover, 11 et 12 mai 2010

PREMIÈRE PARTIE

Merci de votre présence nombreuse. Je suis bien conscient qu'elle traduit, à mon endroit, une confiance que j'espère ne pas décevoir. Compte tenu de mon appartenance ecclésiale, certains d'entre vous craindront peut-être que je me limite à répéter les positions que l'Église a déjà prises. Je souhaite plutôt aborder la question dans une perspective que l'on pourrait qualifier de « laïque » ou mieux humaniste de manière à ce qu'elle soit entendue par tous, dans une société séculière et pluraliste. Elle pourrait être formulée ainsi : Quelle fin de vie est plus humaine, plus humanisante pour les individus et pour notre société? Car fondamentalement, le propre de l'éthique est de rendre la vie bonne, si possible plus humaine encore. C'est seulement en deuxième partie que je présenterai la perspective religieuse ou ecclésiale. Elle ne contredit pas la perspective humaniste; au contraire, elle lui confère plutôt un supplément de sens.

Par souci de clarté, je rappelle la définition de l'euthanasie et de l'aide au suicide :

- L'euthanasie est une action ou une omission visant à donner la mort par motif de compassion.
- Dans l'aide au suicide, c'est la personne désireuse de mourir qui pose le geste fatal grâce à des conseils ou à des moyens fournis par une autre personne. Personnellement j'en suis venu à préférer l'expression « aide au suicide », car si l'on évalue le geste en termes de responsabilité, seule la personne qui aide est poursuivie criminellement – d'autant plus que si l'opération est réussie, l'autre n'est plus là. De plus, alors que la responsabilité morale de la personne désirant la mort est souvent très atténuée, celle de la personne qui aide est totale. Personnellement, je suis enclin à croire que les médecins préféreraient l'aide au suicide puisque c'est alors la personne malade elle-même qui pose le geste fatal.

1. CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LA BIOÉTHIQUE

Sa nature universelle

- La bioéthique s'est développée avec les progrès des sciences et des techniques biologiques. Leurs applications à l'être humain ont littéralement révolutionné la pratique médicale. Elles lui ont posé des questions nouvelles et souvent très difficiles.

Deuxièmement, à cause de la nature séculière et pluraliste de notre société, les personnes qui devaient affronter ces problèmes ont cru important de la dégager de la morale telle qu'on la concevait autrefois, c'est-à-dire une morale qui était marquée par une vision

religieuse de l'être humain et de la vie. Les termes d'éthique et de bioéthique avaient l'avantage d'exprimer l'autonomie de cette nouvelle discipline.

- Son caractère séculier permettait en même temps de conférer à la bioéthique un caractère universel. Son fondement est la nature même de l'être humain et sa finalité est de respecter les meilleures exigences de l'être humain. Ce faisant, elle vise à rendre la vie bonne, tant pour les individus que pour les sociétés.

Mais comment déterminer la nature de l'être humain? Autrefois, nous référions à la loi naturelle, c'est-à-dire cette loi inscrite au cœur de chaque humain et qui aidait à préciser ce qui est bien et ce qui est mal. Dans des civilisations et des sociétés très différentes, cette loi naturelle a des accents différents selon les diverses conceptions de l'être humain. À travers les temps et les cultures, on a proposé une vision hédoniste, une vision marxiste, une vision positiviste, une vision utilitariste, etc.

En dépit de ces divergences de vue, nos sociétés modernes sont tout de même parvenues à s'entendre sur le contenu des grandes chartes des droits. On a fait remarquer que si les rédacteurs de cette charte avaient d'abord cherché un consensus sur la conception de l'être humain et de la société qui la sous-tend, ils n'y seraient sans doute jamais parvenus. Il est donc très intéressant de constater que les représentants de diverses nations, dont les cultures sont parfois si contrastées, ont tout de même pu faire consensus sur certaines caractéristiques fondamentales de la vie personnelle et collective. La charte de l'ONU, en particulier, commence par une affirmation qui constitue une véritable avancée de civilisation : « Tous les êtres humains sont égaux en dignité et en droits. » Or, l'ensemble des articles des chartes, que ce soit celle des Nations Unies ou celles de divers pays, constitue, pour une large part, des propositions d'ordre éthique. Elles sont le résultat d'expériences souvent tragiques, vécues par l'humanité au cours des siècles en même temps que l'expression d'un regard de sagesse sur la nature humaine.

Le fondement des valeurs

Pour contourner la difficulté de fonder l'éthique sur la nature de l'être humain, il est plus facile de fonder l'éthique sur les valeurs. Elles sont d'ailleurs des expressions de cette nature et de ses exigences. Même si elles ont des accents différents suivant les époques et les civilisations, elles font aujourd'hui l'objet d'une acceptation assez générale. J'en présente brièvement quelques-unes. Elles recevront d'ailleurs une application dans les considérations sur l'euthanasie et l'aide au suicide.

- **La dignité humaine** est sans doute la valeur qui fonde et imprègne toutes les autres. Par là même, elle fonde et imprègne tous les choix éthiques. La reconnaissance concrète de cette dignité est le plus sûr fondement de toute vie en commun. À cause de sa dignité, l'être humain doit toujours être considéré comme une fin, jamais réduit à un moyen. Toujours considéré comme un sujet libre et responsable et jamais comme un objet, jamais manipulé comme un objet, jamais instrumentalisé comme un objet, jamais objet du pouvoir d'un autre qui serait désireux de le fabriquer à son image. On voit déjà l'immense champ d'application de cette valeur. De fait, à peu près toutes les questions bioéthiques y réfèrent : génome, avortement, cellules souches, clonage, don d'organes, soins de fin de vie et euthanasie. Il faut reconnaître cependant que, dans des situations

concrètes, cette valeur peut être interprétée en faveur de choix éthiques opposés. Nous le verrons dans le cas de l'euthanasie.

- La valeur de **l'autonomie**. L'homme et la femme modernes sont plus conscients que jamais peut-être de leur condition de sujet autonome. Ils possèdent un sens plus aigu de leur liberté, de leur responsabilité et de leur conscience personnelle. Les patients d'aujourd'hui veulent prendre part aux décisions qui les concernent. C'est particulièrement le cas en fin de vie, alors que des choix déterminants doivent être faits : contrôle de la douleur, acceptation ou refus d'un traitement, retrait d'un respirateur ou d'une alimentation artificielle ou encore demande d'euthanasie ou d'aide au suicide.
- La valeur de **l'égalité**. Elle est exprimée à la façon d'une conquête de civilisation dans le premier article de la Charte des droits des Nations Unies : tous les êtres humains naissent égaux en dignité et en droits. On refusera donc toute forme de discrimination dans les traitements offerts aux malades.
- Cette valeur de l'égalité s'exprime tout naturellement par **la solidarité**. Si nous sommes égaux, nous possédons les mêmes droits et les mêmes responsabilités. La quête de nos droits individuels, surtout de notre autonomie doit être conciliée avec nos responsabilités à l'égard du bien commun. Or ce bien commun concerne non seulement nos compatriotes, mais aussi nos sœurs et frères humains à travers le monde. De plus, cette solidarité doit aussi s'exercer à l'endroit des générations à venir, car elles vivront avec les conséquences de nos choix.
- Le Conseil de la santé et du bien-être du Québec rappelle avec à propos qu'il existe une cohérence entre toutes ces valeurs. Elles sont, dit-il, « comme un tout intégré dont les composantes renvoient les unes aux autres. Ainsi l'autonomie individuelle se conjugue nécessairement en accord avec l'idée d'interdépendance des acteurs sociaux; la capacité d'autodétermination de la personne se développe à la faveur de son insertion dans un réseau complexe de dépendances affectives et sociales, etc. »

Des principes guidant l'application de ces valeurs

À l'heure des choix éthiques, quelques principes doivent être respectés.

- *Le principe du respect de la vie innocente*. Il interdit des actions considérées comme *intrinsèquement mauvaises*.
- *Le principe de bienveillance*

Il incite à prendre seulement les décisions qui s'avèrent un bienfait pour la personne immédiatement concernée. Ou, à tout le moins, qu'elle n'en subisse pas un inconvénient sérieux. Comme l'affirme le dicton : si tu ne fais pas de bien, au moins ne fais pas de tort. Ce principe, à la fois très simple et très fondamental, est en réalité une traduction de ce que, depuis des siècles, on appelle la règle d'or : ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse à toi-même. Son expression positive, beaucoup plus exigeante, serait : fais à autrui ce que tu voudrais que l'on te fasse à toi-même. Ce principe de

bienfaisance s'avère particulièrement utile lorsque des personnes ne sont pas en mesure de donner un consentement éclairé à des interventions faites sur elles.

- *Le principe de prudence*

Quant au principe de prudence, il est d'une grande importance en bioéthique, un domaine où affluent les connaissances et les techniques nouvelles, dont les effets sont souvent méconnus ou incertains. On l'appelle parfois aussi principe de précaution.

2. L'ÉTAT DES LIEUX

Il est bon, je crois, de rappeler brièvement ce que j'appellerais « l'état des lieux ». Quels sont les événements récents qui méritent d'être retenus, particulièrement au Québec, au Canada? Que se passe-t-il à cet égard en d'autres pays?

