

***AD LIB* sur l'euthanasie**

Marcel Boisvert, M. D.

Volume 24, Number 1-2, Fall 2011, Spring 2012

L'aide médicale à mourir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1013095ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1013095ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Boisvert, M. (2011). *AD LIB* sur l'euthanasie. *Frontières*, 24(1-2), 118–122.

<https://doi.org/10.7202/1013095ar>

AD LIB

SUR L'EUTHANASIE

Marcel Boisvert, M.D.

Sans céder à un réductionnisme primaire, il est possible de résumer brièvement les principaux arguments mis de l'avant soit pour s'opposer à l'euthanasie, soit pour y voir une démarche justifiée par des circonstances exceptionnelles.

Tous conviennent que la vie est l'ultime bien de l'individu. Certains la voient intouchable parce qu'exclusive au domaine de Dieu. Cette affirmation est à la fois respectable et indémontrable et ne peut mener qu'à un dialogue stérile.

D'autres, sans s'en remettre à Dieu, reconnaissent à la vie un caractère sacré tout aussi intouchable. Voilà un *a priori* également respectable mais qu'on a peine à justifier quand la vie par sa souffrance devient insupportable. Il advient alors que la vie, qui était un bien, se change en un mal inexorable et inapaisable. Dès lors, une majorité de nos concitoyens n'accepte plus que l'État ou la médecine ou les Églises dictent aux malades en fin de vie comment doivent se dérouler leurs derniers jours. « Si je ne puis décider de ma mort, à qui

donc appartient mon corps ? » demanda madame Sue Rodriguez à la Cour suprême.

On ne peut que reconnaître la conviction de ceux pour qui la Vie a préséance sur la Personne, en leur rappelant deux points. Le premier, c'est qu'ils ne doivent pas imposer leurs valeurs ou leurs croyances à des mourants vulnérables comme l'a écrit la D^{re} Cicely Saunders (Saunders, 1978). Le second, c'est qu'il est généralement admis que « ce n'est pas la vie qui est sacrée, c'est

(Callahan, 1987, p. 179). Et même Pie XII a déclaré en 1957, lors d'une conférence demandée par les anesthésistes de Rome, que soulager le malade devait – si nécessaire – se faire aux dépens de sa vie.

Le refus inconditionnel d'abrégé toute vie étonne par son absolutisme. Pas d'exception !

Les moralistes acceptent pourtant « qu'en morale, tout interdit doit pouvoir être violé dans certaines circonstances et

DÈS LORS, UNE MAJORITÉ DE NOS CONCITOYENS

N'ACCEPTÉ PLUS QUE L'ÉTAT OU LA MÉDECINE OU LES ÉGLISES

DICTENT AUX MALADES EN FIN-DE-VIE COMMENT

DOIVENT SE DÉROULER LEURS DERNIERS JOURS.

la personne » (Fuchs, 1990) ou encore que « le caractère sacré de la vie se doit d'être le caractère sacré de la personne et ne peut se résumer à la possession d'un corps »

à certaines conditions » (Fuchs, 1990). Le sens commun ne nous dit-il pas que « l'exception confirme la règle » ? Et dans un éditorial où il décrit une fin de vie

tumultueuse, David Roy lui-même écrit « que le médecin aurait été entièrement justifié éthiquement » de choisir avec la patiente le moment de sa mort, elle qui avait demandé de mourir sereinement (Roy, 1990).

Refuser toute exception au détriment d'êtres humains, c'est ce que d'aucuns nommeront « idéologie », laquelle recèle un paternalisme regrettable car il est, selon les mots de C.S. Lewis (cité par Kluge), « peut-être la plus oppressive des tyrannies, imposée au nom du bien de ses victimes » (Kluge, 1994).

Le fait est qu'on s'inquiète des abus ou des dérives. Il faut toujours, en tout, s'inquiéter des abus. Vingt ans plus tard, après la cause Sue Rodriguez en juin 2009, l'hon. J. L. Baudouin, éminent juriste, concluait à l'issue d'un congrès, « que les études belges et néerlandaises sur le sujet montrent que le système de contrôle mis en place pour éviter les erreurs fonctionne bien et que, s'ils existent, les cas de bavures sont rares ou inexistantes » (Baudouin, 2009).

