

## Réflexion sur l'euthanasie

Marcel Boisvert, M. D

Volume 20, numéro 1, automne 2007

La « bonne mort »

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017958ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017958ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boisvert, M. (2007). Réflexion sur l'euthanasie. *Frontières*, 20(1), 100–102.  
<https://doi.org/10.7202/017958ar>

# RÉFLEXION SUR L'EUTHANASIE

Marcel Boisvert, M.D.

Le mot « suicide » renvoie généralement au geste de mettre fin à sa vie longtemps avant son terme naturel. Le suicide est spécifiquement volontaire, mais il est le plus souvent associé au désespoir. Le mot « euthanasie » est étymologiquement plus doux et, indépendamment de l'âge, se situe essentiellement au bout d'une maladie incurable. Dans les lignes qui suivent, ce mot n'aura qu'un sens : « euthanasie-sur-demande ».

Le suicide semble encore considéré comme un geste condamnable plutôt qu'être vu comme un malheur devant susciter sympathie et pitié. Car, comme le souligne B. Saint Girons : « il est difficile d'éviter de porter un jugement moral à l'égard du suicide : le volontaire de la mort dresse le procès de la vie en général, mais par là même celui de ses parents, de ses proches, de la société et du système politique » (2000, p. 1799). Le suicide ayant été décriminalisé au Canada, on doit s'interroger sur la logique qui permet que l'on emprisonne pour homicide volontaire l'aidant d'un demandeur d'euthanasie, alors que la définition même d'homicide implique a) enlever la vie et b) avec violence, c'est-à-dire, comme l'indique son préfixe, « contre la volonté de ». L'immobilisme du législateur en ce domaine est répréhensible en ce qu'il débouche sur l'inacceptable injustice de juger et condamner des gestes d'ultime compassion à l'aune des tueurs à gages.

Depuis une cinquantaine d'années, les sondages auprès du public et des méde-

cins ont montré une progression continue des opinions favorables à un encadrement légal de l'euthanasie au Canada. Lors du congrès du Collège des médecins du Québec tenu le 12 mai 2006 sur le thème « Aider à mourir », l'un des conférenciers avança qu'à ses yeux, une éventuelle légalisation ne faisait plus de doute et que la question se résumait davantage à *quand et comment*.

Au cours des vingt-cinq dernières années, cette tendance s'est confirmée dans l'attitude de la justice canadienne. En 1993, la Cour suprême, par l'inconfortable majorité de 5 contre 4, refusa à Sue Rodriguez l'aide au suicide qu'elle avait demandée. Victime de la maladie de Lou Gehrig (sclérose latérale amyotrophique), elle arguait que le suicide étant décriminalisé, ce choix devrait lui être ouvert, mais sa détérioration physique l'empêcherait d'y avoir recours. L'aide au suicide étant toujours illégale, cet apparent illogisme (qu'aider à poser un geste légal soit criminel) brimait sa liberté d'action. L'inconfort de la justice face à ce cas fut confirmé par la non-investigation de son décès, survenu selon toute vraisemblance avec une aide, « criminelle » selon les termes de la loi.

On peut citer ici deux des juges (dont la position était dissidente) qui se sont prononcés sur la demande de madame Rodriguez :

[U]ne disposition imposant une période indéfinie de souffrance physique et psychologique inutile à une personne qui est de toute façon sur le point de mourir ne peut être conforme à aucun principe de justice fonda-

mentale. (Le Juge en chef McEachern, Cour d'appel de la Colombie-Britannique, traduction citée dans Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519)

Des interdictions édictées par l'État, qui imposeraient une mort atroce et douloureuse à un malade en phase terminale, handicapé et lucide constitueraient une insulte à la dignité humaine. [...] Le droit de choisir la mort est offert aux malades qui ne sont pas physiquement handicapés. Il n'existe aucune raison de refuser ce choix à ceux qui le sont. (Le Juge Cory (dissident), Cour suprême du Canada, dans Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519)

Au Québec, en 2006, le juge Maurice Laramée évitait la prison à Marielle Houle, coupable d'avoir acquiescé à la demande de son fils lourdement et irrémédiablement handicapé. Elle l'avait aidé à mettre fin à ses jours. Par contre, dans l'Ouest canadien, en 1993, Robert Latimer a été condamné à dix années de prison pour avoir mis fin à la vie de sa fille âgée de douze ans, Tracy, déficiente et handicapée, pour mettre un terme aux souffrances résultant de plusieurs chirurgies lourdes, plusieurs autres étant à prévoir. De même dans les Maritimes, il y a moins de dix ans, une pneumologue estimée a connu les angoisses et le déshonneur d'un procès (honteux selon plusieurs), accusée d'avoir écourté de quelques heures ou de quelques

L'IMMOBILISME DU  
LÉGISLATEUR EN CE DOMAINE  
EST RÉPRÉHENSIBLE EN CE  
QU'IL DÉBOUCHE SUR  
L'INACCEPTABLE INJUSTICE  
DE JUGER ET CONDAMNER DES  
GESTES D'ULTIME COMPASSION  
À L'AUNE DES TUEURS À GAGES.

jours, la vie d'un cancéreux agonisant aux soins intensifs, après six ou sept interventions chirurgicales et qui ne répondait plus aux analgésiques puissants, un phénomène rare mais bien connu.