2.1 Événements récents au Québec

- Au cours de juillet 2009, un comité du Collège des médecins, mis sur pied pour étudier la question de l'euthanasie, a conclu que la société québécoise a suffisamment « évolué » pour tolérer, en certaines circonstances, un recours à l'euthanasie (Jean-Claude Leclerc, *Le Devoir*, 26 juillet 2009).
- En réaction, le 27 août, cinq médecins présentent un mémoire au Collège des médecins. Il s'intitule : « *Non à l'euthanasie et au suicide assisté. Aucune condition ne le justifie* ». Le dernier paragraphe de leur mémoire dit : « *L'interdit de l'euthanasie et du suicide assisté de la tradition hippocratique est plus que millénaire. Il a été une valeur forte de générations de médecins qui y ont adhéré. Il demeure empreint de sagesse et de compassion et mérite d'être défendu avec fermeté* ». (Texte manuscrit)
- À la mi-octobre, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) publie le résultat d'un sondage, fait par la poste, auprès de ses membres sur l'euthanasie : 23 % y ont répondu. On ne parle pas d'aide au suicide, que « la Fédération considère comme un autre débat en soi ».
 - 75 % de ses membres seraient « certainement ou probablement favorables à la légalisation de l'euthanasie, dans un cadre législatif balisé ».
 - 20 % indiquent qu'ils ne la pratiqueraient « certainement pas ».
 - 83 % des spécialistes estiment que « les croyances religieuses doivent être toujours ou souvent prises en compte au moment de la décision ».
 - 95 % estiment que la sédation palliative doit être considérée comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie. Mais « 48 % l'assimilent à l'euthanasie et 46 % non ».
 - À la question : est-ce que l'euthanasie doit être considérée comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie? 68 % disent oui et 27 % non.
- Le 30 octobre 2009, La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOP) rend public le résultat d'une consultation, faite aussi par la poste, auprès de ses

membres. Elle portait aussi sur l'euthanasie seulement. Environ 15 % des médecins y ont répondu.

- 74.1 % souhaitent l'adoption de nouvelles balises réglementaires et législatives permettant le recours à l'euthanasie.
 - 71.3 % seraient prêts à avoir recours à l'euthanasie dans leur pratique médicale si de nouvelles balises réglementaires et législatives le permettaient.
 - 52.7 % affirment que l'euthanasie, sous diverses formes et de manière indirecte, est actuellement pratiquée au Québec.
- Le 3 novembre, le Collège des médecins décide de ne pas prendre position. Il dit que le débat doit plutôt être orienté sur les soins appropriés en fin de vie. Il affirme que « Les projets de loi déposés jusqu'ici, de même que le statu quo ne tiennent pas compte de la diversité des cas qui se présentent. »

Le Collège et les deux fédérations de médecins sont en faveur d'un débat public sur le sujet puisque, disent-ils, toute la société est concernée.

- Le 3 décembre, le gouvernement Charest répond à cette demande d'un débat public. Il annonce la formation d'une commission « en vue d'étudier la question du droit de mourir dans la dignité ». Du 15 au 18 février et les 8 et 9 mars, cette commission entend une trentaine d'experts et de représentants d'organismes afin de préparer un document qui servira à la consultation itinérante au cours de l'automne. À la suite de certaines représentations de la part d'intervenants, la commission a décidé d'éliminer le terme « droit » dans son nom. Car l'expression laisse entendre que les personnes qui ne choisissent pas l'euthanasie ne meurent pas dans la dignité. Si bien qu'elle se nomme maintenant « Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité ».

2.2 Au Canada

- Pendant la dernière session parlementaire, madame Francine Lalonde, députée du Bloc québécois, a présenté, pour une troisième fois, un projet de loi (C-384) modifiant le Code criminel de manière à ce que le médecin qui « aide une personne à mourir dignement » et à certaines conditions ne soit pas inculpé. L'expression « aide à mourir dignement » engloberait à la fois l'euthanasie et l'aide au suicide. (On peut aider à mourir en euthanasiant ou en aidant au suicide.)
- Le projet de loi ne concerne pas seulement les malades en phase terminale mais aussi toute personne de plus de 18 ans qui en fait la demande, si elle « éprouve des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement », et ce, même si elle a refusé les traitements disponibles.
 - La personne désirant l'aide pour mourir doit présenter à un médecin deux demandes écrites à plus de 10 jours d'intervalle, indiquant « son consentement libre et éclairé à opter pour la mort », si elle est « apparemment lucide ». Un autre médecin doit confirmer le diagnostic du premier.
 - Autre possibilité, si une personne, prévoyant le moment où elle ne sera « pas apparemment lucide », en a désigné une autre qui agira en son nom auprès de tout

- médecin, « par un écrit fait avec son consentement libre et éclairé et devant deux témoins qui n'ont pas d'intérêt personnel dans sa mort. »
- Le dernier vote sur le projet de loi a été retardé à plus d'une reprise, vraisemblablement parce que madame Lalonde prévoyait sa défaite.
 - Avec la prorogation du gouvernement, les projets de loi gouvernementaux qui n'ont pas reçu la sanction royale cessent d'exister, mais le règlement prévoit le rétablissement automatique de toutes les affaires émanant des députés; ce qui est le cas du projet de loi C-384. Les projets de loi privés retournent toutefois à l'étape de la première lecture. Dans le cas de C-384, cette lecture pourrait avoir lieu en mars, mais la seconde lecture et le vote n'auraient lieu qu'en juin. À ce moment-là, si le vote est affirmatif, le projet de loi sera envoyé à un comité qui devrait recevoir des mémoires et entendre les groupes et les personnes qu'il désigne. Une fois possiblement amendé, le projet de loi reviendrait à la Chambre des communes en décembre 2010, au plus tôt, pour le vote final. S'il était alors adopté, il serait envoyé au Sénat.
- La question n'est pas nouvelle. En 1994, suite à l'affaire Sue Rodriguez, le Parlement canadien a fait appel au Sénat « pour examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté ». Dans son rapport final intitulé *De la vie et de la mort (1)*, le Sénat a recommandé que l'euthanasie et l'aide au suicide demeurent des infractions criminelles. Sa première recommandation invitait le gouvernement à « accorder une grande priorité aux programmes de soins palliatifs ». On trouve dans ce rapport l'essentiel des arguments qui sont utilisés encore aujourd'hui en faveur de l'une ou l'autre position.

2.3 Ailleurs

- Il est intéressant de considérer le cas de la France. En 2003, suite à la médiatisation d'un cas d'euthanasie, le gouvernement forma une « mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie ». Après un grand nombre d'auditions et de consultations, son rapport, de plus de 900 pages, recommande de ne pas décriminaliser l'euthanasie et l'aide au suicide. Il invite par ailleurs le gouvernement à préciser le droit des malades au refus de traitement et au soulagement de la douleur. Par exemple, l'alimentation et l'hydratation artificielle sont considérées comme un traitement qui peut ne pas être entrepris ou qui peut être arrêté s'il n'apporte pas au malade de bénéfice significatif. Cette disposition, jumelée à une promotion des soins palliatifs, a rallié l'assentiment d'une forte majorité de députés.
- En 2006, en Angleterre, un projet de loi sur l'assistance à la mort (Assisted dying) proposait d'autoriser l'aide au suicide mais non l'euthanasie. Des groupes de défense des personnes handicapées, des groupes professionnels, des soignants, des groupes pro-vie, des organismes religieux, des citoyens inquiets se sont réunis pour former une alliance : *Care Not Killing*. Le 29 juin 2006, l'Association médicale britannique votait à une forte majorité contre l'euthanasie : 65 % contre l'euthanasie volontaire, 65 % contre l'aide au suicide et 94 % contre l'euthanasie non volontaire. Le projet de loi a été débouté. Toutefois, conformément à des directives temporaires établies le 23 septembre 2009, une personne suspectée de suicide assisté n'est pas poursuivie, s'il est avéré que le défunt avait « émis "un souhait clair, définitif et informé de se suicider" », qu'il était

« en phase terminale » ou souffrait d'une maladie « incurable » et qu'il avait demandé l'aide d'un proche, « laquelle aide se doit d'être "mineure" ». Le premier ministre Gordon Brown s'est montré critique à l'égard de ces directives du système de justice qui ne respectent pas l'autorité du Parlement britannique.

- Ainsi, les exemples du Canada, de la France et de l'Angleterre suggèrent que lorsque le débat public est mené sérieusement, il aboutit à des positions plus prudentes qu'on ne l'aurait d'abord pensé. La situation est bien différente lorsque l'on procède par référendum.

2.4 Pays où existent l'euthanasie et/ou l'aide au suicide

- Au *Pays-Bas*, l'euthanasie est légalement tolérée depuis le début des années 1970. Elle est pratiquée sous réserve de certaines conditions, explicitées dans une loi en application depuis mars 2002 : une demande volontaire et réfléchie par une personne de plus de 16 ans, des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, une information précise de la situation, aucune autre solution raisonnable, avis d'un médecin indépendant.