De même, une analyse détaillée de toutes les données des Pays-Bas et de l'Oregon n'ont rien trouvé pour soutenir l'hypothèse que des personnes appartenant à dix sous-groupes dits vulnérables aient été ciblées par la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté, comme l'aurait démontré un surnombre de ces pratiques parmi elles.

Seuls les sidéens furent surreprésentés. Les services offerts à tous s'avèrent donc inadéquats pour eux. Il faut mieux les supporter; mais ce fait n'infirme pas les résultats de l'étude qui montrent que les personnes dites vulnérables n'apparaissent pas à risque comme on l'appréhendait. Il est à noter qu'il s'agissait pour eux d'une IVV (interruption volontaire de la vie) et non d'euthanasie sans demande expresse (Battin, 2007).

Une des plus récentes études portant sur la situation en Belgique jette un éclairage nouveau sur les vies abrégées sans demande expresse. Il y est démontré clairement que les malades dont la vie fut abrégée sur demande, dans l'entier respect des balises, sont généralement plus jeunes (moins de 80 ans), souffrant de cancer (près de 90%) et sont hospitalisés pour des soins de fin de vie. Les drogues létales utilisées sont des barbituriques et/ou des relaxants musculaires. Par contre, les malades dont la vie fut « possiblement abrégée » sans demande expresse sont plus vieux (plus de 80 ans), ils présentent une détérioration subite d'une quelconque maladie chronique et sont hospitalisés « en vue d'une guérison et d'un retour au domicile ». Leur état se détériore, plus de 90%

deviennent comateux ou inaptes, incapables de toute communication. Les soins terminaux prodigués consistent donc en une intensification de l'analgésie/sédation, à l'aide d'opiacés, non reconnus comme drogues létales, donc des soins appropriés à une agonie pénible ou agitée. On reconnaît ici la très pertinente question soulevée par le Collège des médecins du Québec. Insinuer qu'il s'agit d'abus, de cas d'euthanasie sans demande expresse, découle d'une mauvaise lecture, peut-être acidulée d'un biais (Chambaere, 2010).

LES SOINS PALLIATIFS

On ne peut parler de soins de fin de vie sans discuter de soins palliatifs.

La mise en place des soins palliatifs est sans contredit l'un des événements les plus heureux ayant marqué la médecine depuis 50 ans. Rendre hommage à la D^{re} Saunders va de soi, mais il ne faut pas oublier les contributions de Kübler-Ross, de Melzack et de Frankl.

On ne peut prodiguer des soins palliatifs sans divulguer la vérité au malade et Kübler-Ross fut la première à briser le mur de la conspiration du silence. C'est l'application clinique de la théorie du portillon de Melzack et Wall, cette nouvelle conception de la douleur qui a permis les remarquables succès à la soulager, permutant les 75% de patients en douleur, en malades soulagés. C'est enfin le sens de la vie, dévoilé dans toute sa profondeur par Frankl, qui redonne à plus d'un mourant un dernier souffle pour mieux terminer son voyage terrestre.

Toutes les louanges sont méritées. Toutefois, bien que les soins palliatifs n'aient cessé de progresser, il n'en demeure pas moins que 5 à 10% des malades soignés ou suivis par des équipes chevronnées affichent une souffrance globale qui demeure réfractaire aux meilleurs soins. Certains de ces patients, épuisés par leur souffrance, demandent qu'on abrège leur vie, tout en sachant que ce faisant, ils font appel à une aide criminelle. À bout de ressources, on ne peut que leur offrir une sédation terminale, un coma pharmacologique lequel sera maintenu, sans nutrition ni hydratation, jusqu'au décès, ce que certains refusent parce que contraire à leurs valeurs.

En dépit de divers standards de soins recommandés pour ces sédations terminales, les données publiées varient énormément d'une équipe de soins à l'autre. Une enquête donne de 1% à plus de 80% la proportion de patients requérant une sédation terminale (Maltoni *et al.*, 2009). Au Québec, la Maison Michel-Sarrazin rapporte en moyenne 5,5% de sédations terminales et certaines années, jusqu'à 8%

(Maison Michel-Sarrazin, 2010). Quant à la durée de ces sédations, les chiffres varient également beaucoup, en moyenne de 2 à 7 jours, incluant des durées de plus de 10 jours dans 10% des cas et dans 3,4% des cas, de plus de 20 jours (Maltoni *et al.*, 2009). Plus elles se prolongent, plus elles deviennent insupportables pour les familles et tout autant pour les soignants.

