

**Mémoire à la Commission spéciale
sur la question de
mourir dans la dignité**

Josette Lincourt

Juillet 2010

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
Présentation	i
Résumé	1
<u>Mémoire</u>	
Commentaires sur le Document de consultation	2
Questions et réponses – Document de consultation	3
La question de l’euthanasie et du suicide assisté dans les médias	16
Conclusions	29
<u>Annexe I</u>	32
« L’Actualité médicale »	32
Blogues	35
Événements et causes médiatisées impliquant l’euthanasie et/ou le suicide assisté	39
Statistiques sur l’euthanasie	46
Liens vers des articles intéressants	49
<u>Annexe II</u>	52
Notes sur la pauvreté	52
<u>Annexe III</u>	57
Notes sur les soins palliatifs	57
<u>Annexe IV</u>	61
Notes sur le suicide	61

Mémoire à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

Josette Lincourt

Présentation

Je suis Josette Lincourt, originaire des Cantons de l'Est, de scolarité moyenne qui réside à Montréal depuis plus de 40 ans, et j'ai maintenant 61 ans. J'ai travaillé comme secrétaire toute ma vie, dont près de dix ans dans une université et les dernières treize années de travail dans le milieu juridique. Je suis invalide – sans être grabataire – depuis onze ans et j'écris des « lettres au rédacteur » depuis le milieu des années 70 sur des sujets qui me tiennent à cœur, ce que je continuerai de faire tant que j'aurai du cœur et un peu d'énergie pour ce faire. J'ai aussi eu le loisir d'écrire deux mémoires dans le passé.

Quel est mon intérêt dans une mort digne? Celui d'une personne qui en a vu d'autres s'acheminer vers la mort dans des conditions pitoyables : souffrance physique pas toujours adéquatement soulagée, facultés intellectuelles terriblement réduites, solitude que plus rien ne peut briser. Celui de quelqu'un qui redoute de se trouver un jour sans les facultés intellectuelles et la capacité d'exprimer sa douleur et reléguée à une agonie horrible. Souffrant de douleur chronique depuis très longtemps, je ne me souviens plus du tout d'une époque sans douleur, laquelle demeure constamment mal gérée parce que de trop nombreux médecins préfèrent ne pas croire à la douleur exprimée par leurs patients et craignent que quelque autorité les blâment de trop prescrire des médicaments fortes. Quand on pense à la douleur chronique, on pense surtout qu'il s'agit d'une douleur continue, mais qui se ressemble de jour en jour. Pour certains d'entre nous, ce n'est pas le cas : des pics de douleur aiguë surviennent à tout moment, douleur pratiquement intenable qui nous fait penser à la mort comme une fin à la douleur.

Ayant eu à engager une bataille juridique contre des assureurs, la Régie des Rentes, et l'Aide sociale après m'être retrouvée incapable de travailler, j'ai dû vivre le stress terrible de passer presque trois ans sans aucun revenu, à dilapider totalement le petit héritage de mes parents pour éventuellement dépendre pendant quelques mois de l'Aide sociale. Les assureurs s'en sont très bien tirés, moi, moins bien. Au lieu d'avoir un revenu non imposable qui m'aurait permis une vie modeste, je me suis retrouvée dépendante de la Régie des Rentes qui rend les fins de mois très difficiles.

Si quelque problème de santé additionnel venait s'ajouter à mon état actuel, je n'aurais pas les moyens de me payer les nouveaux médicaments qui seraient nécessaires. Les rentes d'invalidité, ça se situe juste à un palier au-dessus de l'aide sociale, sauf que l'aide sociale offre certaines gratuités qui ne sont pas disponibles aux rentiers. Même pour les bénéficiaires de l'aide sociale, il y a des médicaments que la RAMQ ne couvre pas et dont la liste s'allonge d'année en année.

Je n'ai plus qu'une parente proche qui a toutes ses capacités, ma fille, et je puis assurer tous les gens qui liront mon témoignage et qui seront présents aux auditions publiques que j'aurais l'âme bien plus en paix si l'euthanasie - ou le suicide assisté, choix de deuxième ordre - était un choix valide et reconnu. Ma fille connaît très bien mon opinion sur le sujet car nous en avons discuté

longuement. J'ai souvent rédigé des lettres à la rédaction de journaux dont certaines ont été publiées au cours des ans et aussi discuté du sujet sur des blogues. Je suis persuadée que ma fille préférerait de loin m'accompagner dans un choix de fin de vie par euthanasie ou suicide assisté que se retrouver un jour à venir constater un suicide perpétré dans la solitude.

Quand il est difficile d'avoir une vie digne, pourquoi ne pourrait-on pas espérer tout au moins une mort plus digne que celle de mourir à petit feu, souvent dans la souffrance, autant morale et existentielle que physique?

Pourquoi vouloir le choix et le droit de mourir dans la dignité?

N'ayant aucune attache politique ou féministe, ce mémoire que je vous présente se voudrait parfois peut-être servir à éclairer certains des politiciens, médecins, juristes, philosophes, sociologues, théologiens du monde des décideurs de notre sort dont certains n'ont pas idée du vécu véritable de ceux qui désirent avoir le libre choix – et il y a des exceptions dans ces groupes – de ne pas avoir à vivre de ces morts indignes, souffrantes, dans une pauvreté de soins, d'aide et de moyens financiers adéquats.

Comment pouvons-nous prétendre considérer la Mort Digne quand nous n'avons pas encore réussi à offrir la Vie Digne à tous nos concitoyens dont une bonne moitié sont des femmes. Reprenons : ne pas être féministe ne veut pas dire se fermer les yeux sur les différences flagrantes de traitement entre les sexes. C'est quand même un fait connu qu'il y a un plus grand nombre de femmes qui vivent plus longtemps et aussi que nombreuses sont les femmes dont les moyens financiers se situent sous le seuil de la pauvreté. Vivre riche et en santé est l'idéal, pauvre mais en santé est tolérable, mais pauvre et malade, c'est infernal.

Pourquoi est-ce que, personnellement, je veux un débat qui mènera un jour à offrir le libre choix? Parce que ça fait des années que la douleur chronique est ma compagne de tous les jours sans exception, douleur chronique qui, certains jours - trop de jours - devient douleur insupportablement aiguë et que la volonté de soulager adéquatement n'est pas le lot de toutes les personnes oeuvrant dans le monde médical surtout que ce monde a longtemps départagé la douleur des femmes comme étant souvent de nature hystérique. Trop de médecins continuent d'avoir cette opinion et trouvent les femmes geignardes. Même en offrant le plus grand soulagement à certaines douleurs, il y a des désagréments majeurs, car ce genre de soulagement agit souvent sur les capacités physiques et/ou intellectuelles de la personne souffrante.

Trop souvent, je souffre plus que je ne voudrais pour garder mon autonomie et toute ma tête, donc poursuivre une vie plus ou moins normale comme continuer à vivre seule, pouvoir conduire ma voiture quand j'en ai besoin (pouvoir continuer d'en avoir une), être capable d'exprimer mes idées clairement, et aussi parce que j'aurai à faire face à du personnel soignant qui aura probablement peur (en fait, a déjà peur) d'augmenter les doses d'analgésiques pour soulager adéquatement. En vieillissant, la douleur peut augmenter et être plus fréquente parce qu'il s'y ajoute des douleurs de vieillissement, des incapacités grandissantes, que les facteurs qui peuvent la causer et l'aggraver se multiplient à cause d'un environnement qui devient de plus en plus hostile aux humains, surtout dans les grandes villes.

Ce n'est certes pas une crainte d'être un fardeau pour quiconque qui me fait désirer un libre choix. C'est une plus grande crainte qu'un jour d'autres aspects de santé me rendent incapable de

m'exprimer adéquatement et que notre système inadéquat me néglige donc, oh! horreur des horreurs. Personne ne veut agoniser longtemps dans la douleur, mais quand une personne devient incapable de s'exprimer, qui l'écoute?

Il va passer bien de l'eau au moulin avant que nous nous votions une loi sur l'euthanasie et/ou le suicide assisté et il est certain que les interventions actuelles ne bénéficieront plus que probablement jamais aux personnes qui les font maintenant, mais il faut espérer que les générations qui nous suivent pourront faire un choix plus éclairé, suivre un chemin moins parsemé de tabous ridicules. Quand j'ai dû choisir de mettre un terme aux souffrances de mon premier animal de compagnie, un chat de 16 ans, je lui ai offert ce qu'il y avait de mieux, mourir dans mes bras à la maison. Mon deuxième animal, une chatte « adoptée » après le décès de son dernier maître et dont j'ai eu le privilège de la compagnie pendant dix ans, c'était dans une clinique car mes moyens financiers ne me permettent plus de luxe.

Globalement, qui gagne à garder en vie des personnes qui ne la tolèrent plus? Les seuls gagnants auxquels je puisse penser sont les grosses compagnies pharmaceutiques qui ont toute une panoplie de potions pour prolonger la vie, et les maisons d'hébergement privées qui chargent une fortune pour leurs soins.

Josette Lincourt

Résumé

L'utopie d'une mort digne pour tous les humains serait de mourir soudainement dans son lit, dans son sommeil, sans jamais avoir été malade. La réalité est pourtant tout autre pour la majorité d'entre nous, comme l'a d'ailleurs constaté le président de la Commission, Geoffrey Kelley. C'est pourquoi je suis très favorable à l'euthanasie.

Au début de mon mémoire, je passe des commentaires sur le Document de consultation qui seront suivis par mes réponses aux questions de la Commission.

J'ai enchaîné avec une série d'articles lus dans divers journaux que j'ai commentés et mes commentaires suffiront amplement à indiquer mon avis sur le sujet de la nécessité de se voter une loi sur l'euthanasie et le suicide assisté au Canada.

Depuis la récente réouverture du débat (parce qu'il faut bien comprendre que ce n'est pas la première fois au Canada que ce débat est entamé), on lit beaucoup plus souvent les opinions de gens aux diplômes ronflants dans les éditoriaux et/ou articles de journaux au lieu d'avis de gens ordinaires. Donc, tout au cours de ce mémoire, je me sers d'articles, d'éditoriaux et d'informations glanées çà et là. En avril et mai 2010, les choses se passaient vite et j'ai négligé de conserver certains commentaires très intéressants, par exemple sur les blogues de Cyberpresse, qui étalaient bien plus le vrai vécu de gens qui ont accompagné ou observé des proches dont nombreux étaient ceux qui mouraient dans des conditions loin d'être utopiques.

Il faut aussi parler de chiffres. Dans les pays ou dans les états américains où l'euthanasie et/ou le suicide assisté sont acceptés, y a-t-il un si grand nombre de personnes qui choisissent cette option? Certaines informations font partie de mon mémoire et/ou de ses annexes.

Avant de conclure, il faut aussi parler du suicide et de la pauvreté. Le désir de mourir et le suicide chez les gens malades, soit en fin de vie ou de façon chronique – même si certains disent que la maladie chronique mène plus rarement au suicide – ne ressemble en rien au suicide chez des jeunes en pleine malaise et mal-être, peine d'amour, mal de vivre. Il résulte plus de problèmes existentiels que de problèmes psychologiques. La pauvreté financière, le manque de soins adéquats, l'incapacité à subvenir à ses besoins les plus ordinaires comme boire, manger, bouger, la perte de contrôle sur ses fonctions physiques moins réjouissantes, telles l'incontinence urinaire et fécale, y jouent un rôle majeur. Les gens aux titres ronflants qui se sont servis de questionnaires ont aussi parlé de personnes qui ne veulent pas être un fardeau. Je reste persuadée que les gens sont bien plus inquiets de souffrir sans soulagement adéquat et de perdre leur capacité et leur autonomie qu'ils craignent d'être un fardeau, vu que les porteurs de fardeau deviennent rares.

La première annexe contient des faits et informations sur l'euthanasie et/ou le suicide assisté. La deuxième, des notes d'origine diverses sur la pauvreté, sujet qui a été occulté dans la consultation, puis la troisième traite des soins palliatifs. La quatrième annexe est consacrée partiellement au suicide, le suicide bien ordinaire, celui qui existe sans foi ni loi, mais il y a aussi des commentaires que j'ai faits sur des blogues, particulièrement des blogues de Cyberpresse.