Le ministère de la Santé des Pays-Bas affirme qu'il y aurait eu, en 2005, 2325 cas d'euthanasie. Mais ces chiffres seraient inférieurs à la réalité puisque les médecins ne déclareraient pas tous les cas, dont plusieurs seraient rangés sous l'expression « sédation palliative » pour laquelle il y aurait eu 9600 cas. (2)

- En *Belgique*, un médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il accède à la demande d'un patient majeur, formulée de manière « volontaire, réfléchie et répétée ». C'est la principale mesure d'un texte de loi adopté en mai 2002.
- En *Orégon*, une loi appelée « Mourir avec dignité » est en application depuis 1997; elle permet l'aide au suicide. Elle exige que deux médecins concluent que l'espérance de vie du patient atteint d'une maladie incurable soit inférieure à six mois, que celui-ci ait bien demandé cette procédure et que son choix soit éclairé. Le gouvernement Bush a tenté de contrer cette législation mais la Cour suprême, dans une décision de janvier 2006, en a reconnu la validité. (3)
- En *Suisse*, le suicide assisté est également accepté depuis l'an 2000, à certaines conditions. Il s'y trouve deux associations (Exit et Dignitas) qui pratiquent « l'autodélivrance ». En 2005, 350 personnes ont absorbé du pentobarbital de sodium, la condition étant que la personne puisse l'ingérer elle-même. Un nombre grandissant d'étrangers se rendent en Suisse pour se suicider. Ce « tourisme de la mort » suscite cependant des opposants. L'animateur de Dignitas s'est vu interdire par sa commune l'organisation de ces suicides. Le gouvernement suisse devait étudier, en mars 2010, un projet de loi restreignant l'aide au suicide aux personnes atteintes d'une maladie incurable dont l'issue sera fatale à brève échéance. Il veut « interdire que l'assistance au suicide ne devienne une activité orientée vers le profit ». (4)

Par ailleurs, l'État de Washington a accepté, le 5 mars 2009, la loi intitulée « mort dans la dignité », qui permet l'aide au suicide. Comme en Orégon, cette loi permet à des médecins, à certaines conditions, de rédiger des ordonnances de doses mortelles de médicaments pour des patients ayant moins de 6 mois à vivre. Toutefois, les requérants doivent être majeurs et résider dans l'État.

3. UNE FIN DE VIE HUMAINE ET HUMANISANTE

La question de l'euthanasie et de l'aide au suicide est difficile. D'abord, parce qu'elle concerne des personnes qui souvent vivent des situations extrêmement pénibles. Parfois, de gens de notre famille, connus et aimés. Ou encore, des cas très médiatisés qui suscitent notre émotion et notre compassion. On se souvient probablement, parmi bien d'autres, de Tracy Latimer, de Sue Rodriguez, de Manon Brunelle, de Marielle Houle, de Chantal Maltais, de Vincent Humbert, de Terry Schiavo, de Piergiorgio Welby, etc. Personne ne peut rester insensible à la vue de personnes si éprouvées.

La difficulté de la question tient aussi une autre raison : la manière d'en parler. Beaucoup ont peine à se faire une idée claire sur le sujet parce que tant les promoteurs de l'euthanasie que ceux qui la refusent utilisent les mêmes concepts et le même vocabulaire. Mais, ils en tirent des arguments opposés ou différents. La question de fond n'en reste pas moins posée : qu'est-ce qui rend une fin de vie plus humaine voire humanisante, tant pour les individus que pour la société?

- Partisans et adversaires de l'euthanasie craignent **l'acharnement thérapeutique**

De fait, aujourd'hui, le perfectionnement de la science et des techniques médicales déplace les frontières naturelles de la vie et de la mort. Nous pouvons soigner et prolonger des malades au moyen d'une imposante batterie de médicaments, d'appareils et d'interventions plus ou moins agressives. Reconnaissons ici que la position du corps médical n'est pas de tout repos. Un médecin disait un jour : « Si une intervention quelque peu agressive échoue, on la qualifiera d'acharnement thérapeutique; si elle réussit, on viendra me féliciter et me remercier pour ce miracle médical. »

Mais, les adversaires de l'euthanasie affirment que la crainte de l'acharnement thérapeutique n'est pas un motif d'euthanasie. Rappelons-nous qu'une personne a le droit de refuser un traitement, surtout sévère, si son issue lui paraît très problématique. C'est souvent le cas de patients parvenus à un âge relativement avancé, dont l'état général est médiocre et à qui on offre un traitement de chimiothérapie contre un cancer grave. On se souvient peut-être aussi du cas de Nancy B. qui ne pouvait vivre sans être constamment branchée à un respirateur. La Cour a confirmé qu'il n'y aurait pas de poursuite légale si le respirateur était enlevé. Les moralistes ont reconnu que, dans ce cas, il ne s'agissait pas d'euthanasie.

Personnellement, j'ai connu un père de famille, âgé d'une quarantaine d'années, que le diabète avait rendu aveugle et qui était soumis à des dialyses rénales fréquentes. Au bout de quelques années, constatant que son état général s'aggravait, que les dialyses devenaient moins efficaces et que son corps s'empoisonnait peu à peu, il a convenu avec sa femme et ses enfants de mettre fin aux dialyses. Ensuite, il a préparé ses funérailles en choisissant lui-même les chants et les textes de la Parole de Dieu. Je ne pouvais que respecter sa décision; elle refusait tout simplement une forme d'acharnement thérapeutique.

Le personnel du monde hospitalier est unanime à refuser l'acharnement thérapeutique. La difficulté est de préciser concrètement quand il existe ou pas. Il y a longtemps déjà, le pape Pie XII disait qu'on n'était pas tenu de prendre des moyens extraordinaires pour maintenir la vie. Depuis, on parle plutôt de moyens qui seraient disproportionnés par rapport au bénéfice que pourrait en retirer le malade. Cette disproportion ne concerne pas tellement la lourdeur du traitement lui-même, par exemple, une réanimation cardiaque, une transfusion sanguine, une dialyse rénale, l'usage constant d'un respirateur, etc. C'est plutôt la charge et le bienfait, pour le malade ou pour d'autres, qui déterminent si le moyen est proportionné ou non.

On dira parfois que la cessation ou l'abstention de certains traitements est une forme d'euthanasie plus ou moins hypocrite. Car la mort peut alors survenir plus rapidement. Mais, il existe une différence fondamentale entre les deux situations : « Le malade qui ne reçoit pas ou qui se fait retirer un traitement de survie meurt de causes naturelles, alors que celui ou celle qui se suicide avec l'aide d'un autre, meurt de causes non naturelles. » (19) La différence est capitale entre provoquer la mort et lui laisser faire son œuvre.

- Partisans et adversaires de l'euthanasie craignent aussi **la douleur**

Pourquoi autant de personnes se disent-elles favorables à l'euthanasie et au suicide assisté? Deuxième réponse : par peur de la douleur, celle des autres ou la sienne. Qui d'ailleurs peut prétendre qu'il affrontera sans broncher la douleur physique et surtout la souffrance morale? Il suffit de fréquenter quelque peu les hôpitaux, de visiter des centres de soins de longue durée et des foyers de personnes âgées pour redécouvrir, comme dit le poète, à quel point « la vie est fragile » et notre crainte de la souffrance, viscérale. De plus, si la douleur est intense au point d'occuper tout le champ de la conscience, elle empêche le malade de vivre ses derniers instants de manière vraiment humaine.

Peut-être faut-il avouer aussi que notre civilisation tolère moins facilement la douleur que celle de nos prédécesseurs. D'un côté, la recherche du plaisir y est omniprésente. De l'autre, jeunes et moins jeunes s'habituent à consommer des analgésiques pour éliminer des sensations de douleur tout à fait supportables autrement. Ajoutons le fait que, de l'avis de psychologues, la peur de la souffrance s'avère, pour certaines personnes, aussi difficile à affronter que la souffrance elle-même.

Par contre, les adversaires de l'euthanasie s'appuient sur le fait qu'aujourd'hui, le contrôle de la douleur est de mieux en mieux assuré. De l'avis assez général, de 95 à 97 % des cas peuvent être soulagés de façon appropriée. Quant aux 3 ou 5 % restants, il est possible de les mettre en condition de sédation : on donne des analgésiques qui endorment la personne malade, ce qui lui permet de récupérer de sa douleur. On pourra la réveiller ensuite pour lui permettre de dialoguer avec des personnes significatives, régler certaines affaires, etc. Il est devenu traditionnel d'affirmer que l'on peut soulager la douleur, même au risque d'accélérer la mort. Puisque l'objectif premier est le soulagement de la douleur et non l'accélération de la mort, il n'y a pas euthanasie. (C'est ce qu'on appelle la cause à double effet.)

À ce sujet, les partisans de l'euthanasie portent souvent l'accusation d'hypocrisie. Car, disent-ils, la vie de plusieurs malades en phase terminale semble se terminer par une dose d'analgésiques qui précipite leur fin. Est-il réaliste de donner autant d'importance à une

intention souvent impossible à vérifier? Un juge de la Cour suprême, le juge Sopinka a répondu, dans la cause Sue Rodriguez : « À mon avis, les distinctions fondées sur l'intention sont importantes et elles constituent en fait le fondement de notre droit criminel. Même si, dans les faits, la distinction peut être parfois difficile à établir, sur le plan juridique, elle est nette. » () On pourrait ajouter que sur le plan éthique aussi, la distinction est capitale.