Ces chiffres ne dévoilent pas tout ce qui est pertinent.

D^{re} Marcia Angell, auparavant rédactrice en chef du *New England Journal of Medicine*, quoique très favorable aux soins palliatifs, soulève une question. Une croyance assez répandue prétend que des soins palliatifs de qualité font disparaître la quasi-totalité des demandes d'euthanasie, d'où leur très petit nombre. Pour être valides, écrit-elle, de telles données doivent provenir d'endroits où les patients ont accès à l'euthanasie (Angell, 2004).

À ce jour, deux bonnes études jettent un éclairage utile sur cette question. La première est une excellente étude canadienne multicentrique. Wilson et Chochinov, chercheurs bien connus, ont recruté 8 services canadiens de soins palliatifs, dont un au Québec. On a recensé 379 patients en phase terminale d'une maladie cancéreuse. Leur survie moyenne fut de 63 jours. Ces patients furent questionnés quant à leur opinion sur l'euthanasie; s'ils y avaient déjà pensé ou espéré y avoir recours; et « aujourd'hui, dans votre état actuel, que feriez-vous si l'euthanasie était reconnue au Canada? » :

- 60% se dirent en faveur de l'euthanasie;
- 40% y penseraient si leur état se détériorait davantage;
- 5,8% (22 patients) en feraient la demande immédiatement.

Ces 22 patients étaient les plus symptomatiques bien que leur survie n'en fût pas affectée. Plusieurs étaient déprimés et recevaient des antidépresseurs mais aucun ne fut considéré inapte. Aucun n'affichait des douleurs importantes et leur niveau de religiosité était moindre.

Les motifs qu'ils invoquaient pour leur demande concernaient surtout la perte d'autonomie, une vie futile et vidée de son sens, le sentiment d'être un fardeau, tous des éléments hors de la portée des soins palliatifs.

Un seul a changé d'idée, son état s'étant amélioré. Selon leur survie, 17 purent être questionnés de nouveau, une fois par semaine. Aucun n'a changé d'opinion, certains étant questionnés jusqu'à 4 fois, c'est-à-dire plus d'un mois de souffrance non soulagée (Wilson *et al.*, 2007).

Cette importante recherche démontre que les demandes peu nombreuses reflètent davantage l'inaccessibilité de l'euthanasie

que la qualité des soins prodigués, car on ne peut mettre en doute la compétence de ces services à prodiguer de bons soins. On hésite à penser que 5,8% est un petit nombre, incidemment très semblable au 5,5% de sédations terminales pratiquées à la Maison Michel-Sarrazin.

La seconde étude vient de Belgique, où l'euthanasie balisée est accessible depuis 2002.

Tout au long des années 2005 et 2006, des médecins généralistes d'un réseau national compilèrent minutieusement les soins prodigués et les décisions de fin de vie concernant 1690 malades. Par souci de brièveté, je m'en tiendrai aux conclusions principales des auteurs lesquelles signalent que: (la traduction est mienne)

- « Nos résultats n'appuient pas la crainte que les patients qui ne reçoivent pas de soins palliatifs aient davantage recours à l'euthanasie » ;
- « Au contraire, les euthanasies furent considérablement plus nombreuses au sein des Unités de soins palliatifs qu'à l'hôpital ou au domicile » ;
- « Les sédations palliatives potentiellement létales furent plus fréquentes dans les Unités de soins palliatifs, incluant celles sans demande expresse » ;
- « Une forte relation fut démontrée entre le recours à un suivi spirituel intensif et le recours à l'euthanasie » (donnée à court d'explication) ;
- « Les décisions affectant les soins de fin de vie n'apparaissent pas incompatibles avec les soins palliatifs et au contraire, semblent se compléter » (Van den Block *et al.*, 2009).

Ces données ne diminuent en rien l'apport irremplaçable des soins palliatifs dont nous devons tous souhaiter l'essor. D'autre part, elles en indiquent les limites.

Il n'est pas inutile d'ajouter que cette prise de conscience des limites de la meilleure palliation n'est d'ailleurs pas nouvelle. En 1991, un article démontrait chez des malades atteints d'une maladie grave, que le sens qu'ils donnaient à leur maladie – soit un défi à relever (bénéfique), soit une punition (délétère) – avait plus d'impact sur leur niveau de douleur, de dépression et d'adaptabilité, que le fait de bénéficier de soins palliatifs assidus, avec une relation statistique de $p < 0,001$ (Barkwell, 1991).

