

Mémoire soumis à la Commission Spéciale sur l'évolution de la
Loi concernant les soins de fin de vie dans le cadre des
consultations particulières et auditions publiques sur l'évolution
de la *Loi concernant les soins de fin de vie*

20 mai 2021

Rédigé par
Félix Carrier MD

Cosigné par
Antoine Bertrand-Duchesne MD
David Boivin-Lafleur MD
Jessika Roy-Desruisseaux MD
François Primeau MD

Remarques préliminaires et introduction

La société Québécoise a autorisé depuis quelques années que la mort de personnes puisse être provoquée à leur demande dans des contextes de souffrance associée à des conditions médicales terminales. Les conditions recevables s'élargissent maintenant suivant un mouvement de société, mais aussi l'interpellation des tribunaux, notamment sous prétexte de nos chartes. Pour les besoins de notre intervention, nous tenons pour acquis que, dans une forme ou une autre, l'ouverture à provoquer la mort d'une personne qui en fait la demande, à laquelle on réfère traditionnellement comme à l'euthanasie, est là pour rester au Québec, et nous ne la remettons pas en question comme telle.

L'aide médicale à mourir suit une logique qui s'alimente elle-même. Son extension est prévisible et inéluctable. Les balises prudentes d'un jour sont les discriminations intolérables du jour suivant. Notre intervention survient dans le contexte où l'aide médicale à mourir s'appliquera maintenant à des situations où les troubles psychiatriques seront recevables comme qualifications pour demander à s'en prévaloir, moyennant qu'ils soient accompagnés d'une souffrance jugée inacceptable par la personne en faisant la demande et conformes aux autres balises existantes. Nous considérons la psychiatrie au même titre et comme s'inscrivant pleinement au sein des autres disciplines médicales et nous ne croyons pas que les enjeux soulevés par l'aide médicale à mourir en psychiatrie soient fondamentalement différents de ceux soulevés dans d'autres contextes médicaux. Nous croyons toutefois que ces difficultés sont rehaussées en psychiatrie et qu'elles doivent y être confrontées de façon plus explicite, car elles mènent selon nous encore un peu plus à la rationalisation médicale des raisons de vouloir mourir au-delà de ce qui est légitime pour la médecine d'endosser.

Dès lors que l'on accepte les prémisses de l'aide médicale à mourir, les réflexions qui suivent en sont largement prisonnières et produisent des conclusions qui l'étendent, ainsi que les problèmes qu'elle soulève, et en sont réduites à discuter de la logistique pour les prochaines étapes. L'Association des médecins psychiatres du Québec a produit à récemment un document de réflexion dans cette lignée, avec plusieurs considérations très à propos, mais qui assument a priori la logique, les concepts, l'éthique et la philosophie qui sous-tendent le cadre actuel. Il en va de même du Collège des médecins du Québec, qui réaffirme régulièrement son engagement à rendre accessible à tous une aide médicale à mourir de qualité, option pour laquelle médecin et patient devraient convenir ensemble qu'il s'agit de la meilleure avenue, sans offrir de réflexion ou de justification authentique pour endosser les termes du cadre actuel.

Nous croyons que l'extension à la psychiatrie est l'occasion de questionner la logique de l'aide médicale à mourir, sa terminologie, son intégration à la pratique médicale et son assimilation à un soin. Notre critique de l'aide médicale à mourir n'est pas contingente à son extension à la psychiatrie. Mais elle nous semble d'autant plus nécessaire si l'aide médicale mourir doit s'étendre plus largement dans cette même forme aux maladies non terminales, aux troubles mentaux et par extension aux situations diverses interpellant les psychiatres. C'est le prélude aux demandes dont la médecine n'aura légitimement bientôt

plus grand-chose, voire rien, à dire, et ne devrait effectivement plus rien dire le cas échéant.

Ces remarques interpellent une relecture en profondeur du cadre actuel car nous croyons qu'il peut être repensé substantiellement et pour le mieux, en respectant les choix de société qui ont amené l'approche que propose actuellement l'aide médicale à mourir, mais en distinguant et protégeant mieux la profession médicale, sa nature, son rôle et son intégrité, pour le bénéfice de cette même société qu'elle doit servir.