À cet égard, j'ai été vivement intéressé par une intervention, l'été dernier, du médecin responsable des soins palliatifs à l'hôpital Bruyère d'Ottawa, le docteur José Pereira. Il affirme que les analgésiques du groupe des opiacés (codéine, morphine, hydromorphone...), *s'ils sont utilisés de façon appropriée, sont efficaces, sécuritaires et ne hâtent pas la mort*. Il ajoute : *« Les cliniciens qui utilisent toute médication de façon inappropriée incluant les opiacés, devraient être tenus responsables (accountable). Il est intéressant de noter qu'en des endroits comme l'Orégon, les Pays-Bas et la Suisse, les praticiens qui fournissent l'aide au suicide ou l'euthanasie n'utilisent pas d'opiacés pour parvenir à leurs fins parce que les opiacés sont considérés comme inefficaces pour cela (...) Nous devrions arrêter de perpétuer le mythe qu'une bonne palliation avec des opiacés peut hâter la mort (...) Justifier le besoin de discuter de l'aide au suicide et de l'euthanasie sur la base du fait qu'elles sont déjà effectuées dans la pratique quotidienne par l'usage des opiacés est malencontreux (misguided). »*

Cette opinion est confirmée par le docteur Patrick Vinay, dans un article du journal Le Devoir, le 25 février dernier. Il écrit : *« Quelques témoignages malavisés à la Commission sur le droit de mourir dans la dignité font croire que le traitement morphinique de la douleur en fin de vie a le double effet de hâter la mort tout en soulageant les souffrances. On allègue aussi que la sédation palliative est une forme déguisée d'euthanasie. On réfère alors au principe du double effet pour justifier l'usage de ces médicaments en fin de vie. Cette vision est scientifiquement fausse, mais aussi moralement dangereuse et socialement désastreuse. »*

Il conclut son article en disant : *« Si la morphine tue, si la sédation tue, alors les enfants ne voudront plus qu'on donne de la morphine à leurs parents; les malades refuseront le soulagement par peur d'être tués; on imposera aux autres des souffrances intolérables. Alors les familles se diviseront entre celles qui veulent soulager le mourant et celles qui ne veulent pas qu'on accélère son départ. »*

Ces affirmations de deux médecins compétents en soins de fin de vie apportent, me semble-t-il, un nouvel éclairage sur le contrôle de la douleur.

- Partisans et adversaires de l'euthanasie veulent soulager **la souffrance psychique ou morale**

Car, en bien des cas, c'est cette souffrance morale, plus que la douleur physique, généralement soulagée, qui conduit des personnes à demander l'euthanasie. C'est *« l'humiliation de se voir diminué physiquement et mentalement, de se voir dépendant et de se considérer un poids pour les autres, humiliation de devoir se plier à recevoir de l'aide pour les besoins de l'hygiène, peine de devoir quitter ceux que l'on aime, peine d'être témoins des souffrances des proches..., etc. »* (Texte manuscrit d'un groupe de médecins au Collège des médecins) Dans cette foulée, un médecin hollandais, le docteur Sutorius, n'a

pas craint d'affirmer : « Aux Pays-Bas, nous avons fini par reconnaître que la souffrance est toujours mentale, même si sa source est physique... À l'évidence, la souffrance peut être aussi grande et insupportable lorsqu'elle est d'origine psychiatrique que lorsqu'elle est causée par un cancer terminal... La Cour de cassation de notre pays a reconnu qu'il ne fallait pas établir de distinction entre les souffrances d'un malade psychiatrique et celles d'un malade physique ». On ose à peine imaginer les conséquences possibles de pareille affirmation.

Par contre, des médecins adversaires de l'euthanasie affirment que lorsque des malades demandent à mourir, il s'agit pour beaucoup d'entre eux, d'une sorte de cri du cœur qui est un appel à la sympathie et à l'accompagnement. D'après leur expérience, « la grande majorité de ces malades trouveront soulagement dans leur souffrance grâce à la sollicitude de l'entourage ou parfois par la médication antidépressive ». Un médecin qui a longtemps œuvré à la Maison Michel Sarrazin de soins palliatifs, le docteur Claude Lamontagne, disait : « À certaines heures, le seul regard de bonté d'une personne aimante suffit à donner sens à la vie d'un grand malade ».

- Partisans et adversaires de l'euthanasie parlent de **compassion**

On touche ici à la définition même de l'euthanasie et de l'aide au suicide qui sont appelées, en langage juridique, des « meurtres par compassion ». Cette compassion est appréciée différemment selon que l'euthanasie est volontaire, c'est-à-dire demandée par la personne malade (ce qui est toujours le cas pour l'aide au suicide) ou involontaire, comme on l'a vu dans l'affaire Robert Latimer qui a asphyxié sa fille Tracy, très lourdement handicapée. Si vous vous souvenez, on lui a refusé une libération conditionnelle parce qu'il continuait à affirmer qu'il avait fait ce qu'il fallait faire. Autrement dit, son sentiment de compassion, dont personne n'osera douter, s'est exprimé ici en abrégant la vie de sa fille.

À l'opposé, les adversaires de l'euthanasie vont souvent utiliser l'expression suivante : « La véritable compassion ne conduit pas à éliminer la personne malade mais à l'accompagner dans sa souffrance et sa détresse ». Car étymologiquement, compatir signifie « souffrir avec », accompagner quelqu'un sur la route la plus difficile de sa vie. Alors que le recours à l'euthanasie ou à l'aide au suicide pourrait bien être assimilé à un abandon. Dans un cas comme celui de Latimer, il nous est tous apparu qu'en plus de sa compassion, il aurait eu besoin d'une aide importante de la part de proches ou de la part d'institutions publiques.

- Partisans et adversaires de l'euthanasie réclament une mort dans **la dignité**

De fait, l'expression la plus fréquemment utilisée par les partisans de l'euthanasie est : « pour mourir dans la dignité ». C'est d'ailleurs celle qui désigne le projet de loi Lalonde et la Commission gouvernementale québécoise sur le sujet. Il faut bien reconnaître que lorsqu'une personne est confrontée à des situations comme celles que j'évoquais il y a un instant : perte de sa beauté, de ses capacités physiques, de son autonomie, de son intimité, etc., elle peut facilement éprouver le sentiment de perdre sa dignité. Car sa dignité s'exprime aussi par cela. Elle peut en arriver à demander la mort pour éviter ce qu'elle considère une plus grande déchéance.

Mais, les adversaires de l'euthanasie répondent : « La dignité humaine ne se perd pas. Elle est inhérente à tout être humain ». On peut comprendre qu'une personne ait le sentiment de la perdre. Mais, il faut réagir à cette idée que le prix de la vie disparaît avec la perte de sa jeunesse, de sa beauté, de ses forces physiques, de sa capacité de travail rémunérateur, de son autonomie, de son intimité. Autrement, il faudrait accepter qu'il existe des niveaux de dignité différents pour les personnes en santé, pour celles qui sont handicapées physiquement ou mentalement, pour les malades grabataires, etc.

Pour le philosophe Emmanuel Kant, la dignité c'est la caractéristique de ce qui est sans prix. Nous pouvons afficher un prix sur des objets ou des animaux mais jamais sur un être humain : il est sans prix. Il est vrai que certains pays l'ont fait au temps de la traite des esclaves mais ils en ont honte aujourd'hui. Tous, nous voyons mieux à quel point cette pratique fut odieuse et, je dirais, plus dégradante encore pour les trafiquants que pour les esclaves eux-mêmes. Kant disait aussi : c'est parce qu'une personne peut s'enlever la vie à tout moment, que sa suprême dignité repose justement sur le devoir de résister farouchement au suicide ou à l'aide au suicide. À mon avis, l'une des plus belles affirmations de la dignité inhérente à tout être humain, nous pouvons la constater dans des centres de soins de longue durée où des soins respectueux, personnalisés et souvent affectueux sont donnés par le personnel des soins de santé ou des bénévoles à de grands malades, parfois grabataires et inconscients.

- Partisans et adversaires de l'euthanasie sont marqués par **la culture moderne**

Nous sommes ici au cœur de la problématique. Notre culture moderne véhicule une conception de l'être humain qui accorde la primauté au sujet, à son autonomie, à ses droits individuels, à sa liberté et à sa conscience personnelle. Ce sont là des valeurs fondamentales qui sont aussi des expressions de notre dignité humaine.

Un exemple suffira pour illustrer le désir des partisans de l'euthanasie d'être totalement maîtres de leur destin. Dans le journal *Le Soleil* du 10 octobre 2009, Ghislain Leblond qui, à 50 ans, a dû pour cause de maladie quitter son travail de sous-ministre, confiait à une journaliste : « *Je ne reconnais à personne une quelconque autorité morale, légale ou professionnelle de décider pour moi... Je n'ai pas choisi ma maladie mais mes proches ont fait le choix de rester auprès de moi... Je milite pour la liberté de choix, je ne veux rien imposer à personne... Je milite pour le droit de mourir dans la dignité et la sérénité... Les soins palliatifs ne règlent pas tout... Avec la morphine, on enlève la douleur, pas la souffrance.* » Et la journaliste de commenter : « *pour lui, la mort n'est pas seulement un droit, c'est aussi un devoir.* » (Valérie Gaudreau, La mort comme devoir, *Le Soleil*, 7-10-2009). Personne ne peut balayer ces affirmations du revers de la main. Monsieur Leblond a été entendu par la Commission gouvernementale.

Mais les adversaires de l'euthanasie font d'abord remarquer qu'il ne convient pas de parler de droit à la mort. Si c'était le cas, nous aurions tous l'obligation de mettre fin à la vie d'une personne qui en fait la demande et elle serait justifiée de l'exiger. On peut, par contre, utiliser l'expression « droit de mourir », c'est-à-dire de refuser des traitements disproportionnés qui empêcheraient, sans bénéfices valables, la mort de faire son œuvre.

Plus fondamentalement, les adversaires de l'euthanasie apportent une autre dimension à la problématique, celle de l'altruisme, de la solidarité, du bien commun de la société. Oui l'être humain est un sujet doté d'autonomie et de liberté. Mais, c'est un sujet dont la relation à l'autre est constitutive de son être. Le cordon ombilical qui nous relie à notre mère est peut-être le plus beau symbole des liens que, dès notre entrée dans le monde, nous tissons avec nos semblables. Si nous avons pu goûter à la vie, c'est grâce à d'autres personnes qui nous ont accueillis et de qui nous avons tout reçu : nourriture, vêtements, éducation, environnement physique et culturel, services publics de toutes sortes. Nous ne pouvons mener notre vie comme si nous étions seuls au monde, nous ne pouvons choisir de la quitter sans penser aux conséquences de ce choix sur nos semblables. Dans les questions controversées touchant l'origine et la fin de la vie, nos gestes ont plus qu'une portée individuelle, ils ont un impact social.