Or, on peut aider certains mourants à trouver ou retrouver un sens quelconque à leur vie, mais plusieurs en sont incapables.

Lors d'un colloque sur l'euthanasie en 1992, le psychiatre et pionnier en soins palliatifs Yves Quenneville rétorquait à un « donneur de sens » trop zélé ces mots bien pondérés: « Je pense que cette idée de la recherche du sens à tout prix est inac-

ceptable. On ne peut s'acharner à pousser du sens à des mourants alors qu'ils sont à se battre justement avec le non-sens et ne sont pas en état de se faire imposer des credo extérieurs ». Je rappelle ces paroles d'un expert parce qu'elles sont encore d'actualité.

L'automne dernier, un mémoire présenté à la Commission spéciale de l'Assemblée nationale du Québec sur la question de mourir dans la dignité contenait ce passage:

La sédation terminale continue [réservée je le rappelle, aux mourants que rien ne soulage] ne devrait être envisagée qu'après des essais répétés de sédation intermittente [souffrance inapaisable également], intercalées d'interventions psycho-sociales et spirituelles intensives entre les épisodes de sédation et uniquement lorsque le pronostic global de survie est très court [moins d'une semaine précise-t-on...] (Maison Michel-Sarrazin, 2010).

Peut-on vraiment imaginer une mort sereine dans ces circonstances où, semble-t-il, on *s'acharne à pousser du sens à tout prix*, à quelques jours du décès ?

LES TRAVAUX DU PSYCHOLOGUE

J. HAIDT INDIQUENT

QUE, SOUVENT,

LE RAISONNEMENT MORAL

NE RECHERCHE PAS LA VÉRITÉ

D'UNE MANIÈRE DÉSINTÉRESSÉE,

MAIS SE COMPORTE PLUTÔT

COMME UN AVOCAT CHERCHANT

À JUSTIFIER DES CONCLUSIONS

PRÉDÉTERMINÉES.

DES RISQUES...

À ce jour, l'évaluation qu'on en fait est généralement proportionnelle au taux d'approbation ou de refus d'une aide médicale à mourir, de la personne qui en discour. Discours émanant le plus souvent de données présentées dans leur nudité numérique, éloigné de toute connaissance des détails cliniques et culturels des événements.

Un fait crucial à retenir est le partage de 5 contre 4 des juges de la Cour suprême du Canada dans la cause Sue Rodriguez. On

ne peut oublier les critiques respectueuses mais sévères à l'égard du jugement majoritaire, de juristes et éthiciens renommés (Dickens, Kluge, 1994).

Il faut se rappeler que l'euthanasie demeure un crime, si sa pratique déroge aux balises dans un but clairement maléfisant. Or, aucun cas à ce jour n'a été traduit devant les tribunaux néerlandais, belges ou de l'Orégon. Qu'un juriste aussi renommé que l'hon. J. L. Baudoin conclue au bon fonctionnement des systèmes de contrôle mis en place par les autorités pour éviter les erreurs devrait rassurer les sceptiques. Que l'on doive – comme il le conseille – demeurer vigilant va de soi.

D'ÉTHIQUE ET DE SENTIMENTS

Les bioéthiciens nous entretiennent assidûment des grands principes éthiques qui surplombent les questions de fin de vie. Il s'agit de respecter l'autonomie du patient; de ne poser à son égard que des gestes de bienfaisance ou d'éviter les malveillances; d'agir avec équité envers tous. En parallèle, le philosophe T. Beauchamp nous dit que la moralité d'une action dépend essentiellement de sa justification et de sa bienfaisance (Beauchamp, 2004).

La justification (l'évaluation) relève du médecin. Par contre, seul le malade peut juger de la bienfaisance de l'aide qu'il demande. S'installe ici une dépendance mutuelle et indissociable que Marc Desmet, jésuite et médecin en soins palliatifs en Belgique, dénomme « autonomie-en-lien », apte à décider-à-deux, de ce qui sera « la moins mauvaise des solutions » (Desmet, 2010).