Médecine et aide médicale à mourir

Depuis sa mise en place, l'aide médicale à mourir a lié le destin de la médecine à ce qu'il ne devrait pas être choquant d'appeler l'euthanasie. La déontologie médicale a d'ailleurs suivi promptement ce cadre et à notre connaissance ne l'a jamais réellement questionné. Ce cadre rend nécessaire non seulement que les médecins renseignent le processus, mais les obligent implicitement aussi à devoir valider l'option, juger de son opportunité et ultimement convenir s'il s'agit d'une avenue médicale appropriée pour les patients qui en font la demande, avant d'être sollicités afin de procéder à l'injection létale. Sans changer la nature euthanasique du geste, soit une action visant intentionnellement à provoquer la mort d'une personne, le terme aide médicale à mourir l'assimile à la pratique médicale et l'inscrit dans une logique de soins, au risque d'obscurcir des distinctions pourtant nécessaires. À notre sens, c'est une situation qui écarte la profession médicale de sa nature et de ses buts et qui risque de compromettre le rôle des médecins psychiatres comme non psychiatres en les mettant dans des situations paradoxales qui gênent leur mission première. L'ouverture à des contextes autres que terminaux et à des situations où les considérations psychosociales peuvent devenir prépondérantes exacerbe ces difficultés.

Faire mourir, même avec compassion et bienveillance, n'est pas soigner et ne soulage pas. L'option de mourir marque une rupture d'avec les soins et supprime la possibilité tant de souffrir que d'être soulagé. C'est une option qui est existentielle d'abord et avant tout, peu importe que la souffrance qui l'anime provienne de l'expérience stricte de la maladie ou d'un sentiment d'indignité, de perte, de dépendance, de ruine ou d'isolement. Nous convenons que l'action de faire mourir est un geste qui peut être médicalisé pour de nombreuses raisons, dont plusieurs légitimes et recevables. Il serait toutefois selon nous préférable pour la profession médicale qu'elle se limite à renseigner les demandes qui requièrent des qualifications médicales. Car l'enjeu est en fait de faire mourir des gens qui jugent leur situation inacceptable, et que la société juge aussi suffisamment pénible, pathétique ou méritoire pour rendre cette mort admissible.

L'interpellation de la profession médicale par la société via l'aide médicale à mourir peut donc se comprendre pour un ensemble de raisons pratiques. Mais cette instrumentalisation devrait être circonscrite, nommée, et il faudrait éviter que cette pratique soit assimilée à la pratique médicale et aux soins proprement dits. Cela évacuerait la confusion actuelle, les paradoxes et les dédoublements de rôles, qui risquent

de miner la profession à terme. Comme la maladie atteint les personnes d'une manière où leur existence entière est bouleversée, il ne faut pas s'étonner que sa gravité et sa persistance induise des états et des crises où l'existence même est questionnée. Et il y a un risque à penser de là que tout ce qui remet l'existence en question puisse ou doive être médicalisé. La médecine s'occupe de santé et de maladie, l'aide médicale à mourir met en jeu la vie et l'existence. Ce sont deux ordres différents, et il ne revient pas à la médecine d'endosser pour une personne que sa mort soit une réponse adaptée à sa condition ou sa situation.

Les balises ou prérequis médicaux portent à penser que l'option de l'aide médicale à mourir est une question médicale, mais il n'en est rien. L'euthanasie, qu'on l'appelle aide médicale à mourir ou autrement, supprime l'existence et ainsi la possibilité de souffrance comme soulagement. D'en parler comme d'une réponse médicale adaptée, d'un soin ultime ou d'une modalité de soulagement, relève de l'analogie plus que de la logique. C'est un soin qui n'en a que le nom, et qui ne soulage, ne guérit et ne rétablit logiquement rien.

Psychiatrie et aide médicale à mourir

Le contexte actuel nous amène à baliser l'accès à l'euthanasie de personnes avec des conditions dont la mort n'aura plus à être raisonnablement prévisible. Jusqu'ici seule la mort des mourants pouvait être précipitée. La porte sera maintenant ouverte aux demandes de personnes avec troubles mentaux et autres conditions pénibles où la perte de sens, de fonction, de perspective, de l'image de soi et d'espoir est omniprésente. La psychiatrie étant régulièrement sollicitée pour porter un regard qui médicalise des situations complexes entremêlées d'enjeux psychosociaux, elle doit être particulièrement vigilante quant à la voie dans laquelle l'aide médicale à mourir risque de l'entraîner.

Les personnes avec souhaits de mort sont régulièrement confiées à l'évaluation de psychiatres. Plusieurs de ces détresses sont ultimement des crises personnelles et psychosociales bien plus que médicales. Qu'elles puissent recevoir des étiquettes psychiatriques n'y change rien. La position délicate de la psychiatrie face au suicide rehausse l'importance de dissocier l'euthanasie de sa pratique et d'une logique de soin, pour ne pas en corrompre l'exercice, qui doit être porteur d'espoir, assumer la chronicité et la récurrence, maintenir un accompagnement à travers l'adaptation, le rétablissement et la recherche de sens.