J'ose apporter ici un exemple dont certains se souviennent peut-être. Quand le docteur Raphaël Boutin (qui fut longtemps directeur général de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal) a décidé de justifier **publiquement** son suicide en invoquant des raisons telles que « les contraintes inévitables de la vieillesse », « la diminution de mes capacités physiques (vue, écriture) », « la perspective d'une éventuelle dégénérescence qui ferait de moi un fardeau pour les miens », « ma qualité de vie que je ne peux me résoudre à voir se détériorer jour après jour », etc. (24), quel message a-t-il envoyé aux personnes âgées, handicapées, souffrantes, blessées dans leur corps, leur esprit et leur cœur? Qu'elles devraient, comme lui, s'empresse de mettre fin à leurs jours, et d'autant plus rapidement que leur situation s'avère plus grave que la sienne? Voir une personne lutter incite aussi à lutter; en voir une autre baisser les bras et démissionner invite à faire de même. Même en milieu séculier et pluraliste, l'appel au sens des responsabilités n'est-il pas suffisant pour justifier l'interdit du suicide?

Il existe des façons de concevoir notre autonomie qui s'apparentent à une volonté de contrôle. Certains y ont fait allusion dans le cas du docteur Boutin. Comme si nous étions rébarbatifs à l'acceptation de nos limites humaines. Il faut reconnaître que, dans une société technicisée et utilitariste, il n'est pas surprenant que l'autonomie et le contrôle soient considérés comme nécessaires à la dignité de l'être humain.

- Si on se situe en dehors de toute considération religieuse, on pourrait fort bien accepter la position du docteur Margaret Somerville, qui est directrice du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université Mc Gill... et qui se dit incroyante. Elle a également été entendue par la Commission gouvernementale : *« la décriminalisation de l'euthanasie, dit-elle, serait inacceptable au niveau des symboles et inacceptable dans ses effets. Car, dit-elle, l'interdit du meurtre est l'un des éléments les plus déterminants pour fonder une éthique. Or, jusqu'ici, dans notre pays, mise à part l'absence totale de protection pour l'enfant à naître, notre législation a été, dans l'ensemble, respectueuse de la vie (...) Permettre l'euthanasie, c'est pratiquer une brèche importante dans un tissu de solidarité qui n'est pas moins nécessaire aujourd'hui qu'autrefois. Pratiquer l'euthanasie, c'est renforcer les processus d'atomisation de notre société. »*

Pour illustrer ces affirmations, voyons, trop rapidement, les effets éventuels d'une décriminalisation de l'euthanasie :

- Sur la personne malade d'abord. Lors d'une conférence à Ottawa, en mars dernier, le docteur Patrick Vinay, qui est responsable des soins palliatifs à l'Hôpital Notre-Dame à Montréal, a affirmé que la légalisation de l'euthanasie priverait plusieurs personnes de certains des moments les plus signifiants de leur vie. Il soulignait en particulier que dans une première étape, beaucoup de patients entrent dans une sorte de bulle de pouvoir, dans une tentative de contrôle de la maladie. Mais souvent, il leur faut passer de cette bulle de pouvoir à une bulle d'impuissance parce que, dit-il « la boîte à outils du médecin est vide ». Si la personne malade n'est pas accompagnée, elle voudrait souvent en finir au plus vite, pour elle-même et pour les siens. Mais, il lui reste peut-être un bout de chemin à parcourir avant de quitter. J'apporterai ici deux exemples.

Le premier est celui de Steven Fletcher, député conservateur à la Chambre des communes. Dans une lettre envoyée aux médias (Le Devoir, 27-04-10), il dit pourquoi il s'est abstenu de voter sur le projet de loi Lalonde. J'en lis des extraits :

« Je suis quadriplégique de niveau C4, paralysé complètement à partir du cou lors d'un accident d'automobile impliquant un orignal, en 1996. (...) »

En un instant, ma tête a été, sur le plan neurologique, déconnectée de mon corps à partir du cou. Être incapable de marcher était le moindre de mes problèmes. J'ai perdu le sens du toucher, la capacité de ressentir du plaisir ou de la douleur, de la chaleur ou du froid. Je ne pouvais pas frissonner, transpirer ou contrôler mes intestins et ma vessie. J'avais une douleur insoutenable au cou – une douleur à souhaiter mourir.

J'ai été déconnecté pour toujours de mon diaphragme, et mes poumons se sont affaiblis. Intubé et dépendant d'un appareil d'assistance respiratoire, je ne pouvais pas parler, mais j'étais entièrement conscient. J'ai dû apprendre à respirer normalement à nouveau. Il a fallu quatre mois pour que je puisse parler et presque un an pour respirer confortablement.

Impossible de dormir parce que j'avais continuellement l'impression de me noyer dans mes mucosités – une torture en soi, qui ajoutait à ma douleur affective et à ma terreur. On m'a dit que si je survivais, je vivrais dans une institution.

Et l'espoir que je survive était très mince. Je dis très mince parce que c'était la lueur d'espoir toujours vivante, si distante qu'elle fût, qui m'a fait passer à travers. J'étais jeune, 23 ans, et j'avais toute la vie devant moi. Si j'avais été plus vieux, j'ai de la difficulté à imaginer quelque chose qui aurait valu la peine de passer au travers d'un tel enfer.

(...) L'un des éléments critiques qui éclairent notre discussion sur l'euthanasie est le niveau de soutien que nous fournissons, en tant que personnes et comme société, à ceux et celles qui ont atteint des carrefours difficiles comme le mien. (...) Avec les soins médicaux et l'aide sociale convenables, les personnes qui veulent mettre un terme à leurs jours changent souvent de perspective sur la vie elle-même. J'aurais voulu être euthanasié après mon accident (car j'étais prisonnier de mon propre corps, c'était impossible de me suicider), mais j'ai changé d'idée en recevant plus de soutien. (...)

Dans une situation comme celle de Sue Rodriguez, je suis en faveur du droit de choisir la mort. (...)

Mon testament de vie permettra l'euthanasie dans certaines circonstances. Malheureusement, les dispositions relatives à l'euthanasie dans mon testament de vie ne peuvent pas être exécutoires, et c'est pourquoi je conviens qu'il faut envisager de changer la loi. (...)

Oui, le projet de loi donnerait aux malades en phase terminale plus de liberté pour mettre un terme à leur propre vie avec dignité. Mais, il peut aussi empirer le malheur des personnes gravement blessées et malades en libérant les Canadiens de la pression de relever le défi le plus important de fournir le niveau de soutien requis pour que la vie soit le premier choix. »

Après avoir dit que, dans une situation comme celle de Sue Rodriguez, permettez-moi de vous lire une lettre que le docteur Ghislain Devroede a écrite et qui est très révélatrice.

« Ma mère est morte le 22 février 2004. En novembre de l'année précédente, elle avait décidé de mourir. À 89 ans, après avoir enterré trois maris, elle se désolait de sa solitude et en mourait, solitude qui l'habitait depuis sa toute petite enfance. Sa mère voulait un fils et, par malheur, avait d'abord eu deux filles, lesquelles ont passé leur vie à s'entre-déchirer sans pouvoir affronter leur mère, rivée à son fils. Ma mère est donc devenue tardivement anorexique et déprimée. Mais, elle a commencé à « toucher » à ses émotions, et elle qui me disait « pleure toute seule dans son coin » quand elle était enfant m'a dit merci, avant de mourir, pour lui avoir appris à pleurer.

La vie d'un homme devient différente après la mort de son père et après celle de sa mère. Je ne suis pas exceptionnel de ce point de vue. Ce qui sort de l'ordinaire, c'est la demande, maintes fois répétée, de ma mère, en novembre 2003, de la tuer. C'est-à-dire de l'euthanasier. Sa table de nuit regorgeait de médicaments de toutes sortes, comme le sont souvent les pharmacies des vieilles personnes. Assez pour la tuer. Mais, alors qu'elle n'était pas paralysée, c'est à moi qu'elle a demandé, un mois durant, de façon répétitive, de la tuer. Quand je suis arrivé avec ma femme à Bruxelles, nous avons été prévenus de venir rapidement car ses dernières heures étaient proches. Quand elle nous a vus, elle s'est exclamée : « Enfin, vous êtes là, je peux mourir. » Je lui ai donné mon accord, et nous l'avons veillée toute la nuit. Le matin, elle était toujours là. Cela se répéta de nombreuses nuits, jusqu'à ce que je lui demande pourquoi elle voulait tellement mourir, mais ne mourait pas... Et de me parler de ses « grands péchés »... deux avortements provoqués il y a 50 ans, à une époque où la noirceur n'était pas si grande au Québec, mais tout de même. Je l'ai apaisée, rassurée, je lui ai parlé du caractère autoritaire de mon père. Et comme elle ne mourait toujours pas, je lui ai redemandé pourquoi. Elle m'a alors parlé de la mauvaise relation qu'elle avait avec ma sœur. Je lui ai dit que celle-ci payait pour sa mère à elle. Ma sœur et elle se sont réconciliées. Ma mère lui a demandé pardon de ne pas l'avoir aimée, et d'avoir songé à avorter d'elle aussi. Que de monstres sont ainsi sortis du placard, que de secrets de famille ont été éventés parce que j'ai renvoyé ma mère à la responsabilité de sa vie.

Quand elle est morte, elle était paisible. Je lui ai dit merci de sa curiosité, qui a fait de moi un chercheur d'amour et de vie. Elle m'a répondu d'un sourire, et elle est morte à la minute où mon avion s'est posé à Montréal.