Il existe une autre manière de considérer ces principes éthiques, qui sont l'aboutissement de raisonnements moraux dont la maîtrise des concepts produirait des jugements moraux, valables pour une culture donnée. Or, la question se pose, le raisonnement moral est-il à l'origine du jugement? Rien n'est moins certain. Au XVIII^e siècle, David Hume professait que les jugements moraux prenaient source davantage dans nos sentiments que dans notre raison, de nos réactions spontanées plutôt que d'arguments échafaudés.

Les travaux du psychologue J. Haidt indiquent que, souvent, le raisonnement moral ne recherche pas la vérité d'une manière désintéressée, mais se comporte plutôt comme un avocat cherchant à justifier des conclusions prédéterminées.

Les recherches ont démontré que des impressions intuitives (des sentiments immédiats) précèdent les raisonnements moraux, ces derniers peaufinant les premières mais ne les changeant à peu près jamais ultérieurement (Haidt, 2001).

Réhabilités par le neurologue Damasio et son équipe, les sentiments et les émotions sont le tandem incontournable de nos processus cérébraux, dont on retrouve la trace indélébile chez nos ancêtres les primates. Ils ont évolué à partir des encartages neuronaux des ancêtres de l'Homme. Damasio écrit : « L'essence du comportement éthique ne commence pas avec les humains ». Il mentionne les corbeaux, les chauve-souris, les loups, les chimpanzés.

On a observé, écrit-il, des singes « s'abstenir de tirer une chaîne qui aurait pu leur procurer de la nourriture si l'actionner faisait que d'autres singes recevaient un choc électrique. Certains ne mangeaient pas pendant des heures, voire des jours même. Les animaux les plus altruistes étaient ceux qui connaissaient la cible potentielle du choc. La compassion fonctionnait mieux envers les singes familiers qu'avec les étrangers. »

Damasio ajoute : « Cela peut déplaire à ceux qui croient que ce comportement est une caractéristique exclusivement humaine. Nous devons aussi concéder que, même dans le domaine de l'éthique, il existe des précurseurs et des descendants [...] mais le comportement éthique humain à un niveau d'élaboration et de complexité qui le distingue des autres » (Damasio, 2003).

Nous voilà dédouanés.

Le raisonnement moral tend généralement au maintien d'attitudes et de croyances conformes au contexte social du moment. De même, sommes-nous enclins pour divers motifs, à être généralement d'accord avec notre entourage, ce qui est de nature à influencer nos jugements.

Plus particulièrement en soins de fin de vie, côtoyant la mort au quotidien, le phénomène que Rosenblatt et Greenberg nomment la « gestion de la terreur » (1989) exerce une vigoureuse influence subconsciente qui nous soude aux valeurs traditionnelles, lesquelles informent (ou déforment) le jugement.

La théorie de la gestion de la terreur veut que la perception d'une présumée violation des valeurs communes se traduise par des jugements moraux qui supportent la tradition, laquelle sert de tampon à l'anxiété qui résulte de la prise de conscience de notre vulnérabilité, dont la mesure ultime est la mort.

L'évidence qu'ils présentent en faveur de leur théorie provient, entre autres, d'avocats et juges municipaux à qui l'on a demandé de fixer la caution à imposer à une présumée prostituée. Juste avant d'en décider, une moitié des juges durent répondre à deux questions concernant leur attitude face à leur propre mort. La caution

exigée par ces derniers fut 9 fois supérieure à celle des autres juges. Les résultats de cinq expériences subséquentes éliminèrent des facteurs confondants qui auraient pu infirmer les résultats premiers (Rosenblatt et Greenberg, 1989).

Il s'ensuit que côtoyer la mort nous incite inconsciemment, dans les délibérations qui président à nos jugements moraux, à nous aligner avec ténacité sur les valeurs traditionnelles. On oublie trop facilement que les cultures les plus anciennes – Japon, Chine, Indes, Égypte, Scythe, Grèce, Rome – reconnaissaient le suicide, avec ou sans aide. Or notre société a évolué et Boris Cyrulnik fait remarquer que l'évolution ne connaît pas la marche arrière. Les

C'EST LE SENS COMMUN

QUI FAIT QUE LE LÉGISLATEUR

COMMENCE À COMPRENDRE

QU'IL N'A PAS PLUS SA PLACE

DANS LA CHAMBRE OÙ PREND

FIN UNE VIE QU'IL N'EN AVAIT

DANS LA CHAMBRE À COUCHER

DES AMANTS.

mots de l'hon. J. L. Baudouin s'insèrent pleinement dans ce contexte : « Le droit à l'autodétermination, et donc le contrôle que l'individu peut exercer sur son propre corps, est désormais bel et bien accepté. C'est la liberté retrouvée et la consécration de la gestion individualisée de la destinée humaine ». On ne s'étonnera donc pas qu'il ait écrit : « Le premier devoir du médecin n'est donc plus de sauver la vie à tout prix mais plutôt de respecter la liberté de choix de son patient » (Baudouin, 2009).