Il aura fallu attendre 2006 pour trouver dans le jugement Laramée un ton nouveau, une nouvelle compassion, un humanisme touchant de compréhension, contrastant avec la dureté de naguère envers les tentatives de suicide et celle toute récente, envers les prédécesseurs de madame Houle.

Il fut dit au sujet de l'euthanasie que le *quand* et le *comment* étaient à nos portes. Le *quand* est la prérogative du législateur. Il serait déplorable qu'une fois encore on attende de tristes gestes de « compassion illégale » menant à de pénibles procès pour des personnes déjà trop éprouvées. Le *comment* impliquera de nécessité les sciences de la santé (médecine, nursing, psychologie, bioéthique...). Il faut leur faire confiance. Une saine intelligence émotionnelle devrait éviter le confort trop facile de la conviction que toute demande d'euthanasie est d'abord un symptôme de dépression et éviter de réinventer la roue alors que la Hollande<sup>1</sup>, la Belgique et l'Oregon (aux É.-U.) ont déjà accompli beaucoup de chemin.

L'euthanasie, comme l'avortement, est un de ces thèmes pour lesquels on ne peut entrevoir de consensus. Tout au plus pouvons-nous nous mettre d'accord sur un désaccord. Cela devient particulièrement évident face à la question « êtes-vous pour ou contre ? ». D'expérience, je sais que la discussion prend une autre tonalité quand l'interrogation devient « y a-t-il des situations où l'euthanasie serait justifiée ? ». Il n'est plus alors question de défendre une opinion mais de réfléchir au sort de la personne qui implore de l'aide. S'ouvre un espace de dialogue. C'est sur ce terrain – celui du malade – que doit se tenir le débat.

La médecine actuelle s'exerce dans un monde de besoins et de demandes d'améliorer la durée et la qualité de la vie. Greffe



Luce Lamoureux, Sous le soleil des tropiques, aquarelle.

de cœur, de poumon, de rein, cœur mécanique, pontages coronariens, chimio et radiothérapie, prothèse de la hanche... Le médecin est ainsi programmé. Sa longue formation le rend naturellement réfractaire, inapte à recevoir une demande d'abrèger la vie. La philosophe Marie-Madeleine Davy (1979) écrit : « J'ignorais que le vivant et le pré-mort habitent deux rives qui ne peuvent communiquer ; aucune frontière ne les relie ; l'un et l'autre n'appartiennent pas au même temps. »

Étrangement, le médecin croit sur parole le malade qui déclare sa douleur insupportable. Mais cette crédibilité s'estompe quand le malade lui dit que cette souffrance intolérable est due à sa vie même, dont il ne veut plus parce que vide de sens et indigne d'être vécue. C'est que tout être humain a une notion de la douleur de l'Autre, mais toute l'empathie d'un

soignant en bonne santé ne rend pas apte à ressentir les affres d'une fin de vie de souffrance et d'indignité... C'est que « l'un et l'autre n'appartiennent pas au même temps », comme l'a si bien senti Marie-Madeleine Davy (1979).

La médecine excelle dans la recherche et l'enseignement qui mènent en droite ligne à l'acharnement thérapeutique ; elle est beaucoup plus timide dans l'arrêt de traitement, vient à peine d'amorcer la médecine palliative et fait ses premières armes en « soins palliatifs ». Le contexte légal ne l'autorise pas à toucher au domaine de l'euthanasie.

Les soins palliatifs sont essentiellement une recherche de la meilleure convenance possible entre les besoins et les attentes du malade et de sa famille – tels qu'ils les expriment – et les soins prodigués, lesquels doivent s'étendre aux sphères physique,

psychologique, sociale et spirituelle. Ils supposent un effort constant pour retrouver le malade sur son terrain – et non le nôtre – pour s'ouvrir à ses valeurs et non lui imposer les nôtres (Boisvert, 2006).