Alors, non. Tuer quelqu'un, même par amour? Comment savoir ce qui gît dans les tréfonds de l'inconscient? Peut-on même imaginer la possibilité qu'il y ait des balises profondément saines à l'euthanasie? » (Le Devoir, 10 octobre 2004)

Ces exemples sont suffisamment éloquentes pour que je n'aie rien à y ajouter.

- Sur la profession médicale. Ce serait, disent certains, remettre en question ce qui fait l'âme de la médecine : la confiance totale du malade à l'égard de son médecin. Que le médecin se voie confier la possibilité de donner la mort et on ne le regardera plus tout à fait de la même façon. N'importe laquelle personne gravement malade pourrait douter des intentions secrètes de son médecin à son égard, même sous le prétexte de la recherche de son bien. C'est vraisemblablement pour cette raison qu'en l'an 2003, l'Association médicale mondiale a adopté une résolution contre l'euthanasie. (28) À cet égard, il vaut la peine de se laisser instruire par l'exemple de la Hollande. Pensons aussi à l'image de la médecine qui serait donnée aux étudiants en médecine : ils auraient non seulement à soigner mais aussi à donner la mort.
- Effet sur les personnes âgées ou gravement handicapées, les malades chroniques irrécupérables. La possibilité de l'euthanasie créerait sur beaucoup de ces personnes, déjà fragiles, une pression parfois intolérable. Elle renforcerait les tendances mortifères qui surgissent déjà comme une tentation sournoise chez beaucoup d'entre elles. Le docteur Margaret Scott, de la Société canadienne du cancer, rappelait aux membres du Comité sénatorial la vulnérabilité des personnes âgées qui, dit-elle, « se considèrent bien souvent comme un fardeau ». Il est rare qu'une personne de 85 ans vous dise : « Je mérite ce qu'il y a de mieux dans la vie. Cours me chercher ça. » La plupart des personnes de 85 ans nous disent : « J'espère que je ne suis pas un fardeau. Auriez-vous la gentillesse de m'apporter une tasse de thé? Nos mères, nos grands-mères et nos grands-pères sont tous passés par là. » (29)

D'ailleurs, lorsqu'il y a débat public sur l'euthanasie ou l'aide au suicide, ce sont les associations de personnes handicapées qui s'en montrent les plus fermes adversaires. Car pour ces personnes, ce n'est pas seulement une question de principes; elles se sentent menacées personnellement. Dans l'affaire Latimer, par exemple, la Conférence des évêques s'est prononcée, mais on pourrait parier que la position des personnes handicapées a pesé plus lourd que celle des évêques sur l'opinion publique. Car pour eux, ce n'est pas seulement une question de principes; ils se sentent menacés personnellement.

- Effet sur les proches du malade. Leur demande d'euthanasie pourrait s'avérer pour le moins ambivalente. Car, on peut se demander parfois si une certaine compassion à l'égard de grands malades n'exprime pas tout autant nos propres difficultés à voir et à accepter cette portion de la souffrance de l'autre qui renvoie constamment à la nôtre. Sans parler des intérêts, financiers ou autres, que certains proches pourraient avoir et qui les inciteraient à souhaiter une fin plus rapide. De plus, tellement de grands malades éprouvent un malaise profond de se voir un fardeau et un embarras pour les leurs. Une compassion authentique ne cherche pas la suppression du malade. Elle s'exprime plutôt par la présence, l'accompagnement, le soutien et tout ce qui permet de conférer aux derniers moments le plus de sens possible.

- Effet sur les pouvoirs publics. Dans une société où l'économie tend à tout mettre à sa remorque, comment éviter de faire un pas de plus – même sous des motifs de compassion – vers l'élimination de personnes plus ou moins difformes, de grands malades plus ou moins conscients, atteints par exemple de la maladie d'Alzheimer? Les coûts du système de santé deviendront tels qu'une euthanasie humanitaire risquerait fort de se transformer en euthanasie utilitaire. Les grands malades eux-mêmes se culpabiliseraient de continuer à coûter si cher à l'État.
- Sur la pratique des soins palliatifs

Comme on le sait, les soins sont dits palliatifs parce qu'ils pallient (remplacent) à ceux que la médecine ne peut plus offrir : c'est ce qu'on fait quand médicalement il n'y a plus rien à faire.

Lors de leur parution devant la Commission sénatoriale sur l'euthanasie, des médecins comme le docteur Louis Dionne, anciennement de la Maison Michel Sarrazin pour cancéreux ont été formels. Si vous acceptez l'euthanasie ou le suicide assisté, vous tuez les soins palliatifs, dans leur essence et dans leur philosophie. Comment pourrait-on requérir des fonds publics, comment pourrait-on mobiliser des centaines de bénévoles si le message véhiculé dans la population est le suivant : on peut en finir à bien moindres frais? Or, l'expérience des malades en soins palliatifs et des personnes qui les accompagnent est, semble-t-il, des plus concluantes : on peut difficilement concevoir meilleure manière de « mourir dans la dignité ».

Il est d'ailleurs remarquable que la première recommandation de la Commission sénatoriale qui a étudié cette question en profondeur en 1994-95, soit une invitation à généraliser les soins palliatifs. Et il est fort intéressant de constater que, depuis, plusieurs maisons vouées à ces soins ont été mises sur pied à travers le Canada. Il faut rendre hommage aux personnes ou institutions de notre région qui ont consacré beaucoup de temps, d'énergie et d'argent pour en ouvrir.

- Sur l'effet d'entraînement : la pente glissante.

Les promoteurs de l'euthanasie affirment fermement l'importance de balises nettes pour éviter tout dérapage. Mais, l'expérience d'un pays comme la Hollande, à laquelle on réfère souvent parce qu'elle est la plus ancienne, révèle que les balises sont bien difficiles à respecter. Margaret Somerville constate cet effet de pente glissante. L'euthanasie qui, dit-elle, était « *restreinte à l'origine aux adultes consentants en phase terminale et souffrant de graves douleurs, inclut désormais des personnes souffrant de maladies non mortelles, des handicapés, des enfants en bas âge, y compris, assez récemment, un enfant de 3 ans atteint du syndrome de Down (trisomie 21)* ».

En juillet 2009, le Comité des droits de l'Homme de l'ONU a mis en garde les Pays-Bas pour son « taux élevé de cas d'euthanasie et de suicide assisté ». Il s'étonne du peu de balises de ces actes. Pour sa part, Jean Léonetti, qui a piloté la loi française, affirme que la loi hollandaise « consacre un nouveau pouvoir médical ». Le médecin endosse en effet simultanément les fonctions d'expertise, de décision et d'exécution de la sentence.

Au terme de ce tour d'horizon, on peut affirmer que l'euthanasie ou l'aide au suicide s'imposent moins que jamais car nous pouvons plus facilement qu'autrefois contrôler la douleur, éviter l'acharnement thérapeutique, et nous disposons d'un nombre grandissant de soins palliatifs, soit dans des maisons spécialisées, soit en milieu hospitalier.

Personnellement, j'apprécie beaucoup la position de madame Somerville qui affirme : « *Je suis prête à accepter que certaines personnes puissent considérer que cet acte (l'euthanasie) est conforme à l'éthique au niveau individuel, mais il est contraire à l'éthique au niveau de la société en raison de l'énorme préjudice qu'il est susceptible de causer... Il porte en lui un germe de déshumanisation et de désintégration sociale* » () qui accentue encore davantage l'actuelle crise des valeurs.

Reposons donc la question de départ. Quelle est la manière la plus humaine, la plus humanisante d'éviter l'acharnement thérapeutique, de contrer la douleur et la souffrance? Quelle est la meilleure manière de témoigner sa compassion et de respecter la dignité des personnes gravement malades? Leur injecter une substance létale ou les accompagner humblement et fraternellement? Quelle est la façon de terminer sa vie qui exprime le mieux notre solidarité à l'égard des personnes âgées, handicapées et gravement malades ainsi que de leurs proches? Un comprimé qui donne la mort ou la mobilisation du personnel soignant et d'une équipe de bénévoles impliqués dans des soins palliatifs?

DEUXIÈME PARTIE : QUELQUES PERSPECTIVES DE FOI

Jusqu'ici, je me suis limité à considérer l'euthanasie et le suicide assisté dans une perspective séculière et humaniste. J'aurais pu souligner que sur des questions comme l'acharnement thérapeutique et le contrôle de la douleur, la position de l'Église a été d'avant-garde et a inspiré les pratiques les plus courantes du monde médical. Quand la réflexion séculière et la réflexion chrétienne concordent, les chances sont bonnes d'aboutir à des pratiques éthiques difficilement contestables.

Or, les convictions de l'Église sur ce sujet procèdent d'une vision de l'être humain, de sa vie personnelle et collective qui est très belle. Je suis heureux de les présenter, car elles enrichissent considérablement le débat éthique.

Fondements bibliques

■ Un interdit fondateur

L'interdit du meurtre est vraisemblablement le plus ancien de l'humanité. À cet égard, nous pouvons le considérer comme un interdit fondateur. Dès les premières heures de l'histoire humaine, il est apparu que la vie de la famille, de la tribu, du clan serait impossible si elle n'était pas strictement protégée. C'est même l'instinct de survie qui est en cause : si je ne respecte pas la vie des autres, comment respectera-t-on la mienne?