L'intuition morale instantanée apparaît donc comme plus profondément ancrée au cœur de l'Homme. C'est ainsi que s'exprime le sens commun, devenu selon le sociologue Geertz :

la catégorie centrale dans le vaste champ des philosophies modernes. Il consiste en ces savoirs qui appartiennent à un vaste domaine du donné et de l'indéniable, un catalogue des réalités de la vie, tellement péremptories qu'elles s'imposent à tout esprit désenbrumé... c'est juste la vie, ce qui va de soi, ce qu'on ne peut imaginer penser autrement (Geertz, 1986).

Quelles intuitions morales émergent le plus souvent au chevet des malades dont la fin de vie est devenue insupportable ?

- il a tellement souffert... il serait bien mieux mort...
- qu'est-ce que ça donne de le laisser souffrir comme ça ?...
- on ne laisserait pas un chien souffrir comme ça...
- pourquoi le Bon Dieu ne vient pas la chercher ?...

De purs cris du cœur, des intuitions morales spontanées, encartées dans notre cortex cingulaire, non enchevêtrées dans des raisonnements formels lesquels – on vient de le voir – infirment plus qu'ils ne guident le jugement.

C'est le sens commun, en évolution constante, qui rejette parce qu'incompréhensible le paradoxe de la Loi, qui oblige le médecin à respecter les choix de son patient tout au long de sa maladie mais qui lui défend formellement de le faire quand ce dernier fait face à sa mort prochaine.

Les mots d'Hubert Doucet prennent ici tout leur sens : « La personne mourante est maintenant privée de sa mort alors qu'elle fut responsable de toute sa vie » (Doucet, 1993).

C'est le sens commun qui fait que le législateur commence à comprendre qu'il n'a pas plus sa place dans la chambre où prend fin une vie qu'il n'en avait dans la chambre à coucher des amants.

C'est le sens commun qui affirme que ni l'État, ni la médecine, ni les Églises ne peuvent imposer à un mourant comment doit se dérouler la dernière scène de sa vie.

L'intuition morale, plus profonde, plus vraie, accepte comme indéniable que la liberté retrouvée d'écouter une vie dont la souffrance est inapaisable l'emporte sur tout le reste. Que l'intervention d'un tiers soit nécessaire ne relève que du respect et de la compassion, des *a priori* de soins de fin de vie de qualité.

Ce commentaire *ad lib* sur l'euthanasie peut se permettre de bifurquer vers une accablante interrogation, en marge de l'univers spéculatif, question de garder la réflexion en joue.

Démographes et communautaristes annoncent pour 2030 une progression effarante des cas de démence, reliée entre autres au vieillissement de la population. Les soins de fin de vie s'allongeront inévitablement ; les demandes de soins en ce sens suivront une courbe parallèle et peut-être en sera-t-il de même pour les demandes d'abrégement de la vie via des directives anticipées... ou des témoignages familiaux. Mieux que de s'inquiéter, il faut relire la déposition de l'éthicien Kluge devant la Commission sénatoriale de

1994. Les droits des êtres humains sont intangibles, qu'ils soient ou non capables de les énoncer ou de les réclamer. Il incombe donc à l'État de s'assurer que tous puissent également en bénéficier (Kluge, 1994). Il faut de même nourrir sa réflexion, en lisant *Euthanasia in Alzheimer's Disease* de la philosophe Battin. Il s'agit de l'immense défi que pose la recherche de la « moins mauvaise solution » (Battin, 1992). L'accompagnement terminal, ici, devra prendre un tout autre visage que celui des soins palliatifs actuels.

Le *statu quo* est déjà inadéquat, l'inertie législative en devient immorale.

Toutes les sociétés, y compris la nôtre, éprouvent des difficultés à bien gérer le principe éthique de l'équité. Les pressions sont trop nombreuses et de forces inégales.