Mémoire adressé à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

Josette Lincourt

juillet 2010

Commentaires sur le Document de consultation

Dans son mot, le président de la Commission, Geoffrey Kelley a très bien ciblé l'utopie de fin de vie de la population en général et aussi la réalité pour la majorité : « S'éteindre paisiblement entouré de ses proches ou tout simplement mourir dans son sommeil, voilà ce que plusieurs souhaitent pour la fin de leur vie. Mais, malheureusement, mourir peut être synonyme d'une lente agonie ou d'une longue déchéance. »

Dans l'Introduction, on a parlé de meilleures conditions de vie et d'une plus grande espérance de vie et on s'est adressé au vieillissement et à certains de ses problèmes, mais on dirait que dans tout le document, on évite de mentionner la pauvreté chez de très nombreuses personnes âgées. Est-ce sciemment, vu que pas plus au Québec qu'au Canada – et ailleurs, d'ailleurs – on n'a réussi à améliorer la situation des aînés : bien au contraire. La première dignité humaine autant pour la population en général que pour les aînés n'est-elle pas de pouvoir se loger convenablement, de subvenir à ses besoins adéquatement, de pouvoir se payer des médicaments ou de l'aide au besoin? On semble avoir oublié...

On mentionne que le Code civil prévoit des moyens pour « qu'une personne majeure puisse exprimer ses volontés sur les soins qu'elle souhaiterait ou non recevoir en fin de vie... ». Au moins, on mentionne aussi que « faire connaître ses volontés à son médecin demeure un défi ». Il n'y a pas qu'à son médecin qu'on ait de la difficulté à faire connaître ses volontés. En fait, on n'a qu'à se placer dans une situation où on se retrouve à l'hôpital pour réaliser qu'il n'y a pas de communication véritable quant à nos volontés. En fait, nos mandats d'incapacité et testaments de vie ne sont connus que quand il est trop tard : soit que l'on ait perdu la capacité de s'exprimer et de gérer ses affaires et donc qu'il se fait une recherche pour trouver si l'on a un mandat ou pas, soit que l'on est décédé.

En matière de soins en fin de vie, tout le monde parle de soins palliatifs et dans le Document de consultation, on dit que « de plus en plus de lits sont réservés aux soins palliatifs... » tout en admettant qu'il n'y en a pas encore assez. Si nous n'avons pas entendu notre ministre de la Santé, Yves Bolduc, dire qu'il n'a absolument aucune idée combien il y a de lits en soins palliatifs, c'est vrai qu'on peut constater qu'il y a quelques maisons d'hébergement en soins palliatifs qui poussent ici et là. Il faut constater que la quantité de places est minime. En fait, hors du système hospitalier qui va avoir de plus en plus de clients nécessitant des soins palliatifs, il n'y aurait que 23 maisons d'hébergement, et la plupart n'ont que quelques lits. Pour 95 territoires, c'est piteux.

C'est très clair qu'il y a des arguments défavorables et favorables à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Les opposants font toujours planer les dérives, la sempiternelle pente glissante. Mon impression est que les personnages qui jouent ainsi au « bonhomme sept heures » sont les mêmes qui sont opposés à l'avortement. Il y a de la teinture de religion dans tout ça.

Pourtant, nous avons décidé d'être une société laïque. Dans le Document apparaît l'argument selon lequel « la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté pourrait mener à une baisse de l'offre et des investissements en recherche dans le domaine des soins palliatifs ». Ceci me semble absurde, parce qu'en fin de compte, les soins palliatifs ont pour but de soulager la souffrance. Même s'ils n'ont pas pour but la guérison, ils ont pour objectif le confort de la personne. Est-ce que tous les soins médicaux ne devraient pas viser le soulagement de la souffrance? Est-ce que je viens d'une autre planète? Mais vous ne m'en voyez aucunement surprise. Ayant un assez lourd dossier médical et ayant eu à me battre contre les moulins à vent de la médecine et des assureurs, j'ai vite réalisé que trop nombreux sont les médecins qui n'ont pas réalisé que la personne qui se présente à leur cabinet le fait parce qu'elle souffre. Le patient n'est pas une vésicule biliaire bloquée, le patient consulte parce qu'il a mal après les repas. Puis les opposants croient qu'on ne devrait pas changer les lois pour une minorité. Mais nos législations sont remplies d'exemples de lois votées pour le bénéfice de minorités!

Même certaines des personnes favorables à « l'aide à mourir » semblent branler dans le manche, tergiverser, préférer qu'il n'y ait pas de législation. Ces personnes préfèrent-elles donc finalement le *statu quo* où les gens se suicident, ou quelqu'un les aide à se suicider s'ils n'en ont plus la capacité, pour ensuite vivre des années dans un cloaque légal? Pourquoi y a-t-il des intervenants du milieu de la santé qui sont plus réservés quant au suicide assisté? Pourtant, le suicide assisté mettrait le fardeau de mourir bien plus lourdement sur les bras de la personne qui désire mourir que sur leurs propres bras, comme l'euthanasie le ferait.

Ce que j'ai compris de la soi-disant ouverture du Collège des médecins est plutôt une façon de couvrir des pratiques existantes qui mènent à des quiproquos, comme les formes de sédation en fin de vie que certaines personnes de l'entourage des mourants ne comprennent absolument pas. Quand on réalise qu'une grande partie de la population n'écoute pas « les nouvelles » parce que ce sont trop souvent de mauvaises nouvelles, ne lit pas les journaux parce que c'est plate, se contente d'informations souvent erronées « garrochées » n'importe comment sur le web, ce n'est pas surprenant que nous soyons aussi loin d'une véritable compréhension de l'euthanasie et du suicide assisté et du désir d'une minorité de se voir accorder le droit d'y recourir.

Questions et réponses – Document de consultation

L'euthanasie, qu'en pensez-vous?

1. Existe-t-il des situations où il est justifié de recourir à la pratique de l'euthanasie? Avez-vous des expériences à partager à ce sujet?

Absolument. Il y a des gens pour qui la vie est totalement intenable à cause de douleurs intenses ou d'incapacités fonctionnelles qui leur enlèvent tout goût de vivre. Pour ce qui est d'expériences, il me semble que la question est plutôt futile à moins que certains aient passé du temps dans les pays où c'est permis.

2. L'euthanasie pourrait-elle être considérée, dans certaines situations, comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie?

Absolument. Il s'agit d'un geste de compassion à accorder à celui ou celle qui en ferait la demande.

3. Êtes-vous pour ou contre la légalisation de l'euthanasie et pourquoi?

Entièrement pour.

4. Dans les États qui ont légalisé l'euthanasie, les demandes d'aide à mourir doivent répondre à un certain nombre de critères. Si l'euthanasie était légalisée ici, quels critères serait-il essentiel de retenir en ce qui a trait aux éléments suivants?

Pourquoi a-t-on indiqué « aide à mourir » plutôt qu'euthanasie dans cette question? On peut facilement se référer aux législations existantes, telle celle de la Belgique, en matière de critères.

Qui pourrait demander l'euthanasie?

Âge de la personne

- Est-ce que seules les personnes majeures pourraient en faire la demande pour elles-mêmes?

La préférence devrait leur être accordée puisqu'il s'agit de leur plein vouloir.

- Des personnes mineures pourraient-elles le faire aussi dans certains cas?

Oui. Il y a eu des exemples où des mineurs ont exhibé une sagesse qui était entièrement égale à - et dépassait même - celle de n'importe quelle personne majeure (surtout dans des cas de jeunes malades du cancer ou autres maladies dont le pronostic est sévère).

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Non.

Aptitude de la personne

- Est-ce que seules les personnes aptes pourraient en faire la demande?

De préférence oui, mais nous connaissons tous des cas où l'euthanasie aurait été une délivrance pour une personne. Dans notre société, nous ne nous gênons pas pour attribuer la gestion des affaires d'une personne inapte à une autre personne ou à un groupe de personnes (soit la famille, soit la Curatelle publique pour les malheureux qui n'en ont pas). Pourquoi une personne inapte ne pourrait-elle donc pas être représentée de façon semblable dans un tel cas?

- Est-ce que la famille d'une personne inapte pourrait le faire aussi dans certains cas?

Voir ma réponse précédente.

- Est-ce que les parents d'un enfant malade pourraient aussi le faire dans certains cas?

La même chose s'applique, surtout s'il s'agit d'un enfant en très bas âge qui n'a pas la conscience pour exprimer des désirs. Encore une fois, même des enfants en très bas âge qui sont capables de communiquer leurs besoins ont su dans le passé le faire avec brio. Pour ceux qui n'en ont pas la capacité, il me semble que les parents pourraient le faire. Connaissons-nous des parents qui soient assez sans cœur pour demander l'euthanasie d'un enfant si les circonstances ne sont pas horribles?

- Est-ce qu'une personne apte pourrait demander à l'avance dans son testament de vie, en prévision de son inaptitude, qu'on mette fin à ses jours dans certaines situations (dans le cas d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, par exemple)?

Absolument. Et l'Alzheimer n'est pas la plus terrible maladie. On peut penser facilement à la sclérose en plaques, à la sclérose amyotrophique latérale, et d'autres maladies dont l'issue est démesurément cruelle.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Non.

État de santé

- Dans quels cas les demandes d'euthanasie devraient-elles être prises en considération?

Dans tous les cas où la personne est encore en possession de ses capacités intellectuelles et qu'elle a encore la capacité de signer un document à cet effet, les cas où la personne aurait clairement indiqué par document légal le point auquel la vie n'a plus aucun sens pour elle, les cas où les personnes qui répondraient de celle qui demande l'euthanasie pourraient déclarer – par affidavit de préférence – que la personne avait souvent discuté de son désir qu'il soit mis fin à ses jours en certaines circonstances.

- Pour les personnes dont la mort est imminente et inévitable?

C'est plus facile dans de tels cas, mais avec la sédation palliative et la sédation terminale qui sont utilisées dans certains cas, pourquoi même poser la question? Si la mort de la personne qui demande l'euthanasie est imminente et inévitable, la question n'a pas à être posée.

- Pour les personnes en phase terminale de la maladie?

Même réponse qu'à la question précédente.

- Pour les personnes atteintes d'une maladie dégénérative et invalidante?

Si la personne demande l'euthanasie, la réponse aux deux questions précédentes est suffisante.

- Pour les personnes atteintes d'une maladie incurable?

Il y a des maladies incurables dont le pronostic n'est pas nécessairement un lourd handicap ou des douleurs intenable qui rendent nulle la qualité de vie, mais si une telle personne le demande en toute connaissance de cause et qu'elle est avancée dans sa maladie, on devrait considérer la demande.

- Pour les personnes lourdement handicapées à la suite d'un accident?

Si la personne a indiqué par le truchement d'un document que c'est son désir, oui. Il y a des personnes lourdement handicapées qui peuvent tout de même communiquer leurs désirs et si elles ont au préalable fait connaître de telles intentions, on devrait accéder à leur demande.

- Pour les personnes qui ont des souffrances psychologiques insupportables, mais dont les douleurs physiques sont contrôlées?

Ici, il faut savoir ce qu'on appelle des douleurs physiques contrôlées ou pas. Il y a un prix à contrôler les douleurs physiques, et ce prix est souvent des effets secondaires à la médication qui peuvent être insupportables, ou le prix peut être une réduction des capacités physiques, mentales et intellectuelles. Il y a des douleurs qu'un professionnel de la santé va croire adéquatement contrôlées mais qui ne le sont pas vraiment, justement parce que la personne souffrante a peur des effets des médicaments.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Je crois que les réponses précédentes suffisent.

Avez-vous d'autres critères à proposer?

Non.

Qui pourrait pratiquer l'euthanasie et où?

Par qui?

- Est-ce que seul un médecin pourrait pratiquer l'euthanasie?

Il serait préférable que ce soit un médecin qui pratique l'euthanasie. Toutefois, lorsque c'est impossible, certains autres professionnels pourraient être habilités à ce faire. Il y a des endroits où les disponibilités de médecins se font rares et il faut considérer qu'il y aura des médecins qui n'accepteront jamais de pratiquer l'euthanasie.

- D'autres professionnels de la santé pourraient-ils aussi le faire? Si oui, lesquels?