La Révélation biblique a porté cette réflexion à un sommet. Tout d'abord dans l'une des premières pages de la Genèse, avec le récit du meurtre d'Abel par son frère Caïn. C'est un extrait d'une concision et d'une portée tout à fait remarquables. « Caïn dit à son frère Abel : « Allons dehors. » Et comme ils étaient en pleine campagne, Caïn se jeta sur son frère Abel et le tua. Le Seigneur dit à Caïn : « Où est ton frère Abel? » Il répondit : « Je ne sais pas. Suis-je le gardien de mon frère? » Le Seigneur reprit : « Qu'as-tu fait? Écoute le sang de ton frère crier vers moi du sol. » (Gn 4,8-10)

Il y a plusieurs affirmations majeures dans cet épisode. D'abord, Caïn est un frère, relié à Abel par les liens du sang. Mais, c'est aussi un frère à titre d'un des premiers membres de la grande famille humaine. C'est bien ce que Dieu lui rappelle : « Qu'as-tu fait de **ton** frère? »

Caïn a donc une responsabilité envers son frère. Il cherche d'abord à l'éluder par un mensonge : « Je ne sais pas. » Mais il tente aussi d'évacuer cette responsabilité en posant une question : « Suis-je le gardien de mon frère? » Comment Dieu répond-il? Par la voix de la conscience : « Écoute... écoute le sang de ton frère. » Il dit que tu en es responsable.

Mais à qui s'adresse le cri du sang? À Dieu : « Écoute le sang de ton frère qui crie **vers moi** du sol. » Autrement dit, l'être humain ne peut pas davantage fuir sa responsabilité envers Dieu. C'est donc Dieu lui-même qui se porte garant de la vie humaine, de toute vie humaine, même celle de Caïn. Quand celui-ci reconnaît sa faute, la peur le saisit et il dit : « On me tuera à mon tour. » Mais Dieu répond : « Si quelqu'un tue Caïn, Caïn sera vengé sept fois. Et Dieu mit un signe sur Caïn pour que quiconque le trouve ne le tue pas. » (Gn 4,15)

Quelle remarquable façon de tenir ensemble la voix de la conscience (« Écoute »), notre responsabilité mutuelle (« le sang de ton frère ») et notre responsabilité envers Dieu (« qui crie vers moi du sol »)!

Mais pourquoi Dieu se sent-il personnellement touché par la vie humaine? Les chapitres antérieurs du livre de la Genèse nous en donnent la réponse : « Faisons l'être humain à notre image, selon notre ressemblance. » (Gn 1,26) et « Le Seigneur Dieu modela l'homme de la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant. » (Gn 2,7) Oui, un être vivant, mais bien différent de tous les autres parce que porteur de l'image de Dieu et d'un peu du souffle de sa vie. Voilà pourquoi il est précieux aux yeux de Dieu.

On affirme parfois le caractère sacré de la vie humaine. En réalité, s'il existe quelque chose de sacré en notre monde, c'est avant tout la personne humaine qui, elle, est détentrice de vie. Au sens strict du terme, la vie humaine est une abstraction; elle n'existe pas en elle-même. Je préfère dire que ce sont des personnes humaines qui sont sacrées. Ce sont elles qui reflètent l'image de Dieu et qui sont porteuses du souffle de sa vie.

■ Dieu maître de la vie

Pour les auteurs bibliques, il est clair que la vie est un don de Dieu; c'est lui qui la donne et qui la reprend, à l'heure de son choix.

Une objection surgit tout naturellement en regard du suicide. Puisque Dieu donne la vie aux humains et qu'il les veut libres et responsables, pourquoi ne pourraient-ils pas en disposer à leur gré? Ou bien, il s'agit d'un don véritable et nous pouvons en faire ce que nous voulons, y compris l'aliéner. Ou bien, notre vie est plutôt de l'ordre d'un prêt qui nous sera redemandé un jour; et elle ne serait pas vraiment donnée.

Dans l'esprit de la révélation biblique, le don de la vie humaine n'est pas absolu. Dieu garde un lien avec elle puisqu'elle exprime son image et sa ressemblance. Ainsi, lorsqu'une personne attente à sa propre vie, son sang pourrait bien encore crier du sol, non seulement vers des frères et des sœurs irresponsables mais aussi vers Dieu. (Gn 4,10) Car Dieu est le Dieu de la vie; il l'aime, l'exprime et la favorise sous toutes ses formes, même lorsqu'elle doit traverser l'épreuve.

De plus, comme dans tout agir humain, la responsabilité détermine et limite la liberté. On peut donc penser que l'être humain reçoit la vie à la manière d'un talent à faire fructifier et non à enfouir dans la terre. (Mt 25,14-30) Ou encore, à la manière du jardin d'Eden qui lui a été confié pour le cultiver et le garder. (Gn 2,15) De fait, s'il existe une réalité à faire fructifier et à garder, c'est bien celle de la vie humaine.

Quant à la vie des autres, Dieu en sauvegarde l'inviolabilité, empêchant les individus et les sociétés d'en disposer à leur gré. Peut-être ne mesure-t-on pas suffisamment la portée immense de cette affirmation.

« Parce que, si l'être humain et non pas Dieu, est le maître de la vie, on ne comprend pas pourquoi l'être humain ne pourrait pas disposer à son gré de sa vie par le suicide, et de la vie

d'autrui par l'homicide; on ne comprend pas pourquoi la société ne pourrait pas éliminer par une "mort douce" en vue du plus grand bien-être de la collectivité, la vie humaine inutile (vieillards, malades chroniques irrécupérables, malades mentaux, personnes handicapées et difformes, délinquants incorrigibles) qui constitue un poids très lourd pour la société. » (34)

Par ailleurs, si nous reconnaissons que Dieu seul est maître et seigneur de la vie humaine, celle-ci devient intouchable, même quand elle paraît inutile ou improductive, même quand nous serions tentés d'en détourner notre regard. Comme on détournait autrefois son regard du Serviteur souffrant d'Isaïe : « Il était comme celui qui n'a plus ni attrait ni beauté et dont on détourne son regard. » (Is 53, 2)

La seule véritable exception possible est la légitime défense. Quant à la peine de mort, le pape Jean-Paul II affirme qu'elle ne devrait être appliquée qu'en cas de « nécessité absolue ». Or, dit-il, « à la suite d'une organisation toujours plus efficiente de l'institution pénale, ces cas sont désormais assez rares, sinon même pratiquement inexistants. » (35)

■ Le supplément de sens apporté par la vision biblique

Quand survient l'épreuve, tout particulièrement celle de la maladie terminale, la question du sens de la vie se pose avec une nouvelle acuité. Pour certaines personnes malades, une part de leur souffrance morale tient au vide de sens qu'elles éprouvent.

La foi ne règle pas automatiquement cette question du sens. Parfois, les personnes qui paraissent les plus sûres d'elles-mêmes, alors qu'elles sont en contrôle de leur destin, se retrouvent dans la condition de Job qui ne comprend plus rien. Rappelons-nous le dialogue des Carmélites de Bernanos : la supérieure de la communauté, toujours en contrôle de tout cède à la panique et à l'angoisse devant la mort qui approche... alors que la petite religieuse toute simple avance dans la paix intérieure.

Le supplément de sens apporté par la foi possède plusieurs aspects. Ce qui n'étonne pas puisque la foi apporte son éclairage sur toutes les dimensions de la vie. J'en énumère quelques-uns seulement, sans pouvoir les commenter véritablement. Pour les personnes croyantes :

- La vie est reçue comme un don gratuit, de la part d'un Dieu désireux d'initier un dialogue personnel et de contracter une alliance avec chaque être humain. Elle est donc tout à fait précieuse aux yeux de Dieu. Chaque personne est « une histoire sacrée ».
- Dans un sermon de Noël, saint Léon le Grand dit : « Chrétien, reconnais ta dignité. » Comme il est dit dans la liturgie, il nous invite à « nous unir à la divinité de celui qui a pris notre humanité ». Nous possédions déjà la dignité d'être « à l'image et à la ressemblance de Dieu », nous recevons celle d'enfants de Dieu, invités à partager son héritage de vie et de bonheur.
- Un des sommets de la vie chrétienne consiste à faire de notre vie « une offrande spirituelle agréable à Dieu ». La fin de la vie constitue un moment privilégié pour le faire.

- Jésus, dit saint Paul, a « appris l'obéissance par la souffrance » et il en a fait une occasion d'abandon et de confiance envers son Père. Notre souffrance et notre mort peuvent être vécues avec les mêmes sentiments d'abandon, de confiance et d'amour. Exemple de Mgr Deskur.
- La charité (agapè) nous incite à dépasser toute forme d'individualisme et d'égoïsme. Elle suscite des « bons samaritains » qui, comme professionnels ou bénévoles, religieux et religieuses, développent leur capacité de don de soi et constituent une réelle force sociale. Le monde de la souffrance est un appel au monde de l'amour.
- Pour les personnes croyantes, la mort n'est pas la fin de tout mais le passage sur l'autre rive de la vie. Elle est envisagée avec espérance.

« C'est dans le Christ et par le Christ que s'éclaire l'énigme de la douleur et de la mort qui, hors de l'Évangile, nous écrase. » (Gaudium et Spes)
- Etc.

Les positions de l'Église

Pie XII a pris, sur le soulagement de la douleur, sur l'acharnement thérapeutique, sur la responsabilité des patients à l'égard de décisions qui les concernent, des positions qui ont servi de guide au personnel de la santé dans plusieurs pays.