Nombreuses sont les personnes qui voudraient que l'on discute de soins palliatifs avant de discuter d'euthanasie. Pourquoi ne pas discuter du respect de l'autonomie et des dernières volontés des mourants avant de discuter de soins palliatifs? La logique ne dicte-t-elle pas d'évaluer les besoins avant d'appliquer des solutions, surtout quand celles-ci sont davantage conformes à l'agenda des soignants qu'à celui du mourant? Et qui peut définir les besoins des mourants hormis eux-mêmes? Les soignants n'hésitent pas à « absolutiser la survie biologique » (l'expression est de Marc Desmet – cité plus haut – à l'encontre des désirs exprimés par la personne mourante qu'on prive de sa mort. Cela va de soi (sens commun) de promouvoir l'essor des soins palliatifs. Cela devrait également aller de soi que les soignants qui s'y adonnent se fassent les défenseurs de leurs patients, se souvenant de la remarque de l'hon. J. L. Baudouin, que le premier devoir du médecin est de respecter la liberté de choix de son patient.

Bibliographie

ANGELL, M. (2004). « The quality of mercy », *Physician-Assisted Dying*, Baltimore, J. Hopkins U. Press, p. 15.

BARKWELL, D.P. (1991). « Ascribed meaning », *J. Pall. Care*, vol. 7, n° 3, p. 5-14.

BATTIN, M.P. (1992). « Euthanasia in Alzheimer disease », *Dementia in Aging*, Baltimore, J. Hopkins U. Press, p. 118-157.

BATTIN, M.P. *et al.* (2007). « Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups », *J. Med. Ethics*, vol. 33, p. 591-597.

BAUDOIN, J.L. (2009). « Rapport de synthèse », *Ass'n Henri Capitant*, juin 2009.

BEAUCHAMP, T. (2004). « When hastened death is neither killing nor letting die », dans Timothy E. Quill et Margaret P. Battin (dir.), *Physician-Assisted Dying*, Baltimore, J. Hopkins U. Press, p. 118-129.

CALLAHAN, D. (1987). *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, New York, Simon & Schuster.

CHAMBAERE, K. *et al.* (2010). « Physician-assisted deaths under the Euthanasia Law in Belgium: A population-based survey », *CMAJ*, vol. 182, n° 9, p. 895-901.

DAMASIO, A. (2003). *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob.

DOUCET, H. (1993). « La quête d'une bonne mort », *Info-Kara*, décembre, p. 61-65.

DICKENS, B. (1994). *Comparution Commission sénatoriale sur l'euthanasie*, Fasc. n° 10, p. 25.

DESMET, M. (2010). « Soins palliatifs et euthanasie », conférence présentée à l'Université Laval, le 21 octobre.

FUCHS, E. (1990). « Entrevue », *L'Actualité médicale*, 14 septembre 1990, p. 4.

GEERTZ, C. (1986). *Savoir local, savoir global*, Paris, PUF.

HAIDT, J. (2001). « The emotional dog and its rational tail », *Psychol. Rev.*, vol. 198, p. 814-834.

KLUGE, E.-H.W. (1994). *Comparution Commission sénatoriale sur l'euthanasie*, Fasc. n° 2.

MAISON MICHEL-SARRAZIN (2010). *Mémoire* présenté à la Commission Mourir dans la dignité, le 15 juillet.

MALTONI, M *et al.* (2009). « Palliative sedation therapy does not hasten death: Result from a prospective multicenter study », *Ann. Oncol.*, vol. 20, p. 1163-1169.

ROSENBLATT, A. et J. GREENBERG (1989). « Evidence for Terror management theory-1 », *J. Personality & Soc. Psychol.*, vol. 4, p. 681-690.

ROY, D.J. (1990). « Euthanasia: Where to go after taking a stand? », *J. Pall. Care*, vol. 6, n° 2, p. 3.

SAUNDERS, C.M. (1978). *The Management of Terminal Disease*, Londres, Edward Arnold.

VAN DEN BLOCK, L. *et al.* (2009). « Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: Nationwide retrospective study in Belgium », *BMJ*, vol. 339, p. 2772.

WILSON, K.G. *et al.* (2007). « Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care », *J. Health Psychol.*, vol. 26, n° 3, p. 314-323.