Il faudrait que l'ordonnance du geste soit signée par un médecin (de nos jours, une signature par fax est suffisante dans le domaine juridique, pourquoi pas ici?), mais des infirmiers-

infirmières spécialisés, des infirmières-infirmiers pivot (un nouveau terme dans certaines institutions) pourraient y être habilités.¹

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Il faudra assurer que tous les citoyens auront les mêmes droits, quelles que soient les circonstances où ils se trouvent.

Où?

- L'euthanasie devrait-elle être offerte seulement à l'hôpital?

Vu qu'il s'agit d'un acte qui provoque intentionnellement la mort, ce serait préférable que ce soit en milieu hospitalier ou dans les centres d'hébergement de soins de longue durée sous la gouverne des ministères de la santé.

- Pourrait-elle être pratiquée aussi dans les centres d'hébergement de soins de longue durée?

Voir réponse précédente.

- Dans les maisons de soins palliatifs?

Entendons-nous sur le terme maison. Il y a des unités de soins palliatifs en milieu hospitalier et on pourrait définitivement y offrir l'euthanasie. Il y a des maisons de soins palliatifs qui ne sont pas sous la gouverne d'un ministère de la santé : on ne devrait pas y offrir d'euthanasie.

- À domicile?

Non.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Il faudrait par contre que lorsque la demande d'euthanasie est accordée et qu'une date est fixée, la personne qui doit en bénéficier ne soit pas obligée d'être hospitalisée sauf pour un nombre d'heures minimal avant de procéder à l'acte même.

Avez-vous d'autres critères à proposer?

¹ Dans le document en ligne : <http://www.icm-mhi.org/fr/organisation-soins.html> de l'Institut de cardiologie de Montréal, voici la description des tâches de l'infirmière pivot : - rédige ou modifie le plan thérapeutique infirmier : - coordonne le plan d'intervention multidisciplinaire : - donne les soins qui requièrent ses compétences et en délègue au préposé aux bénéficiaires (ou à d'autres intervenants) tout en assurant une supervision : - s'assure de la gestion de l'épisode de soins des clients sous sa responsabilité : - s'assure de la qualité des soins donnés : - interagit avec tous les membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires impliqués auprès du client : - communique de façon continue avec le client et sa famille, écoute active, enseignement et soutien pour les aider à participer au plan d'intervention.

Je crois avoir été assez explicite ci-haut.

Quelle procédure devrait être suivie?

Demande

- Est-ce qu'une demande verbale serait suffisante? Devrait-il y avoir une demande écrite?

Non. Il faudrait, pour une personne en possession de certaines facultés physiques et intellectuelles, une demande écrite et de préférence assermentée.

- À votre avis, combien de demandes, écrites ou verbales, devraient être exprimées?

C'est un peu difficile à déterminer, mais une première demande au médecin traitant (au Québec, il faut en avoir un, ce qui n'est pas évident), une deuxième à un comité local ou régional créé à cet effet, peut-être avec copie à ... son député, quelque personne détenant un rôle officiel même si ce n'est pas dans le domaine médical, mais sans que ça oblige à attendre une approbation de quiconque autre que le médecin traitant et le comité.

- Quel devrait être le délai entre la demande initiale et l'euthanasie?

30 jours.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Il faudrait aussi s'assurer que si la personne demandant l'euthanasie décide de ne pas passer à l'acte, qu'elle puisse éventuellement refaire une demande. Un premier refus pourrait être inspiré par l'influence de tierces personnes.

Avis des médecins

- Le médecin devrait-il être obligé de demander un avis à un ou à plusieurs médecins avant de pratiquer l'euthanasie?

Il faudrait définitivement un deuxième avis, ou celui d'un comité monté à l'effet d'étudier les demandes, mais pas tout un tas d'avis, surtout que le problème – encore une fois – est la disponibilité et l'accessibilité aux médecins. On ne veut quand même pas faire retarder autant que dans le système judiciaire.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

J'en aurais, mais je me contente de ce qui est déjà noté. Je réitère toutefois qu'il ne faut quand même pas impliquer des bataillons au complet.

Supervision et contrôle de la pratique

- À qui ces responsabilités devraient-elles être confiées?

Il devrait s'établir une liste de médecins, qu'ils soient au privé, en clinique ou en institution, qui sont disposés à faire des euthanasies. Ensuite, un comité serait chargé de décider d'accéder ou non à la demande. Ce comité ne doit pas nécessairement être sur place. La communication par fax et par internet devrait suffire.

- Comment le contrôle devrait-il être exercé?

Quand on parle de professionnels de la santé, on espère vraiment que ce sont des professionnels et qu'ils pourront se gérer entre eux et par le truchement de comités. Il vaut mieux faire simple que compliqué, car faire compliqué serait un moyen de brimer les droits de ceux qui demanderaient l'euthanasie.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Vu qu'il s'agit ici de gestion à divers niveaux, je laisse à d'autres le soin de commenter.

Avez-vous d'autres critères à proposer?

Pas maintenant.

5. Pensez-vous qu'il y a des risques de dérives? Si oui, lesquels et comment pourrait-on les éviter?

Non. C'est le spectre que ceux qui sont contre toute loi sur l'euthanasie et le suicide assisté brandissent constamment pour faire peur à la populace.

6. Selon certains, la légalisation de l'euthanasie pourrait ébranler la relation de confiance que la personne a développée avec son médecin. Quelle est votre opinion à ce sujet?

Quelle idiotie! Le médecin n'est pas celui qui décide qui doit être euthanasié ou pas. Même s'il est peu probable que je vive assez longtemps pour voir une loi sur l'euthanasie votée et instaurée, si ça arrivait, j'oserais espérer au contraire qu'une discussion franche avec mon médecin sur le sujet renforcerait la relation de confiance avec lui ou elle.

7. Selon certains, l'interdiction de l'euthanasie encourage l'acharnement thérapeutique. Qu'en pensez-vous?

Selon mon avis, c'est plutôt une attitude de vouloir sauver une vie à tout prix, à n'importe quel prix qui encourage l'acharnement thérapeutique. Il y a peut-être aussi des encouragements dans une telle voie par les compagnies pharmaceutiques qui ont tout à gagner avec le plus de personnes malades possible à soigner, à médicamenter. Elles ont toujours toutes le remède miracle.

8. Certains prétendent que si l'euthanasie était légalisée, il y aurait moins de suicides chez les personnes âgées. Qu'en pensez-vous?

Je n'en serais absolument pas surprise. Juste de savoir qu'il y aurait une porte de sortie légale, peu brutale, à leurs douleurs et tourments, à leurs incapacités, encouragerait peut-être les gens à tenir le coup un peu plus longtemps.

9. Y a-t-il, selon vous, une différence significative entre la sédation terminale et l'euthanasie? Si oui, quelle est-elle?

La sédation terminale, c'est juste rendre inconsciente la personne dont le cheminement vers la mort est déjà bien engagé. Ce ne serait pas nécessairement le cas de l'euthanasie. On laisse déjà les gens traîner bien longtemps dans leur misère.

Suicide assisté

10. Existe-t-il, selon vous, des situations où il est justifié de recourir à la pratique du suicide assisté? Avez-vous des expériences à partager à ce sujet?

Absolument. Il y a des gens pour qui la vie est totalement intenable à cause de douleurs intenses ou d'incapacités fonctionnelles qui leur enlèvent tout goût de vivre. Pour ce qui est d'expériences, il me semble que la question est plutôt futile à moins que certains aient passé du temps dans les pays ou états américains où c'est permis.

11. Êtes-vous en faveur ou en défaveur de la légalisation du suicide assisté et pourquoi?

Entièrement en faveur, mais pas en dépit d'une légalisation de l'euthanasie. Certaines personnes peuvent ardemment désirer la mort sans se sentir capables de prendre elles-mêmes le cocktail léthal. Pour celles-là, l'euthanasie est la réponse. Pour la personne qui préfère agir dans une certaine intimité, qui a la force de mener à bout de sa propre main, le suicide assisté est la réponse idéale.

12. Selon certains, légaliser le suicide assisté, plutôt que l'euthanasie, pourrait envoyer un signal contradictoire eu égard aux efforts faits dans le domaine de la prévention du suicide. Qu'en pensez-vous?

J'aimerais bien qu'on lâche les gens avec les histoires de signaux. Que l'on continue les efforts de la prévention du suicide. On peut récupérer les personnes qui ne savent pas vraiment réfléchir, les personnes qui agissent sur un coup de tête, les personnes dont la raison pour vouloir se suicider n'implique pas des souffrances intenable ou un pronostic qui enlève à la vie tout son sens.

13. Dans les États qui ont légalisé le suicide assisté, les demandes d'aide à mourir doivent répondre à un certain nombre de critères. Si le suicide assisté était légalisé ici, quels critères serait-il essentiel de retenir en ce qui a trait aux éléments suivants?

Qui pourrait demander le suicide assisté?

Âge de la personne

- Est-ce que seules les personnes majeures pourraient en faire la demande pour elles-mêmes?

La préférence devrait leur être accordée puisqu'il s'agit de leur plein vouloir.

- Des personnes mineures pourraient-elles le faire aussi dans certains cas?

Oui. Il y a eu des exemples où des mineurs ont exhibé une sagesse qui était entièrement égale à - et dépassait même - celle de n'importe quelle personne majeure (surtout dans des cas de jeunes malades du cancer ou autres maladies dont le pronostic est sévère).

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Non. La teneur de mon mémoire devrait être suffisante.

État de santé

- Dans quels cas les demandes de suicide assisté devraient-elles être prises en considération?

Dans tous les cas où la personne est encore en possession de ses capacités intellectuelles et qu'elle a encore la capacité de signer un document à cet effet, les cas où la personne aurait clairement indiqué par document légal le point auquel la vie n'a plus aucun sens pour elle, les cas où les personnes qui répondraient de celle qui demande le suicide assisté pourraient déclarer – par affidavit de préférence – que la personne avait souvent discuté de son désir qu'il soit mis fin à ses jours en certaines circonstances

- Pour les personnes dont la mort est imminente et inévitable?

C'est plus facile dans de tels cas, mais avec la sédation palliative et la sédation terminale qui sont utilisées dans certains cas, pourquoi même poser la question? Si la personne demande le suicide assisté quand sa mort est imminente et inévitable, la question n'a pas à être posée.

- Pour les personnes en phase terminale de la maladie?

Même réponse qu'à la question précédente.

- Pour les personnes atteintes d'une maladie dégénérative et invalidante?

Si la personne demande le suicide assisté, la réponse aux deux questions précédentes est suffisante.

- Pour les personnes atteintes d'une maladie incurable?

Il y a des maladies incurables dont le pronostic n'est pas nécessairement un lourd handicap ou des douleurs intolérables qui rendent nulle la qualité de vie, mais si une telle personne le demande en toute connaissance de cause et qu'elle est avancée dans sa maladie, on devrait considérer la demande.

- Pour les personnes lourdement handicapées à la suite d'un accident?

Si la personne a indiqué par le truchement d'un document que c'est son désir, oui. Il y a des personnes lourdement handicapées qui peuvent tout de même communiquer leurs désirs et si elles ont au préalable fait connaître de telles intentions, on devrait accéder à leur demande.

- Pour les personnes qui ont des souffrances psychologiques insupportables, mais dont les douleurs physiques sont contrôlées?

Ici, il faut savoir ce qu'on appelle des douleurs physiques contrôlées ou pas. Il y a un prix à contrôler les douleurs physiques, et ce prix est souvent des effets secondaires à la médication qui peuvent être insupportables, ou le prix peut être une réduction des capacités mentales et intellectuelles. Il y a des douleurs qu'un professionnel de la santé va croire adéquatement contrôlées mais qui ne le sont pas vraiment, justement parce que la personne souffrante a peur des effets des médicaments.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Je crois que les réponses précédentes suffisent.

Avez-vous d'autres critères à proposer?

Non.

Qui pourrait aider une personne à se suicider et où?

Par qui?

- La présence d'un médecin devrait-elle être requise?

Non. Une fois le cocktail léthal prescrit et dans les mains de la personne qui l'a demandé, la personne peut choisir d'être accompagnée par qui elle veut ou pas accompagnée.