Le fardeau des troubles psychiatriques est immense. La souffrance associée immense. La perte de sens, de contrôle, de valeur est immense. La maladie psychiatrique est marquée d'un double stigma : celui issu des exigences élevées d'une société qui valorise la santé et la performance, et celui internalisé qui mène à la honte, la culpabilité et la détestation de soi. Ces réalités interpellent la psychiatrie à chaque jour. Le sentiment d'impuissance et la frustration devant des moyens d'intervention et des ressources limités, tout cela aussi est le quotidien de la psychiatrie.

L'option de demander la mort pourrait alors tout à fait apparaître comme une option légitime, honorable et responsable à plusieurs de nos patients dont la souffrance est indicible, et pourrait apparaître comme une voie permettant de résoudre l'impasse dans laquelle ils se trouvent. Comment penser que le rôle thérapeutique n'est pas compromis dans un tel contexte ? L'apaisement associé par la perspective de la mort et l'accès à des moyens de la provoquer est une réalité fréquente de la pratique psychiatrique. Tous les psychiatres le savent. Mais qu'on leur demande de valider l'option est inédit et place la profession dans une situation intenable.

Que le psychiatre soit interpellé pour endosser la suppression d'une partie de ses patients nous apparaît en contradiction avec son rôle premier, son rôle thérapeutique. Ce rôle risque de se vider de sa substance en se clivant soit dans une posture d'endossement, à savoir que la situation de son patient lui apparaît effectivement comme justifiant son suicide ou son euthanasie, ou alors dans une posture d'antagonisme avec vains efforts de persuasions pour forcer l'espoir devant un patient de plus en plus distant et aliéné, et pas moins prisonnier du fait qu'il doit compter sur l'endossement de son psychiatre pour avancer dans sa démarche euthanasique.

Dans aucun cas la relation de soin n'est préservée. Elle est minée et corrompue par l'option euthanasique. Un patient souhaitant l'euthanasie pourrait bien requérir de son psychiatre qu'il atteste d'un diagnostic, des essais thérapeutiques antérieurs et ceux encore envisageables, voire d'un pronostic global réservé en termes de fonctionnement et de stabilité. Mais pour la suite, l'arbitrage à savoir s'il se qualifie devrait relever d'un avis extérieur à son suivi psychiatrique, pour que jamais un psychiatre n'ait à dire de son patient que la mort est une avenue indiquée, proportionnée ou justifiée médicalement pour lui. Offrir la mort comme un soin est intenable dans la réalité de la relation de soins psychiatrique.

D'où l'idée que l'euthanasie devrait être administrée par des médecins ou autres professionnels qui agiraient à ce titre, et laisseraient les médecins traitants jouer leur rôle dans l'accompagnement, le soutien, la disponibilité et l'ouverture à une démarche de soins proprement dite, non en opposition, mais clairement distincte de l'euthanasie. La psychiatrie est une discipline médicale où le normal et la pathologique doivent être constamment réévalués, et où les problèmes proprement médicaux et les problèmes plus généralement de la vie se chevauchent et s'influencent constamment. Les réactions émotionnelles adverses à des circonstances difficiles ou traumatisantes, les enfances carencées, les échecs, les abus, les détresses associées à la toxicomanie, les pertes relationnelles, professionnelles, personnelles, les personnalités pathologiques, les vies chaotiques, les estime de soi faibles, c'est sur ce terrain que les psychiatres recevront des demandes d'euthanasie.

Il serait contraire à leur engagement professionnel d'être porteurs d'autre chose que d'espoir, d'avenues thérapeutiques, de soutien inconditionnel, et ils ne jamais être instrumentalisés d'une façon qui les forceraient à endosser que la mort de leur patient est une avenue médicale appropriée, même si socialement endossée et reflétée comme telle. Les psychiatres doivent pouvoir continuer d'accompagner médicalement ces personnes

en honorant leur engagement professionnel jusqu'au bout, pas en le travestissant, et sans se faire piéger dans une logique euthanasique où leur malaise légitime ne peut plus prendre d'autre expression que l'objection pour motif personnel, alors que c'est d'une objection de conscience professionnelle de plein droit dont ils devraient pouvoir se revendiquer.

Pour les conditions psychiatriques majeures, lorsqu'actives, elles risquent de disqualifier les patients en étant atteints, car elles tendent à interférer à ce point dans le fonctionnement mental qu'elles compromettent le jugement. À moins qu'elles ne fassent l'objet de directives anticipées évidemment, ou de demandes provenant de tiers éventuellement, scénarios dont il ne faudrait pas se surprendre même à court terme, suivant la logique voulant que personne ne soit laissé de côté, et qu'aucune souffrance ne soit discriminée.