Les soins palliatifs ne sont sûrement pas immunisés contre toute forme de surmédicalisation, voire d'acharnement. Un type particulier d'acharnement existe peut-être encore, celui que j'ai nommé « acharnement moral » lorsque je l'ai rencontré dans ma pratique en soins palliatifs. L'expression est peut-être malhabile, mais elle décrivait une réalité : certains grands malades, de temps à autres, m'avouaient leur mécontentement face au zèle excessif de quelques-uns de nos intervenants (toutes professions confondues) qui insistaient pour les convaincre que malgré tous leurs immenses problèmes, leur vie méritait encore d'être vécue, qu'ils étaient aimés et par leur famille et par nous tous. Eux avaient l'impression que nous étions sourds à leur détresse, car certains d'entre eux ne désiraient qu'une chose : que leur souffrance soit écourtée (Boisvert, 2006).

Oui, des soins palliatifs de qualité devraient réduire significativement les demandes d'euthanasie. Non, pas au point où des changements législatifs ne seraient plus nécessaires. Oui, la notion même de « soins appropriés » inclut l'accompagnement indéfectible des malades et, dans certains cas, l'euthanasie. Je crois que le temps est venu de réfléchir à la notion du « caractère sacré des dernières volontés compétentes d'une personne en fin de vie » (Boisvert, 2006). « Choisir soi-même l'heure où l'on quittera ce monde quand nul autre remède contre la souffrance n'existe plus que la mort, telle est la suprême dignité qui appartient au seul sage » (B. Saint Girons, 2000, p. 1801).

Pour plusieurs, l'interdit religieux est absolu et ne tolère aucune discussion. « A ce yx-là », dans « l'esprit du pai » de Pascal (1998), je demande : n'est-il pas préférable d'offrir à un mourant en détresse une compassion inconditionnelle et laisser à Dieu la responsabilité de juger ? Pour les autres – maintenant une majorité de la population –, opinions et hésitations s'articulent autour du caractère sacré de la vie, de la « pente dangereuse », des responsabilités réciproques entre le demandeur et la société, du rôle de la profession médicale, du risque d'abus à des fins égoïstes et du débordement envers des personnes vulnérables.

On a écrit à profusion sur le « caractère sacré » de la vie. Mais que signifie sacré ? Sacré par qui ? Sacré pour qui ? Y a-t-il une « vie » sans une « personne » ? Si la « vie » et la « personne » sont indissociables, pourquoi la vie serait-elle sacrée

et non la personne qui « est » cette vie ? Pourquoi la « dernière volonté » d'une personne concernant la mise en scène de sa fin de vie, en accord avec ses valeurs les plus profondes, ne serait-elle pas sacrée ?

Conscient des limites de la meilleure palliation, il devient plus facile de rejoindre « sur son terrain » le malade qui demande qu'on mette fin à l'ultime cause de sa souffrance : sa vie. On rejoint ainsi la pensée du célèbre philosophe et théologien Paul Tillich (1886-1965), qui écrit dans *Le courage d'être* (1998) : « Elles sont plus nombreuses qu'on pense les personnes stoïques pour qui la notion de suicide ne s'adresse pas à ceux que la vie a vaincus mais à ceux qui ont triomphé de la vie, qui sont tout à la fois capables de vivre et de mourir et qui peuvent librement choisir entre les deux. »

### Bibliographie

BOISVERT, M. (2006). *Réflexions sur l'euthanasie sur demande*, disponible en ligne, <aqmd.qc.ca/texte.fondateur.Boisvert.html>.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (2003). *THE ART OF DYING*, vol. 327, n° 235 (26 juillet), doi :10.1136/bmj.327.7408.235-a.

DAVY, M.-M. (1979). *Un itinéraire : à la découverte de l'intériorité*, Paris, EPI, coll. « L'homme du 8<sup>e</sup> jour », 174 p.

PASCAL, B. (1998). *Ceuvres complètes*, édition présentée, établie et annotée par Michel Le Guern, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade ».

SAINT GIRONS, B. (2000). « Suicide », dans *Dictionnaire de philosophie*, Encyclopaedia Universalis, Paris, Albin Michel, p. 1799-1804.

TILLICH, P. (1998 [1952]). *Le courage d'être*, trad. et introd. de Jean-Pierre LeMay, Paris, Le Cerf ; Genève, Labor et Fides ; Québec, Presses de l'Université de Laval, xvi, 183 p.

### Note

1. Dans un numéro spécial du *British Medical Journal* (2003) sur les soins en fin de vie, on indique qu'en Hollande, contrairement aux appréhensions, le nombre de demandes d'euthanasie a plafonné après quelques années, qu'aucun abus à l'endroit de personnes vulnérables ne fut noté, que le deuil des familles concernées en fut facilité.