- La présence d'un autre professionnel de la santé serait-elle suffisante? Si oui, lequel?

Même réponse qu'à la question précédente.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Peut-être que la présence d'un médecin ou autre professionnel de la santé causerait une gêne à la personne qui désire mourir. Pourquoi ce stress additionnel?

Où?

- Le suicide assisté devrait-il être possible à l'hôpital seulement?

Bien au contraire. Il devrait être possible où la personne réside ou à tout autre endroit dont le propriétaire a donné son accord.

- Dans les centres d'hébergement de soins de longue durée?

Si la personne qui demande un suicide assisté y réside, bien sûr.

- À domicile?

Si les autres personnes qui résident au domicile sont prêtes à assumer qu'un être cher s'est donné la mort à domicile, pourquoi pas?

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Mes réponses précédentes suffisent amplement.

Avez-vous d'autres critères à proposer?

Non.

Quelle procédure devrait être suivie?

Demande

- Est-ce qu'une demande verbale serait suffisante? Devrait-il y avoir une demande écrite?

Non. Il faudrait, pour une personne en possession de certaines facultés physiques et intellectuelles, une demande écrite et de préférence assermentée.

- À votre avis, combien de demandes, écrites ou verbales, devraient être exprimées?

C'est un peu difficile à déterminer, mais une première demande au médecin traitant (au Québec, il faut en avoir un, ce qui n'est pas évident), une deuxième à un comité local ou régional créé à cet effet, peut-être avec copie à ... son député, quelque personne détenant un rôle officiel même si ce n'est pas dans le domaine médical, mais sans que ça oblige à attendre une approbation de quiconque autre que le médecin traitant et le comité.

- Quel devrait être le délai entre la demande initiale et l'ordonnance de la médication létale?

30 jours.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Il faudrait aussi s'assurer que si la personne demandant le suicide assisté décide de ne pas passer à l'acte, qu'elle puisse éventuellement refaire une demande. Une première gêne de passer à l'acte pourrait être inspirée par l'influence de tierces personnes.

Avis des médecins

- Le médecin devrait-il être obligé de demander un avis à un ou à plusieurs médecins avant de donner l'ordonnance médicale?

Un deuxième avis ne serait pas nécessaire puisque le fardeau du geste final repose uniquement sur la personne qui a demandé le suicide assisté.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Non.

Supervision et contrôle de la pratique

- À qui ces responsabilités devraient-elles être confiées?

Il devrait s'établir une liste de médecins, qu'ils soient au privé, en clinique ou en institution, qui sont disposés à prescrire un cocktail léthal.

- Comment le contrôle devrait-il être exercé?

Puisque le fardeau du geste final repose uniquement sur la personne qui a demandé le suicide assisté, le seul contrôle serait la constatation du décès.

- Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Mes réponses ci-dessus sont assez claires.

Avez-vous d'autres critères à proposer?

14. Pensez-vous qu'il y a des risques de dérives? Si oui, lesquels et comment pourrait-on les éviter?

Non. C'est le spectre que ceux qui sont contre toute loi sur l'euthanasie et le suicide assisté brandissent constamment pour faire peur à la populace.

L'aide à mourir, qu'en pensez-vous?

Je réponds à ces questions en m'objectant au départ au terme « aide à mourir ». Soit qu'on parle d'euthanasie et de suicide assisté ou qu'on laisse les choses comme elles sont. L'aide à mourir impose un fardeau trop lourd sur une personne autre que celle qui désire mourir, fardeau qui, en plus de l'aide accordée, peut mener à des accusations criminelles, un ou des procès. Il y a déjà eu des personnes très aimantes qui ont aidé quelqu'un à mourir en s'exposant à tous ces inconvénients en sus du deuil de la personne aidée. Je souhaite que personne ne soit obligé de choisir un côté ou l'autre de cette barrière.

15. Au Canada, l'aide à mourir est un acte criminel. Cependant, c'est le Procureur général de chaque province qui décide d'engager ou non des poursuites criminelles. Dans le cas du suicide assisté de Sue Rodriguez, par exemple, aucune poursuite n'a été engagée. Après sa mort, le Procureur général de la Colombie-Britannique a publié, à l'intention des procureurs de la Couronne, des instructions relatives aux accusations portées contre des personnes qui, par compassion, en aident une autre à se suicider. Est-ce que cette voie devrait être considérée par le législateur québécois?

Cette voie n'est qu'une portion de mesure qui mettrait l'aidant dans la situation de vivre de longs blâmes et des procès sans fin. Les avocats ont amplement de quoi se mettre sous la dent. Qu'on aille de l'avant avec une ou de vraies lois sur l'euthanasie et le suicide assisté et ce genre de question n'aura même plus sa raison d'être.

16. Depuis quelques années, les sentences rendues par les tribunaux canadiens en matière d'aide à mourir sont souvent légères. Pensez-vous que cela traduit un changement dans les mentalités au sein de la société? Cela devrait-il être pris en compte dans la question de la légalisation de l'aide à mourir?

Que fait la « légalisation de l'aide à mourir » dans un document sur l'euthanasie et le suicide assisté? L'aide à mourir met un fardeau indu sur une personne de l'entourage de la personne qui désire mourir et impose une vie d'enfer pour plusieurs années à cette personne, même si, à la fin, la sentence s'avérait légère. Tout dépend aussi de l'attitude du juge, dans une cause.

17. Si on devait légaliser soit l'euthanasie, soit le suicide assisté, laquelle de ces pratiques devrait l'être?

Pourquoi devrait-on choisir l'une ou l'autre de ces pratiques au lieu des deux? L'euthanasie implique un acte posé par quelqu'un d'autre que la personne qui désire mourir tandis que le suicide assisté peut se faire dans la solitude. Si on veut laisser croire aux gens qu'ils auraient un libre choix, autant légiférer les deux pratiques.

18. Si l'aide à mourir était permise, les craintes possibles liées à votre fin de vie seraient-elles dissipées?

Pas du tout. Bien au contraire, mes craintes seraient plus que redoublées. L'aide à mourir n'aide personne. Elle impose un fardeau à l'aidant que peu de personnes seraient prêtes à imposer à quelqu'un de confiance, à quelqu'un d'estimé et aimé.

19. Une personne en fin de vie peut-elle prendre une décision libre et éclairée?

Pourquoi pas? Pourquoi une personne qui aurait été saine d'esprit (en fait, si ça existe encore, à la constatation des ajouts qui vont se faire au DSM) sa vie durant ne serait-elle soudainement plus capable de prendre une décision libre et éclairée? Exception faite des cas de démence, si une personne a pris la peine de rédiger des documents expliquant comment elle voudrait mourir à l'avance, pourquoi devrait-on lui demander de décider quand elle arrive en fin de vie? Pourquoi attendre cette maudite fin de vie?

20. Certains prétendent que la légalisation de l'aide à mourir pourrait entraîner une réduction de l'anxiété des malades. Qu'est-ce que vous en pensez?

Pourquoi confondre les gens avec ces questions « d'aide à mourir »? Une légalisation de l'aide à mourir – comme on l'entend – n'est pas la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté. Légaliser l'aide à mourir ne réduit en rien l'anxiété de qui que ce soit, en fait, il est probable que ça puisse accroître l'anxiété à l'idée de devoir charger quelqu'un de nous aider

à mourir puisque cette personne risque de devoir face à la justice à court et/ou à long terme. Mais le droit de mourir dignement rassurerait sûrement de nombreux malades.

21. Selon certains, si l'aide à mourir était légalisée, seule une très faible minorité des malades en fin de vie y aurait recours, comme c'est le cas dans les pays qui ont déjà adopté une législation. Ils se demandent alors pourquoi on légiférerait pour cette minorité. Qu'en pensez-vous?

Je réitère que si « aide à mourir » n'inclut pas euthanasie et suicide assisté, tout répondant va être biaisé dans ses réponses à cette section. Mais par contre, je veux insister que nous votons constamment des lois pour des minorités. Pourquoi ne pas le faire pour ce qui est du choix de la manière de mourir, même si ce n'est qu'une minorité qui recherche ce droit?

22. Selon certains, le cadre législatif actuel ne reflète pas la réalité clinique, ce qui entraîne de la confusion tant chez les intervenants en santé que dans la population. Pour eux, le *statu quo* ne peut être maintenu et ils estiment que des changements législatifs sont nécessaires. Quelle est votre opinion à ce sujet?

Les changements législatifs sont nécessaires. Présentement, tous sont sur une corde raide. Décidons donc s'il est humain de vouloir mourir dignement et donnons-nous en le droit et les moyens pour mettre fin à la confusion.

23. Selon certains, améliorer l'offre de soins palliatifs permettrait d'éviter que des personnes demandent de l'aide à mourir. Quelle est votre opinion à ce sujet?

On prend un temps interminable pour construire des hôpitaux nécessaires pourtant depuis bien longtemps. L'offre de soins palliatifs ne sera JAMAIS suffisante et adéquate. Présentement, ces soins ne sont disponibles qu'en toute fin de vie. Pourtant, nombreuses sont les personnes qui auraient besoin de soins palliatifs bien avant d'en être arrivées là. Ce sont souvent les bons penseurs, juristes, psychologues, théologiens, qui ont de fameuses de belles théories et pas les pieds sur la planète Terre qui croient en l'utopie de soins palliatifs adéquats.

* * * * *

La question de l'euthanasie et du suicide assisté dans les médias

En lisant de nombreux textes et articles sur le sujet de l'euthanasie et/ou du suicide assisté, une personne ordinaire, à l'esprit tant soit peu ouvert, ne peut que constater qu'il s'agit d'un sujet brûlant qui suscite chez les uns des émotions vives raisonnées ou pas, qui éveille chez d'autres une moralité qu'ils s'ignoraient parfois avoir, qui font pousser un soupir de résignation à d'autres encore qui osent espérer qu'on va enfin entreprendre des démarches pour influencer les autorités appropriées à considérer une loi qui accorderait à ceux qui désirent l'euthanasie ou un suicide assisté pour eux-mêmes une liberté de choix. Comprendons bien qu'il doit y avoir consentement explicite et que le choix serait valable seulement pour la personne qui en ferait la demande, sauf dans de rares exceptions.

Une constatation s'impose : il demeure un grand nombre d'interventionnistes qui semblent croire que l'euthanasie légalisée permet de donner la mort à des personnes qui seraient devenues gênantes. Ce n'est pourtant pas le cas ni le but de se doter d'une loi permettant l'euthanasie ou le suicide assisté. Même le document de consultation indique qu'il y aurait peut-être des personnes qui pourraient choisir ce moyen de quitter la vie de crainte qu'elles deviendraient un fardeau pour les autres. A-t-on jamais songé combien de personnes ne peuvent même pas penser à dépendre de gens même hors de leurs familles pour leurs soins personnels? Il y a aussi ceux qui ne conçoivent pas bien la différence entre euthanasie et suicide assisté et que cette différence peut affecter énormément le choix de fin de vie pour lequel une personne pourrait opter.

En ordre chronologique, je veux commenter certains aspects d'articles qui ont attiré mon attention en incluant aussi des extraits :

a) La Tribune – 28 janvier 2010 – « Une atteinte au devoir de vivre » - Jean Desclos²

<http://www.cyberpresse.ca/la-tribune/opinions/201001/28/01-943964-une-atteinte-au-devoir-de-vivre.php>

Jean Desclos, philosophe et théologien, peut admettre que « quand la souffrance devient intenable et que la mort a déjà montré son visage dans l'embrasement de la porte, la tentation est grande de poser des gestes pour en finir au plus vite » : mais il ne semble pas concevoir qu'il y a un grand nombre de malades chroniques dont la douleur peut être intenable, fût-ce de façon intermittente, au point d'empoisonner totalement l'existence. Il soutient la thèse de trop de personnes ignares qui trop souvent « concluent que les soignants ont intentionnellement fait mourir le malade par un cocktail de médicaments, et que c'est de l'euthanasie déguisée ».

Trop de gens confondent sédation palliative (Document de consultation : administration d'une médication à une personne dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente) et sédation terminale (Document de consultation : administration d'une médication à une personne, de façon continue, dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente jusqu'à son décès) avec euthanasie (Document de consultation : acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances).