■ Le suicide assisté et le devoir de justice et de charité

L'interdit porte aussi sur le suicide, assisté ou non. Dans *Evangelium vitae*, Jean-Paul II affirme d'abord que, compte tenu de diverses circonstances, la responsabilité subjective du suicidaire peut être atténuée ou même supprimée. Personne ne peut donc s'ériger en juge de l'acte qu'il a posé. Mais, dit encore Jean-Paul II :

« Le suicide, au point de vue objectif, est un acte gravement immoral [...] En son principe le plus profond, il constitue un refus de la souveraineté absolue de Dieu sur la vie et sur la mort. » Et il ajoute : « Il comporte le refus de l'amour envers soi-même et le renoncement aux devoirs de justice et de charité envers le prochain... » (36)

Que peut signifier cette expression « devoirs de justice et de charité » ?

Première observation, encore à partir de la parabole des talents. S'enlever la vie ou aider un autre à le faire, n'est-ce pas, d'une certaine façon, enfouir son talent dans la terre alors qu'il aurait pu encore fructifier ? Si, par exemple, au lieu de quitter cette vie, la personne suicidaire avait appelé à l'aide, celle qui aurait joué le rôle de bon samaritain aurait bénéficié d'une occasion de croissance humaine et spirituelle. Et qui sait si la personne demeurée vivante n'aurait pas pu, à son tour, en aider d'autres, qui auraient également bénéficié de leur geste de bon samaritain ? En somme, miser sur la vie mène à tisser des liens ; céder à des tendances mortifères ne fait que les distendre ou les rompre.

Je me permets un exemple plus personnel pour expliciter l'expression « renoncement aux devoirs de justice et de charité envers le prochain ». Un jour, à l'occasion d'une visite d'élèves de secondaire V d'une petite localité gaspésienne, je suis invité à commenter le suicide d'un de leurs compagnons de 16 ans, survenu quelques semaines plus tôt. Pour éviter de porter un jugement direct sur ce jeune, j'ai rappelé un autre suicide, celui d'un professionnel qui était aussi un bon ami. Je commentais : quand j'ai été témoin de la détresse quasi sans fond de sa mère et de ses deux filles, je lui en ai presque voulu; il n'avait pas le droit de faire cela, pas le droit de causer une peine pareille à des personnes qui l'aimaient. Quand on aime, on est utile; quand on est aimé, on est nécessaire. Les parents de ce jeune de secondaire V, à qui il ne restait qu'un enfant handicapé, ont éprouvé le même désarroi et la même détresse. Sa mère a traversé le ravin de ténèbres d'une dépression de plusieurs mois. On me dira : « ce genre de suicide est bien différent de celui dont on peut demander l'assistance au terme de sa vie ». De fait. Mais rappelons-nous le geste du Dr Boutin et à ses conséquences à l'égard des personnes handicapées ou très vulnérables. Il nous permet d'entrevoir en quoi peut consister ce devoir de justice et de charité.

Quant à la personne qui, à la demande d'une autre, l'aiderait à se suicider, elle ne saurait évacuer sa responsabilité. Même si elle pose ce geste pour des motifs de compassion, elle en demeure imputable car à cause d'elle, un être humain n'est plus. À ce sujet, Jean-Paul II affirme :

« On doit dire de l'euthanasie qu'elle est une fausse pitié, et plus encore une inquiétante "perversion" de la pitié : en effet, la vraie compassion rend solidaire de la souffrance d'autrui, mais elle ne supprime pas celui dont on ne peut supporter la souffrance. » (37)

Autrement dit, c'est une mauvaise façon d'être gardien de son frère.

À cet égard, est-ce que les soins palliatifs ne constituent pas, pour les individus comme pour la société, une remarquable façon d'être gardiens de nos frères ou de nos sœurs? Quelqu'un a dit un jour : notre mission à tous, c'est de saisir la vie pour la redonner à notre tour. Il y a mille façons de le faire; parfois c'est saisir la main de l'autre pour l'accompagner à sa dernière heure. Je pense ici à ce jeune madelinot qui avait vécu l'expérience, inoubliable disait-il, de l'accompagnement de sa sœur cancéreuse en phase terminale. Voyant approcher les derniers moments, il lui dit : « Je te prends la main et je te la tiens... quand je te la laisserai, c'est parce qu'un autre, l'Autre te l'aura prise à son tour. »

C'est la merveille de la foi chrétienne de croire que nous pouvons passer de la main d'une sœur ou d'un frère à la main de Dieu.

LES DEMANDES D'EUTHANASIE (QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION)

1. Respecter trois interdits (d'après le Dr Gilles Voyer)

- **Le refus de l'homicide**

En fin de vie, l'homicide prend la forme de l'euthanasie. L'euthanasie suppose une relation de cause à effet, l'intention de donner la mort à quelqu'un qui est partie prenante de la communauté humaine.

- **Le refus de la manipulation**

« En fin de vie, la manipulation prend la forme des décisions prises sur la base d'un rapport de force. Ce rapport peut être entre le malade et les soignants, entre le malade et sa famille, entre la famille et les soignants, entre les médecins et les infirmières, etc. Les moyens en sont le blâme, la menace, le chantage, etc. Ce sont là des moyens qui réduisent autrui à l'état de chose, à l'état d'instrument à notre service, ce que proscriit l'interdit de la manipulation. Au passage, je signale que l'aide au suicide m'apparaît aussi dans l'ordre de l'instrumentalisation d'autrui. L'autre n'a pas le droit de m'instrumentaliser dans son propre suicide. »

- **Le refus du mensonge**

« En fin de vie, le mensonge prend la forme de ne rien dire au malade, mais de le dire à son entourage. En faisant cela, on prive le malade de la possibilité de dire son angoisse alors qu'en parler permet souvent des choses incroyables. Une telle privation réduit autrui à l'état d'indignité, ce que proscriit l'interdit du mensonge. Cela dit, ne pas mentir n'est pas la même chose que dire la vérité à tort et à travers. Dire la vérité demande du tact. Il faut savoir choisir son moment. Tout n'a pas à être dit en bloc. Il faut savoir s'ajuster à la capacité de la personne à recevoir la vérité. »

2. Écouter la demande (d'après le Dr Claude Lamontagne¹)

- Voir d'abord de quelle manière ils font cette demande? Par des allusions? Des questions indirectes? Des demandes directes? Chacune de ces façons exprime une grande souffrance mais n'est pas toujours une demande réfléchie et raisonnée. En une première étape, il convient d'essayer de comprendre la vraie nature de cette demande. Qu'est-ce que le patient peut vouloir dire?
- Il exprime généralement une souffrance non soulagée (physique ou morale).
 - Ce peut être des **peurs** (de souffrir, de devenir fou, de l'agonie longue, de mourir de manière terrifiante).

¹ Le docteur Claude Lamontagne a œuvré en soins palliatifs à la Maison Michel Sarrazin et comme membre du Comité de bioéthique de l'Assemblée des évêques du Québec. (cf. Revue *Ton Ami*, n° 37, février 1995)

- Ou le **sentiment d'être un fardeau** (d'être sans valeur pour les autres, d'être repoussant physiquement, d'être rejeté, abandonné).
 - Ou le **besoin de contrôler sa mort** (puisqu'il ne contrôle plus sa vie).
 - Une **manière de dire** : aidez-moi, écoutez-moi, aimez-moi... malgré ce que je suis devenu.
 - Une **façon de dire sa souffrance**, son besoin de communiquer ce qu'il vit.
 - Une **façon ultime de demander** quand les autres façons n'ont rien donné.
- Mais il est aussi possible qu'il y ait une **vraie demande d'euthanasie**.

Le docteur Lamontagne suggère alors une intervention en trois temps :

1^{er} temps : accueillir (explorer, écouter, ne pas juger, comprendre)

2^e temps : corriger - nuancer - offrir

3^e temps : vérifier - expliquer - partager

3. Quelle est la philosophie des soins palliatifs?

Définition des soins palliatifs :

Ce sont des soins adaptés, offerts à des personnes atteintes d'une maladie chronique en phase avancée ou terminale, pour laquelle tous les moyens utiles à sa guérison ont été épuisés, et dont les objectifs visent l'amélioration de la qualité de vie qui reste et la préparation à la mort, par le soulagement de symptômes, l'accompagnement et le support des malades et de leurs proches.

Principes de la philosophie des soins palliatifs :

- *Le malade est une personne qui exprime sa vitalité de multiples façons au plan corporel, émotionnel, mental et spirituel.*
- *La mort constitue une étape dans l'évolution de la personne au même titre que la naissance, l'adolescence, les âges adultes et la vieillesse.*
- *Le mourant est une personne qui franchit la dernière étape de sa vie. À cette phase, la vie lui offre une chance ultime d'atteindre son identité propre, en intégrant toutes les dimensions de son existence.*
- *Le malade dont on ne peut espérer une prolongation de sa vie a le droit d'être aidé à améliorer la qualité de la vie qui lui reste, par le soulagement de la souffrance globale et par la meilleure préparation possible à la mort.*
- *Le malade a le droit à la dignité. Pour le mourant, cela se traduit par la possibilité d'être soulagé, de recevoir des soins dans un climat humain et de choisir, dans la mesure du possible, les conditions de vie de son étape terminale.*

- *Le mourant a également droit au respect de sa personne. Bien qu'il vive une étape dramatique, il demeure un être humain à part entière. Il faut donc respecter ses choix, ses modes d'expression, ses réactions, son intériorité et son intégrité physique et morale.*
- *Le droit à la vérité est fondamental pour le mourant. Il lui permet d'être informé sur ce qui le concerne et de prendre des décisions appropriées.*
- *Le mourant a le droit à un environnement de nature à favoriser la satisfaction de ses besoins affectifs. Cela implique la présence des membres de son entourage et celle d'un personnel attentif.*
- *Le recours à l'euthanasie (active), sous quelque forme que ce soit est totalement exclu.*