Nous croyons que l'ouverture de l'aide médicale à mourir à la psychiatrie et sa complexité est l'occasion de réaliser que l'aide médicale n'a jamais été une réponse ou un soin proprement médical à un problème proprement médical. Il s'est en fait toujours agi d'une option pouvant être admise socialement, mais uniquement accessoirement médicalisée, et répondant à un jugement existentiel négatif par rapport à soi, sa situation et ses perspectives.

Conclusions et recommandations

L'extension de l'euthanasie à la psychiatrie marque potentiellement le moment où sa médicalisation deviendra finalement intenable, et où on ne pourra plus faire des médecins les arbitres des demandes justifiées ou non, rôle qui ne leur revenait pas d'emblée, et qui met leur acte de profession en péril. Pour le reste, nous croyons que l'ouverture à la psychiatrie sera le prélude à des demandes d'aide médicale à mourir où le contexte médical sera de moins en moins exclusif ou prépondérant comme motivation. Souhaitable ou non, cette évolution marque l'occasion, et cela est impératif selon nous, de renoncer aux contorsions actuelles pour la faire répondre à une logique de soins.

Cette démarcation nous prémunirait d'ailleurs mieux du glissement logique qui ferait passer de la balise sociétale donnant accès à l'option de mourir à l'indication médicale d'être euthanasié. Car c'est ainsi que procède le raisonnement médical et la logique de soins : en termes d'indications. Et le scénario où l'aide médicale à mourir se raisonnerait en termes d'indications nous rend extrêmement inconfortables. D'où notre prise de position que l'euthanasie, même lorsqu'appelée aide médicale à mourir, ne doit pas se raisonner en termes médicaux, et ne doit pas participer à une logique de soins, ni en emprunter les termes. Il s'agit d'enjeux où la confusion peut être funeste, et tout obscurantisme sur la question de provoquer ou précipiter la mort de personnes nous rend extrêmement mal à l'aise.

Des comités, commissions ou tribunaux représentant la société devraient recevoir et valider si les demandes sont conformes au cadre légal, et manifester ainsi clairement que

ces demandes interpellent la société d'abord. La médecine se verrait instrumentalisée de façon beaucoup plus circonscrite, et bien plus légitime, pour renseigner les demandes qui requièrent des qualifications médicales, attester l'aptitude des personnes dont elle serait remise en question, mais sans avoir à endosser la mort comme une réponse médicale appropriée, indiquée ou adaptée.

Les médecins traitants pourraient ainsi demeurer pleinement dans leur rôle d'intervention, de soutien et de disponibilité thérapeutique. Ils n'auraient pas à concilier le double rôle à la fois d'accompagner leur patient dans les soins et de le valider dans son option d'en sortir. Les médecins ou autres professionnels mobilisés par une demande de précipitation de la mort pourraient toujours intervenir parallèlement et de façon complémentaire, mais dans un rôle qui pourrait être distinct et qui n'aurait pas à se superposer au rôle de médecin traitant dans une relation de soins, lequel pourrait continuer à accompagner le patient y compris dans son choix de mourir.

Ainsi, dans la relation thérapeutique, le patient n'aurait jamais à convaincre son médecin qu'il vaut mieux pour lui d'être mort, et le médecin n'aurait jamais à dire à son patient qu'il serait approprié pour lui d'être mort. Le médecin pourrait être à l'écoute et sensible à cette option, mais ne serait jamais dans le rôle de l'endosser. Qu'il l'endosse dans son for intérieur est une chose, mais dans son rôle professionnel en est une autre.

Les patients avec troubles psychiatriques qui, comme citoyens, revendiqueront leur droit à l'option euthanasique si leurs circonstances et leurs autres options ne leur sont plus acceptables, devraient avoir une voie vers l'euthanasie distincte de leur suivi psychiatrique. Et pour ceux dont les psychiatres n'auront pas grand-chose à dire médicalement, il ne faudra pas se surprendre qu'ils se tournent vers les tribunaux pour en revendiquer l'accès néanmoins. À ce moment, la société aura à assumer si elle endosse des motifs comme des conditions économiques difficiles, des troubles conjugaux ou familiaux, des déceptions personnelles ou professionnelles, des désaveux, une fatigue de vivre ou d'être soi, et cesser de chercher des prétextes médicaux pour masquer la nature profondément existentielle de l'option euthanasique, pour laquelle les médecins ne sont qu'accessoires, au risque d'un dédoublement de rôles qui mine leur acte de profession et leur mission auprès de personnes parmi les plus souffrantes et les plus vulnérables de notre société.