Il faut bien être philosophe, théologien et éthicien pour croire dans l'utopie que la majorité des gens pourraient mourir dans la dignité selon leurs critères, comme ceux de M. Desclos : « Mourir dans la dignité signifie mourir avec la qualité de soutien et de présence des gens, comme on le fait si bien dans les unités de soins palliatifs, grâce à des soins qui soulagent la douleur et réconfortent, dans un environnement humain, avec un accompagnement qui permet de vivre l'intensité du passage vers la mort, sans en maquiller les difficultés, mais en découvrant toute sa richesse, toute sa densité d'humanité ». M. Desclos semble croire que tous un chacun ont accès à de tels services de soins palliatifs. Pourtant, dans un monde où trouver un omnipraticien est devenu tout près d'impossible, dans un monde où grand nombre de personnes n'ont que peu ou pas de soutien familial, dans un monde où on peine à trouver et garder les ressources pour prodiguer même les soins de grande urgence, il faut vivre dans une bulle pour croire à l'accès

² Jean Desclos, est professeur associé, professeur titulaire, Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, aussi ex-vice-recteur à la communauté universitaire, Université de Sherbrooke.

universel à de tels soins. Ce n'est qu'une très infime proportion de mourants qui y ont accès, et les gens acceptés dans les unités de soins palliatifs et/ou dans des résidences de soins palliatifs n'y sont accueillis que peu de temps avant leur mort presque prévue. Il s'agit donc d'une utopie. De plus, nous savons bien qu'une majorité de gens préfèrent mourir chez eux. Mes sentiments vis-à-vis mourir à la maison sont ambivalents. Quand les gens possèdent une maison, ceux qui restent après leur mort doivent gérer leurs émotions et vivre dans la maison où leur être cher a agonisé n'est sûrement pas évident. On peut changer de logement facilement, mais qu'en est-il d'une maison que l'on possède?

M. Desclos semble croire qu'offrir l'euthanasie priverait les gens de « vivre des valeurs profondes de gratuité, de sensibilité du cœur, de présence, de partage, d'espérance » et que « Introduire dans cette Heure des gestes directement porteurs de mort vient embrouiller les rapports humains et le sens même de la dignité que nous nous reconnaissons les uns aux autres ».

M. Desclos croit aussi que « l'aide au suicide et l'euthanasie portent atteinte au devoir de vivre qui mobilise l'ensemble de nos actions quotidiennes ». Eh oui! Il faut encore revoir le taux de suicide et aussi en étudier et en comprendre les raisons.

Un cas assez récent m'a profondément touchée, celui de Céline Girouard, une dame de Coaticook – ma petite ville natale – qui s'est suicidée début décembre, juste avant la rare grosse chute de neige que nous avons eu cet hiver. Elle souffrait de fibromyalgie, une maladie qui peut être extrêmement douloureuse pour une proportion des souffrants dont la majorité sont des femmes, mais qui ne tue pas. Elle a de la chance : M. Desclos *et als* diraient : « ... nous nous retenons de juger quiconque se suicide, demande d'y être aidé ou sollicité de la médecine qu'on le fasse mourir avant l'Heure ». Il me ferait grand plaisir de dire à M. Desclos et à ses semblables ce qu'ils pourraient faire de cette précieuse « Heure »...

Et pour mettre une cerise sur le gâteau, M. Desclos invoque les coûts des soins de santé, le vieillissement, l'isolement (qui n'est pas réservé aux personnes âgées, il faut le lui rappeler), « l'appauvrissement de nos solidarités sociales ». M. Desclos ignore combien de personnes vivent dans une pauvreté presque abjecte bien avant d'arriver à « l'Heure du grand passage ». Il devrait pourtant en trouver, même à Sherbrooke. On a souvent entendu l'expression « vaut mieux mourir riche et en santé que vivre pauvre et malade », exprimée sur un ton drolatique ou goguenard, mais souffrir pauvre et malade, c'est le bouquet!

L'Église catholique a amassé des fortunes et de nombreux prêtres, de nombreuses religieuses meurent dans un confort inégalé quand, dans la société des gens ordinaires et moins fortunés, la différence est flagrante.

A-t-on le droit d'en avoir ras-le-bol de la morale de salon qui ne connaît pas la boue et la gangue autrement qu'en théorie?

b) La Presse Canadienne (Québec)– 14 février 2010 – « Euthanasie – des auditions débiteront lundi » - Lise Millette

http://www.santecheznous.ca/channel_health_news_details.asp?news_id=2646&news_channel_id=2001&channel_id=2001&relation_id=3483

Dans cet article, on met l'emphase sur le vieillissement comme centre du débat ainsi que la peur d'être institutionnalisé. Selon le Dr Hubert Marcoux³, « On observe une très grande peur de vieillir, mais encore plus de perdre son autonomie ». La perte d'autonomie se produit malheureusement, pour plusieurs, bien avant le cheminement vers la mort, puisque les gens vivent de plus en plus longtemps. Il soutient très intelligemment que « même si plusieurs Québécois appuient l'idée de permettre l'euthanasie, concrètement les demandes demeurent relativement peu nombreuses ». Ce phénomène se retrouve aussi en Hollande. La Hollande a une population d'environ 17 millions : au Canada, c'est environ 36 millions (donc le double de la Hollande) et au Québec, c'est un peu plus que 8 millions (donc la moitié de la Hollande). Si on considère qu'il y a environ 2 000 euthanasies par année en Hollande depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie (mais certaines statistiques disent qu'environ 550 personnes auraient été euthanasiées sans leur consentement – on peut deviner quand même dans quel genre de circonstances comme des états végétatifs profonds et prolongés) et si on extrapole donc pour le Canada s'il se dotait d'une telle loi, ça voudrait possiblement dire 4 000 euthanasies par année au pays, et possiblement 1 000 au Québec. Ce n'est quand même pas énorme.

Je me joins à Hélène Bolduc⁴ qui soutient : « Nous en sommes rendus à tenir un débat sur la mort et sur la manière dont on veut mourir. Je crois que nous avons suffisamment de droits, dans notre société, pour accepter que cette liberté puisse être donnée ».

c) Le Soleil – 18 février 2010 – « Audiences sur l'euthanasie – Un Constat d'échec pour la société » - Valérie Gaudreau

<http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/societe/201002/17/01-952789-audiences-sur-leuthanasie-un-constat-dechec-pour-la-societe.php>

C'est le Dr Michel L'Heureux de la Maison Michel-Sarrazin qui aurait déclaré que « Légaliser l'euthanasie serait un « constat d'échec pour la société » ».

C'est facile pour le directeur d'un tel établissement de faire une déclaration semblable, mais le Dr L'Heureux semble croire que les bons soins palliatifs sont disponibles à tous ceux qui pourraient en bénéficier : rien n'est plus faux! En plus, cet homme s'ajoute à ceux qui parlent constamment des dérives qu'une loi sur l'euthanasie pourrait amener. Que tous ceux qui clament qu'il y a des dérives où l'euthanasie est légalisée viennent nous démontrer par des statistiques valides que même les personnes qui ont été euthanasiées sans leur consentement étaient autrement que dans des états végétatifs prolongés et irréversibles!

La discipline des soins palliatifs est peut-être jeune et évolutive, mais quand les gens n'ont même pas de médecin traitant, comment auront-ils accès à ces soins, même s'ils étaient soi-disant disponibles pour tous? Sans l'aval d'un médecin traitant, comment une personne réussirait-elle à se faire accueillir dans une maison de soins palliatifs?

³ Dr Hubert Marcoux, professeur au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval.

⁴ Hélène Bolduc, présidente de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

Le Dr L'Heureux dit qu'il y a aujourd'hui 72 lits en soins palliatifs contre 35 lits du genre en 2007. On parie qu'il y a plusieurs centaines, sinon des milliers de personnes dans Québec et les régions avoisinantes qui auraient besoin de soins palliatifs? Même les 15 lits de la Maison Michel-Sarrazin semblent être réservés aux gens atteints de cancer. Il y a bien d'autres maladies que le cancer qui nécessiteraient des soins palliatifs.

D'autres dires du Dr L'Heureux agaçant : « les seules notions de fierté, du droit individuel ou la position de ceux qui sont en faveur de la « primauté du moi » ne doivent pas dicter les choix collectifs ». Si les personnes qui se sont prévalu de l'euthanasie pouvaient être ressuscitées et interrogées, elles diraient sûrement qu'il n'y avait aucune notion de fierté dans leur geste. Choisir collectivement de créer une loi sur l'euthanasie serait offrir aux plus souffrants parmi nous une porte de sortie de leur misère. Présentement, les gens sont voués à la souffrance rarement adéquatement soulagée ou à la honte et la difficulté du suicide : c'est très humain.

Il faut quand même se planter les deux pieds bien sur terre et constater qu'il n'y aura **jamais** les ressources suffisantes pour offrir même une dizaine de jours de soins palliatifs à toutes les personnes mourantes.

d) La Presse – 19 février 2010 – « La majorité insuffisante » - Marc Beauchamp⁵

<http://www.cyberpresse.ca/place-publique/opinions/201002/19/01-953369-la-majorite-insuffisante.php>

C'est odieux que cet auteur, chirurgien orthopédiste en pratique privée, ait le front de dire que le Dr Gaétan Barrette⁶ et le Dr Louis Godin⁷ réclament le pouvoir de tuer des personnes affaiblies ou vulnérables. Ce médecin ne côtoie sûrement pas très souvent dans sa spécialité des malades dont les souffrances sont intolérables, voire des mourants. Comment le Dr Beauchamp peut-il affirmer que les gens affaiblis risquent d'être les premières victimes de ses collègues? Une loi sur l'euthanasie a pour but d'offrir cette porte de sortie aux personnes qui désirent avant tout légalement en faire la demande pour elles-mêmes!

Il blâme aussi ses collègues de « faire de la question de la mort une affaire médicale, alors qu'il s'agit d'une entité infiniment plus grande... ». Dans une société que nous prétendons laïque, il est grand temps que nous nous défassions du joug de la religion et même de la philosophie, tout en considérant l'éthique.

Comment un homme qui devrait avoir des connaissances autres que celles limitées à son domaine de pratique peut-il prétendre que l'effort de médecins qui se joignent à ceux qui demandent une loi sur l'euthanasie ne serait qu'une « tentative d'accaparement de pouvoir par la classe médicale »? Et d'ajouter en soi-disant corollaire que « ce serait une aberration de reléguer le droit à la vie (et à la mort) au ministère de la Santé », clamant que ce n'est pas du ressort de ce ministère. Eh bien non! Même si le ministère de la Santé devait être impliqué jusqu'à un point,

⁵ Le docteur Beauchamp est chirurgien orthopédiste, spécialiste de l'épaule, du coude et des mains.

⁶ Fédération des médecins spécialistes du Québec.

⁷ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

ce ne serait pas le ministère qui détiendrait le pouvoir sur la vie et la mort, mais la personne souffrante qui voudrait s'échapper d'une vie qui n'a plus de sens pour elle.

Voici un autre personnage qui croit que les bons soins de fin de vie sont disponibles à tous, un personnage qui relègue les souffrants au suicide, réussi ou raté.

e) La Voix de l'Est – 22 avril 2010 – « Mourir dans la dignité » - Guy Durand⁸

<http://www.cyberpresse.ca/la-voix-de-lest/opinions/collaborateurs/201004/26/01-4274237-mourir-dans-la-dignite.php>

Monsieur Durand, dans cet article, écrit « Mais on peut très bien juger que l'euthanasie est immorale sans vouloir qu'elle soit criminalisée, comme on peut penser que l'euthanasie est morale, mais qu'elle ne doit pas être légalisée. Le plan moral ne s'identifie pas au plan légal, même si le premier ne peut être complètement évacué. » Où donc se situerait la pensée que l'euthanasie est morale et qu'elle pourrait être légalisée?

Évidemment, M. Durand penche du côté de la moralité qui ne laisse aucune place à la légalisation. Il y voit d'ailleurs trois risques qu'il semble être la première personne à évoquer :

1. « La détérioration de la relation médecin-patient (certaines personnes âgées craignent déjà d'aller à l'hôpital par crainte d'être « abandonnées »,
2. l'influence sur les personnes handicapées (qui pourraient interpréter cette légalisation comme si la société jugeait que leur vie ne valait pas d'être vécue),
3. les dangers d'abus (même si la loi fixait des conditions restrictives, l'expérience des pays où l'euthanasie a été légalisée illustre que ces restrictions ne sont pas toujours respectées). »

Et voilà qu'on nie encore le libre choix de personnes qui pourraient vouloir un jour faire une demande d'euthanasie dans des conditions particulières à elles.

Ce que M. Durand ne dit pas, ni non plus la plupart des personnes qui sont contre l'euthanasie, c'est qu'une loi sur l'euthanasie ne donne aucun droit à un médecin de choisir l'euthanasie pour un de ses patients. Le spectre de l'euthanasie contre son consentement vole bas et loin et on s'en sert à tour de bras.

Les personnes âgées qui craignent d'aller à l'hôpital actuellement sont déjà des personnes qui ne sont pas adéquatement entourées. Elles sont déjà abandonnées. Pourquoi leur faire encore plus peur avec le spectre des soi-disant dérives et pentes glissantes de l'euthanasie?

En matière d'influence sur des personnes handicapées, ceci peut très bien être couvert sous une loi sur l'euthanasie comme étant criminel. Être handicapé ne veut pas toujours dire être imbécile. De nombreuses personnes handicapées peuvent encore penser pour elles-mêmes. Pour celles qui n'en seraient plus capables si un jour le choix de l'euthanasie devenait réalité, il faudrait que ces personnes aient exprimé légalement, sur papier, le désir d'être euthanasiées dans certaines

⁸ Guy Durand, professeur retraité de l'U de M, est théologien et juriste.

circonstances quand même assez claires, ou en fassent la demande expresse dans des circonstances qui ne laisseraient aucun doute sur leur propre désir.

On parle de dérapages où une loi existe. Mais on tait les particularités et réalités de ces soi-disant dérapages ou on ne les connaît tout simplement pas. Ces dérapages font partie de certaines statistiques, mais sans détails. Ce que M. Durand et ses semblables omettent de dire, c'est qu'avant qu'une loi sur l'euthanasie pointe à l'horizon, il y aura des années de réflexion.

Tout ce que M. Durand appuie, c'est qu'après une euthanasie ou un suicide assisté, on pourrait « permettre au juge d'invoquer éventuellement les circonstances atténuantes » et, par ailleurs, « développer largement l'accès aux « soins palliatifs » ». Le contexte actuel qui semble aller constamment en se détériorant n'offre même pas des soins adéquats à la population, alors comment pense-t-on que l'accès aux soins palliatifs pourrait largement être développé? C'est une utopie de gens qui se limitent à penser et à ne pas voir la réalité des autres.

f) La Presse – 25 avril 2010 – « Débrancher ou non? » - Ariane Lacoursière

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201004/25/01-4274128-debrancher-ou-non.php>

« Avec les avancées médicales, il est aujourd'hui possible de garder un patient en vie artificiellement très longtemps. Mais dans quelles conditions? »

Madame Lacoursière a passé une journée dans un service de soins intensifs (Hôpital Royal Victoria) où elle a constaté que les médecins éprouvent des difficultés à débrancher. Selon ses constatations, les médecins vivent un dilemme éthique cruel : ils veulent respecter les souhaits des familles mais pas s'acharner sur les patients.

Le jour de sa visite, seulement 21 lits étaient occupés tandis qu'il aurait pu y en avoir 27, mais, selon le docteur Marcelo Lannes⁹, il lui manquait 35 à 40 infirmières.

Quand il n'y a pas de lits disponibles aux soins intensifs, les chirurgies cardiaques et les greffes sont annulées. Même en relativisant qu'une vie ne vaut pas plus qu'une autre, des patients qui ont des chances de s'en sortir devraient prendre précedence sur ceux qui sont maintenus artificiellement en vie.

Devant deux patients occupant des lits depuis de longs mois. Un des résidents déclare : « Ici, on se demande si, au lieu de prolonger la vie, nous ne sommes pas en train de prolonger la mort ». En discutant des décisions à prendre, le Dr Lannes insiste qu'il faut respecter le souhait des patients. « Mais évidemment, aux soins intensifs, les patients ne sont généralement pas en état de dicter leur volonté », dit-il. Donc, il faut une autorisation de la famille.

Puisque la technologie permet de prolonger presque indéfiniment la vie, le Dr Lannes dit : « Les familles décident jusqu'à quand elles veulent prolonger la vie. Je les respecte. À moi seul, je ne

⁹ Marcelo Lannes est anesthésiologiste à l'Hôpital Royal-Victoria et professeur adjoint (?assistant professor?) en anesthésiologie au MUHC.

peux pas prendre cette décision », dit-il. « Si on voulait des directives plus claires, il faudrait un débat de société. »

À quand le vrai débat, devant les vraies autorités? Le gouvernement fédéral, donc, lequel vient de rejeter le projet de loi C-384. Ce ne sera pas demain la veille!

g) La Presse – 25 avril 2010 – « Santé : des ressources coûteuses ... et limitées » – Ariane Lacoursière

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201004/25/01-4274129-sante-des-ressources-couteuses-et-limitees.php>

Selon le Dr Marcel Boulanger¹⁰, « Les médecins sont confrontés à des familles pleines d'émotions. Même si, rationnellement, le médecin peut expliquer pendant des heures que les traitements sont futiles, il ne convaincra pas toujours la famille de mettre fin au traitement ». Plus loin dans l'article, le Dr Boulanger compare les vies maintenues artificiellement à un camion immense immobilisé sur une autoroute et qu'ainsi allouer des ressources est un problème. Et là, on peut entendre des voix dire : « Mais les médecins veulent donc tuer les patients! ». Et la réponse du Dr Boulanger : « Ce n'est pas ça du tout! Il faut que la société en vienne à comprendre ce que c'est, la futilité de traitement. »

Il ne faut pas penser uniquement aux coûts des ressources, mais il faut être conscient que « un lit aux soins intensifs coûte à lui seul de 700\$ à 1200\$ par jour en soins infirmiers ». Ceci, sans compter les frais de traitements et de médicaments. Et ce lit utilisé pour un cas sans espoir empêche d'opérer des patients pour qui il y aurait de l'espoir dans des délais raisonnables.

Comme le dit si bien le secrétaire général du Collège des médecins, le Dr Yves Robert¹¹ : « On est actuellement arrivé à un point technologique où on peut maintenir la vie artificiellement pendant des années. Mais si on fait ça, on va manquer de lits et de ressources demain matin! ». En fait, nous manquons déjà de ressources et le report de chirurgies nécessitant des soins intensifs est déjà fait courant.

Et pour continuer d'avoir des pochetées de patients en gériatrie, David Roy¹² trouve « éthiquement inacceptable de laisser un patient mourir pour faire place à un autre », mais semble

¹⁰ Le docteur Marcel Boulanger a œuvré pendant plus de 30 ans comme anesthésiologiste à l'Institut de Cardiologie et de directeur des services professionnels. Il est aussi engagé dans la lutte contre le tabac depuis plus de 20 ans.

¹¹ Un article de Radio-Canada – 17 juillet 2009 – « L'euthanasie avec circonscription »
« Le secrétaire du Collège, le Dr Yves Robert, affirme dans l'entrevue accordée au *Globe & Mail* que l'approche de son ordre est très prudente et que le fait d'éviter le débat ne fait que contribuer à alimenter l'hypocrisie générale sur la question. »

¹² David Roy, chercheur en bioéthique, Centre de recherche de l'Institut de gériatrie de Montréal.

croire en l'utopie des soins palliatifs, lesquels ne seront jamais accessibles à la majorité des personnes en phase terminale. Il est joint dans cette idée par Jocelyne Saint-Arnaud¹³.

Hélène Bolduc¹⁴ déclare que la fin de vie des Québécois est « de moins en moins naturelle, et de plus en plus médicalisée. On dirait qu'on ne peut plus s'éteindre doucement comme avant. Il y a de plus en plus de traitements futiles en fin de vie. Il y a de l'acharnement. » Et ces traitements futiles sont parfois soit douloureux ou cause de malaises terribles. Les grosses pharmaceutiques s'en réjouissent sûrement.

h) Le Soleil – 25 avril 2010 – « Euthanasie : un fléau nous a effleurés » - Isabelle Bégin-O'Connor (Gatineau)

<http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/opinions/carrefour/201004/23/01-4273516-euthanasie-un-fléau-nous-a-effleures.php>

Madame Bégin-O'Connor¹⁵ croit que légaliser l'euthanasie et le suicide assisté serait « institutionnaliser le désespoir (et donc l'encourager et le multiplier)... » et se réjouit que le projet de loi C-384 de Francine Lalonde ait été rejeté d'emblée à la Chambre des communes (au fédéral, donc).

Elle se base sur les avancées en cures et traitements contre la douleur, sur le fait que les canadiens ont le droit de refuser d'être traités, et croit que « le 10% de la population qui sont actuellement traités par antidépresseurs et qui ont des pensées suicidaires » voudraient absolument se faire offrir l'euthanasie et le suicide assisté. Elle pense que les malades auraient peur d'aller à l'hôpital car on pourrait carrément les y assassiner contre leur gré et aussi qu'on utiliserait de telles lois à tour de bras pour se débarrasser des aînés vulnérables et sans défense.

Et voilà comment on voit les lois sur l'euthanasie et le suicide assisté chez certains. Pour le canadien qui a le droit de refuser tout traitement qui le prolonge, y a-t-il aussi le risque qu'on refuse donc de traiter sa douleur? Je voudrais voir des gens comme madame Bégin-O'Connor dans ce genre de situation. Si elle était médecin, elle traiterait sûrement la douleur quelle qu'elle soit – sauf en phase terminale – aux aspirines et aux Tylenol. Pourtant, cette dame est, à toutes fins pratiques, juste une vendeuse de produits religieux.

En faisant une recherche, j'ai découvert qu'elle a participé à une conférence pour la Journée internationale de la famille qui a eu lieu le 15 mai 2010. Pour tout dire, le Cardinal Ouellet était l'invité d'honneur...

¹³ Jocelyne Saint-Arnaud est philosophe et professeure à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

¹⁴ Voir note de bas de page no. 3.

¹⁵ Isabelle Bégin-O'Connor (Gatineau) est secrétaire-générale de Respect de la Vie – Mouvement d'éducation; chercheuse, rédactrice et éditrice chez Publications Vivere, secrétaire-trésorière de la Fondation Vive la Vie (vente de publications et articles religieux); animatrice de chant; secrétaire-trésorière de la Fondation Ste-Philomène de Montcerf-Lytton inc.

i) La Voix de l'Est – 26 avril 2010 – « Mourir dans la Dignité » - Guy Durand

<http://www.cyberpresse.ca/la-voix-de-lest/opinions/collaborateurs/201004/26/01-4274237-mourir-dans-la-dignite.php>

Guy Durand¹⁶, avec ses impressionnants diplômes, voit la notion de dignité humaine sous deux sens principaux. Dans les milieux juridiques elle serait identifiée « au respect de l'autonomie de la personne¹⁷ (...). Selon M. Durand, les milieux de soins voudraient y ajouter « une idée nouvelle : la personne n'est pas une chose ou un animal, mais une dignité, une valeur. Cette idée relève du sens ou de la valeur que la personne malade se reconnaît à elle-même; et du sens que les autres (...) lui témoignent par le regard, l'attitude. Et ce regard d'autrui rebondit souvent sur la conception que le malade se fait lui-même de sa vie. C'est dans les yeux, l'attention, la compassion, le souci, l'amour que les autres lui portent que le malade saisit que sa vie, sa personne, ont encore du prix. »

Pardonnez-moi, mais c'est peut-être le cas pour les dépendants affectifs, mais il me semble qu'on retire à la personne sa dignité quand on lui affuble une valeur plus dépendante du regard d'autrui que du sien propre.

Monsieur Durand vante les soins palliatifs – et je suis bien d'accord que l'idée de soins palliatifs est excellente. En pratique, toutefois, ceux qui peuvent en bénéficier sont une infime minorité. Aussi, cet homme est d'avis qu'une personne en fin de vie (car ici, seules certaines personnes en fin de vie ont un accès limité dans le temps aux soins palliatifs) puisse être gênée de demander de « rencontrer un représentant de sa religion ou de son groupe de conviction spirituelle ».

De tels propos sont arrogants, condescendants et infantilisants.

Monsieur Durand nous vante Au Diapason, une maison de soins palliatifs, et je suis absolument certaine que les soins y sont excellents. Dans les chroniques de nécrologie, on voit souvent ce nom revenir. Mais combien de lits sont disponibles? C'est une maison de huit – oui, seulement huit – chambres, avec des salons, etc. Je serais bien curieuse de savoir combien de personnes pourront passer par cette maison par année, et si il faut que ces personnes en soient à leurs quelques dernières semaines de vie. Ça prendrait des milliers de telles maisons pour faire face à la demande. La Maison Michel-Sarrazin à Québec n'arrive à aider que 300 personnes par année. 300 personnes... c'est tout.

Monsieur Durand croit que multiplier les maisons de soins palliatifs serait préférable à songer à légaliser l'euthanasie. Pourquoi ne pourrait-on admettre que des humains sont assez pourvus de bon sens pour pouvoir décider, selon leurs circonstances et leur accès limité à des services et soins, s'ils désirent continuer à vivre le plus longtemps possible ou abrégé une vie qui est devenue abominable pour eux? De nombreux résidants de Dunham, comme monsieur Durand,

¹⁶ Guy Durand est théologien, philosophe, juriste, spécialiste en éthique, professeur émérite de l'Université de Montréal, qui a fait des études en droit et en sciences religieuses (au Québec), un doctorat en théologie (à Lyon en France) puis à Münster en Allemagne (langue et théologie) et à Paris (éthique médicale).

¹⁷ Ce qui ramènerait à « la justification de la légalisation de l'euthanasie au nom du respect de l'autonomie et de la liberté de la personne : quand la vie ne vaut plus la peine d'être vécue... », dixit G. Durand.

sont bien mieux nantis que la majorité des Québécois et Canadiens. Ils ne voient peut-être pas la réalité des autres.

j) La Presse – 30 avril 2010 – « Euthanasie : des repères à définir » - Yves Lamontagne¹⁸ et Michèle Marchand¹⁹

<http://www.cyberpresse.ca/opinions/201004/29/01-4275597-euthanasie-des-reperes-a-definir.php>

Selon cet article, au Québec il existe maintenant des repères très clairs quant à l'acharnement thérapeutique. Toutefois, c'est plus vague pour ce qui est de patients et/ou leurs proches qui veulent poursuivre des traitements jugés futiles par les médecins, sauf que « les médecins ne sont pas tenus de prodiguer des soins qu'ils jugent inappropriés d'un point de vue médical », laissant donc le champ libre à l'interprétation.

Vu la crainte de certains que les médecins pourraient décider de cesser des soins essentiels – comme un respirateur – l'usage de grilles décisionnelles va sûrement aller en grandissant. En passant, respirer mécaniquement, est-ce vraiment vivre?

Cet article est un peu décevant, laissant plus de questions en l'air que fournissant des réponses.

Dans la discussion sur l'euthanasie et le suicide assisté, il faut comprendre que toute législation qui pourrait s'engager en ce sens implique dans la majorité des cas le fait que c'est la personne concernée qui demande l'euthanasie ou l'aide au suicide. Advenant la légalisation, ceci pourrait être fait longtemps au préalable dans des documents légaux tels un testament de fin de vie, un mandat en cas d'inaptitude, et autres, en désignant d'une façon assez spécifique ce que la personne considère le point de non retour pour elle, ou même une fois rendu à un degré de maladie où un document devrait être signé par la personne requérante.

Dans les discussions anti-euthanasie, il est très souvent question de dérapages, d'euthanasies non consenties. Y a-t-il des cas où de telles euthanasies pourraient être pratiquées? Oui. Dans des cas précis comme des victimes d'états végétatifs profonds ou d'incapacité physique totale comme la paralysie totale chez des accidentés ou des personnes souffrant par exemple de sclérose latérale amyotrophique, surtout si ces personnes s'étaient prononcées sur le sujet ou si la personne n'a plus aucune connaissance et qu'il n'y a plus personne pour répondre d'elle en quelque manière que ce soit. Ces malades ne se remettent tout de même pas très souvent à recouvrer la santé après des mois, voire des années à végéter.

Les représentants du Collège des Médecins du Québec couvrent bien leurs arrières quand ils laissent savoir comme suit. « Par contre, on devrait leur reconnaître (aux médecins donc) le droit, sous conditions, notamment celle d'assurer le suivi, de refuser de participer personnellement à

¹⁸ Le docteur Yves Lamontagne est président-directeur sortant du Collège des Médecins du Québec. Après ses études en médecine, il a travaillé au Biafra, ensuite il a poursuivi ses études en psychiatrie à l'Institut de psychiatrie de Londres; il a enseigné à l'Université de Montréal; a été président de l'Association des médecins psychiatres du Québec; il a fondé le Centre de recherches Fernand-Sequin de l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine; il a reçu de nombreuses distinctions honorifiques.

¹⁹ La docteure Michèle Marchand est conseillère en éthique du Collège des Médecins du Québec.

des soins qu'ils jugent médicalement inappropriés ou auxquels ils s'objectent pour des raisons morales. » Voilà de nouveaux repères, dont il faudrait discuter publiquement.

Et d'ajouter : « Avec les développements de la médecine, de plus en plus de décès découlent d'une prise de décisions. Mais au Québec, nous avons déjà fait beaucoup de chemin concernant le processus décisionnel dans le domaine des soins. Nous avons certains repères. D'autres restent à trouver. »

Donc, les médecins ont des repères, mais il n'est nulle part question ici du droit des personnes. Et c'est le droit de choisir que la société recherche présentement.

k) [Le Soleil – 14 mai 2010 – « La confusion règne autour de l'euthanasie » - Jean-François Cliche](http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201005/13/01-4280250-la-confusion-regne-autour-de-leuthanasie.php)

<http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201005/13/01-4280250-la-confusion-regne-autour-de-leuthanasie.php>

La Dre Michèle Marchand (voir note de bas de page no. 18) avance ce qui suit : « Je pense qu'il n'y a pas grand-monde qui a injecté assez de morphine pour faire une vraie euthanasie. Alors les médecins, quand ils disent qu'ils ont fait de l'euthanasie, je ne pense pas que cela soit vrai. Il y a eu un ou deux cas [plus sérieux], mais je crois qu'il y a probablement beaucoup de cas où les gens ont l'impression qu'il y a eu un forçage des doses de morphine, alors que ce n'est pas le cas ».

On pourrait ici se rappeler qu'à l'émission « Une pilule, une p'tite granule », le docteur Georges Lévesque a déjà dit qu'un bon jour, à l'urgence (probablement de l'Hôpital Royal Victoria), un médecin avait prescrit 10 milligrammes de morphine pour une patiente et qu'une erreur avait été faite et que la patiente avait reçu 100 milligrammes au lieu de 10. Tout le monde se rongeaient les ongles en craignant le pire, mais la patiente leur dit que ça faisait longtemps qu'elle ne s'était pas sentie aussi bien. Le corps a une très forte résistance à la morphine.

Comme le dit très bien la Dre Marchand, autant dans le domaine de la santé que chez la population en général, on confond souvent arrêt de traitement et euthanasie. La Dre Marchand explique la différence entre euthanasie et l'abandon de traitement. Quand des personnes clament haut et fort qu'il y a de très nombreux dérapages dans les pays où une loi sur l'euthanasie existe, elles devraient comprendre que ces soi-disant dérapages ont rapport avec des patients pour lesquels il n'y a plus d'espoir et, qu'alors, « l'abandon d'un traitement sans espoir avec l'accord de la famille est une décision fréquente – et qui n'a rien de criminel ».

Selon elle, « La confusion ... vient aussi du fait que la charge morale de l'arrêt de traitement est la même que pour l'euthanasie. » Puis, pour mieux confondre, la Dre Marchand y va de d'élucubrations qui n'ont aucun bon sens, suivies ensuite de questions que des médecins se poseraient mais qui ne tiennent pas la route. Elle conclut pourtant correctement que « les gens marchent sur des œufs, même si ce n'est pas illégal d'arrêter un traitement ».

Elle dit aussi que la confusion, « elle vient aussi du fait que les infirmières ne sont même pas capables de discuter d'un arrêt de traitement, et que les médecins ne vont sûrement pas se lever pour en discuter parce qu'il peut y avoir des poursuites au bout de ça ». Selon elle, « si la loi

cessait de criminaliser toute forme d'euthanasie en toutes circonstances comme elle le fait maintenant, on pourrait établir des balises plus sereinement ».

On comprend à quel point la docteure Marchand est confuse en lisant ses propos.

Un questionnaire d'une chercheuse de l'Université du Québec à Montréal, Valérie Chamberland, a démontré que 72% des travailleurs sociaux sondés « ne considèrent pas l'euthanasie comme un geste « immoral » ». 62% sont favorables au suicide assisté. Tout cela tant que ce serait bien encadré.

1) Le Devoir – 21 mai 2010 – « Euthanasie – La Hollande et la Belgique ont légalisé la mort volontaire » - (Christian Rioux ?)

<http://www.ledevoir.com/societe/16813/euthanasie-la-hollande-et-la-belgique-ont-legalise-la-mort-volontaire>

Cet article est compliqué car il fait aussi référence à un article intitulé : « Quand la souffrance est devenue insupportable » de Christian Rioux (Le Devoir), du 21 décembre 2002.

Une docteure Desmedt²⁰ du Centre du cancer des Cliniques universitaires St-Luc en Belgique cite en exemple une patiente cancéreuse qui avait demandé l'euthanasie mais qui a accepté un traitement antibiotique pour une pneumonie qui s'était ajoutée à ses autres problèmes et qui a changé d'idée. De cet exemple (parmi d'autres, on l'espère) et aussi du fait que « nous ne savons pas toujours reconnaître les troubles psychologiques qui poussent certains patients à demander l'euthanasie », la docteure décide « que l'euthanasie aurait dû demeurer une transgression en Belgique ». N'est-ce pas un peu trop extrapoler? Quand la bible de la psychiatrie est en pleine révision pour devenir le DSM-5 où il est probable que le nombre de maladies mentales aura encore énormément augmenté, n'y a-t-il donc pas suffisamment de psychiatres et de psychologues pour évaluer les demandes d'euthanasie? Et en plus, même quand une personne a demandé l'euthanasie, n'a-t-elle pas le droit, jusqu'à la dernière minute, de changer d'idée? Évidemment, si plus de personnes choisissaient l'euthanasie, la docteure Desmedt pourrait craindre une diminution de son travail.

On constate dans l'article que la Hollande et la Belgique ont légalisé l'euthanasie, soit de « mettre fin à la vie d'un patient qui le demande expressément », ce qui devrait être la définition de l'euthanasie où qu'on en débâte. On indique que les deux lois encadrent sévèrement la pratique et « que la demande soit volontaire et mûrement réfléchie. Il faut aussi qu'elle résulte de la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspectives d'amélioration ». Pas nécessairement que le patient soit en phase terminale, à deux doigts de la mort.

La Belgique n'a pas touché à son code pénal, la Hollande l'a modifié. Et pourtant, dans le code hollandais, « l'euthanasie est un crime punissable d'au plus 12 ans d'emprisonnement, à moins qu'il ne soit pratiqué (sic – devrait être au féminin) par un médecin dans les conditions

²⁰ La docteure Marianne Desmedt est médecin au Centre du cancer, responsable des Soins continus, Clinique universitaire Saint-Luc à Bruxelles.

strictement définies par la loi » et « De même le code hollandais punit-il expressément l'incitation et l'aide au suicide ». Donc la Belgique n'a pas fait son devoir en entier selon le professeur Etienne Vermeersch²¹ de l'université de Gand qui dit : « il est impensable que la loi légalise l'euthanasie dans certaines conditions sans que le code criminel ne soit modifié et condamne l'euthanasie quand elle n'est pas pratiquée dans les conditions définies par la loi ». Le professeur Vermeersch « reproche aussi à la loi belge de ne pas tenir compte du cas des mineurs demandant l'euthanasie ». Il dit aussi : « La loi belge agit comme si les douleurs insupportables ne s'appliquaient qu'aux adultes et non aux mineurs ».

Tandis que la loi belge ne s'applique qu'aux cas terminaux, la loi hollandaise peut inclure des maladies chroniques telles la sclérose en plaques – et l'auteur de ce mémoire espère aussi que la terrible sclérose latérale amyotrophique serait définitivement incluse - même si la mort ne frappe pas encore à la porte.

La France n'a pas de loi sur l'euthanasie que son code pénal considère comme un homicide volontaire. Le cancérologue, René Schaerer²², exprime une définition simple du terme euthanasie : « l'injection volontaire létale destinée à mettre fin rapidement et paisiblement aux souffrances d'une personne malade, blessée ou handicapée ». Mais sa définition est trop simple et devrait inclure « à leur demande expresse ». Selon M. Schaerer : « L'idée même d'euthanasie passive ne ferait donc qu'entretenir la confusion avec ce qui n'est qu'une interruption de traitement ». Il a entièrement raison. Il faudrait éliminer ce terme de tous les vocabulaires et dictionnaires.

La France s'est sûrement dotée de meilleurs soins palliatifs, mais les chiffres ne sont pas donnés, car M. Schaerer dit aussi : « Le développement des soins palliatifs aurait pratiquement fait disparaître en France l'euthanasie pratiquée à l'insu du patient ». Le Pr Vermeersch a répliqué « qu'aucune statistique fiable sur l'euthanasie n'existe hors de Hollande, de Flandre et d'Australie ».

René Schaerer a le front de dire que « la mort, en tant que telle, ne peut être réellement l'objet du désir » et qu'un « acte euthanasique, en conséquence, risque de reposer sur un malentendu ». Ce cancérologue devrait visiter plus de centres de soins prolongés et cesser de prendre les gens pour des imbéciles. Quelqu'un qui prend la peine de se payer un suicide assisté en Suisse pour 30 000 \$ ne le fait pas en tant que malentendu, quand même : c'est un geste réfléchi!

* * * * *

²¹ Etienne Vermeersch est un personnage intéressant, philosophe, ancien vice-recteur de l'Université de Gand, un des fondateurs de la loi sur l'avortement et de la loi sur l'euthanasie.

²² Le Pr René Schaerer croit fermement dans les soins palliatifs. Note de l'auteur : tous voudraient bien qu'ici ces soins palliatifs soient accessibles à tous, mais c'est une infime minorité qui y a accès et, dans la plupart des cas, seulement à quelques jours de la mort prévue.

Conclusions

Sans parler des « lettres au rédacteur », il est évident que la majorité des articles publiés sur l'euthanasie dans les journaux par des personnes autres que des journalistes proviennent souvent de philosophes, théologiens et juristes, parfois de médecins ou sont le fruit d'entrevues avec de tels personnages. Aussi, on voit que les opposants à une législation sur l'euthanasie et/ou le suicide assisté semblent bien mieux organisés et actifs²³. Il serait pourtant tellement intéressant de lire des avis de personnes bien ordinaires sans gros diplômes ronflants, de personnes qui ont vu d'autres souffrir, qui elles-mêmes ont souffert. Peut-être y aura-t-il assez de répondants à cette Commission pour nous laisser entrevoir des avis de gens ordinaires.

Tout cet encre qui a coulé ou pas coulé (grâce à l'internet, ça coule moins!) quand tout ce qu'on fait avec le processus de cette Commission, ce sont uniquement des démarches exploratoires et une étude préalable des pistes de réflexion puisque la seule autorité qui puisse entreprendre le véritable débat et créer une loi sur l'euthanasie et le suicide assisté, c'est le gouvernement fédéral dont une majorité de députés vient récemment de faire essuyer une défaite au projet de loi C-384 de la députée Francine Lalonde.

On peut donc imaginer qu'avant que les débats sur le sujet ici arrivent à provoquer l'adoption d'une loi, ça va prendre au moins les 15 ans et plus que ça a pris à la Hollande, sinon plus car nous aimons tergiverser longtemps avant d'agir, sans compter que la décision revient aux autorités fédérales. Ce ne sera sûrement pas pendant le règne de monsieur Harper et ses conservateurs qu'on verra un débat honorable et équitable sur le sujet.

On semble penser que ce sont surtout des gens souffrant de cancers ou de maladies horriblement débilitantes telles la sclérose latérale amyotrophique, des AVC complètement paralysants, la dystrophie musculaire qui demanderaient l'euthanasie ou l'aide au suicide. On pense rarement aux personnes souffrant de maladies chroniques très douloureuses, souvent et éventuellement handicapantes et débilitantes. Quand on ne peut offrir des soins palliatifs qu'à de rares personnes en fin de vie, on ne peut ni ne veut penser qu'il pourrait y avoir un grand nombre de gens dont la souffrance est quotidienne, constante mais souvent avec des pics aigus horribles, qui perdent peu à peu leur autonomie mais pas de façon évidente qui, eux, auraient besoin de soins palliatifs non seulement sur quelques semaines, mais sur plusieurs années. Donc on les balaie sous le tapis, on les ignore.

* * * * *

Note :

Le Document de consultation de la Commission a été publié seulement fin mai 2010 et l'échéance du 16 juillet 2010 pour préparer un mémoire s'est faite courte, surtout avec les récentes vagues de chaleur, alors les annexes se tiennent moins bien que le reste de mon mémoire

²³ Vivre dans la Dignité, entre autres : <http://www.vivredignite.com/>

mais servent néanmoins à étoffer avec des informations additionnelles où j'ai puisé pour faire comprendre ma pensée et mes raisons personnelles pour désirer une loi sur l'euthanasie et sur le suicide assisté en plus de mes expériences personnelles.

* * * * *

Pour finir, peut-être, cette citation de Jacques Bénigne Bossuet (1627-1704) dans l'Oraison funèbre d'Yolande de Montherby : « C'est un fameux problème qui a été souvent agité dans les écoles des philosophes, lequel est le plus désirable à l'homme, ou de vivre jusqu'à l'extrême vieillesse, ou d'être promptement délivré des misères de cette vie. »

Josette Lincourt
juillet 2010

Dans cette annexe, le premier document d'intérêt consulté est « **L'Actualité médicale** » du 20 mai 2009, Vol. 30, numéro 11 dont les 17 premières pages sont consacrées à l'euthanasie.

Puis il y a des textes de blogues, dont certains auxquels j'ai participé.

J'ai ensuite ajouté une liste des événements et causes médiatisées qui nous démontre que ce n'est pas d'hier que l'euthanasie et/ou le suicide assisté font la manchette.

Plus loin, quelques statistiques, même si elles sont plutôt rares. Pourtant, ce qui est évident, c'est que ce ne sont pas de grands nombres de personnes qui recourent à l'euthanasie et/ou au suicide assisté. En fait, en Hollande, la moyenne depuis la loi serait d'environ 2 000 euthanasies par année. Considérant que la population de la Hollande (Pays-Bas) se situe à environ 16 millions, on pourrait extrapoler qu'au Québec, si une loi devenait réalité, il y aurait peut-être jusqu'à 1 000 euthanasies (et ça, c'est, numéro un, si on trouve des médecins; et, numéro deux, si on trouve des médecins prêts à la pratiquer), et qu'au Canada, avec ses 35 millions, ce chiffre s'élèverait peut-être aux environs de 2 200 euthanasies « si la tendance se maintient », pour ainsi dire.

Ensuite, j'ai mis quelques liens vers des articles intéressants qui seraient trop longs à citer.

* * * * *

« **L'Actualité médicale** », 20 mai 2009, Vol. 30, numéro 11
http://www.lactualitemedicale.com/pdf/archive/Vol_30_no_11_20052009.pdf

Parmi les titres des articles de ce dossier de Denis Méthot²⁴, on trouve :

Réponses à une question posée précédemment, probablement dans le Vol. 30, no 10 :

« Si le suicide assisté était légal, accepteriez-vous de le pratiquer ? »

Les « pour » : (les raisons)

- Je pense que l'être humain a le droit de choisir de ne pas endurer une souffrance qui surpasse sa qualité de vie.
- J'ai toujours détesté voir souffrir sans justification un malade en phase terminale.

²⁴ Denis Méthot est journaliste et photographe.

- En suivant des patients en CHSLD, il est évident qu'à un certain moment, il n'y a plus aucune qualité de vie et ce serait rendre un grand service à certaines personnes.
- Oui, à condition d'avoir des paramètres de sélection des candidats clairs et bien établis.
- Oui, en tant qu'élément de choix de fin de vie d'un patient lucide ou qui a manifesté clairement un tel choix dans un testament biologique.
- Le patient doit pouvoir compter sur le soutien de son médecin dans tous les stades de la maladie. Si le patient se trouve en phase terminale et désire mourir, il serait lâche de l'abandonner.
- Je crois que là où la médecine ne peut plus soulager des douleurs ou des conditions intolérables (et ces situations existent malheureusement), la médecine doit pouvoir offrir au patient le soulagement qu'il désire.
- Oui, dans un contexte du diagnostic fatal où l'on parle aussi d'euthanasie active pour alléger les souffrances d'une personne déjà mourante ou encore lors de souffrances prolongées où il ne subsiste aucune qualité de vie.

Les « contre » : (les raisons)

- Non, j'offrirais plutôt à un malade en phase terminale de faire appel à toutes les ressources de la médecine pour le soulager adéquatement. Je tenterais de l'aider à faire face à la mort, mais je ne le ferais pas mourir !
- Non, la vie ne m'appartient pas.
- On ne peut demander à une personne, même médecin, de pratiquer un suicide assisté, indépendamment de ses convictions personnelles. Légal ou non, ce n'est pas à l'humain de décider, fût-il juge de la Cour suprême.

« Euthanasie – Les médecins bientôt à l'heure des choix »

Recommandations au Collège : « Dans certaines situations très particulières, l'euthanasie pourrait faire partie des soins appropriés »

Euthanasie et mort assistée : « Il faut que les médecins entrent dans le débat », Le Dr Yves Robert²⁵.

²⁵ Le Dr Yves Robert est secrétaire du Collège des Médecins.

« Le milieu médical s'est-il approprié la fin de vie? »

Dans un livre intitulé *La théologie de la médecine : fondements politiques et philosophiques de l'éthique médicale* (Paris, Payot, 1980), le psychiatre américain Thomas Szasz écrit que « le sentiment religieux s'est déplacé de la cathédrale à l'hôpital ». Considéré par ses pairs comme un avocat du droit au suicide, il avait dans son article « The Ethics of Suicide », relate-t-on dans *Encyclopédie sur la mort*, attaqué le pouvoir du médecin face au suicidant qui est transformé en malade mental. Selon le Dr Szasz, il faut éviter une sacralisation de la vie en revendiquant une mort choisie par l'individu, et non par le corps médical. Cette pensée fit scandale dans les années 1970 et 1980; elle heurte encore aujourd'hui les adversaires de l'euthanasie.

« Euthanasie et suicide assisté : de quoi parle-t-on? »

« Mort assistée au Canada – Ottawa étudierait sous peu un projet de loi privé » : on sait que ce projet a été rejeté.

« Avant de pratiquer une euthanasie – Une confirmation écrite du patient et une confirmation du diagnostic d'un deuxième médecin »

« Suicide assisté et euthanasie – Laissons la porte ouverte à certains cas particuliers, croit le ministre Bolduc »

Comme tant de médecins, le Dr Bolduc tergiverse et verrait bien qu'on laisse la porte entrouverte à certains cas particuliers... Au moins, il est contre les soins inutiles. Il dit : « En tant qu'intervenant, il faut appliquer les principes de soins palliatifs pour permettre à la personne en fin de vie de garder toute sa dignité dans son cheminement vers la mort. » tout en ignorant combien de lits de soins palliatifs existent dans la province!

« Témoignage d'un médecin français – Le Dr Bernard Senet a pratiqué 60 euthanasies »

Il dit quelque chose de particulièrement intéressant : « J'ai calculé, lors de ma visite au Québec, que 900 personnes par an se tourneraient vers l'euthanasie. »

À la page 19, j'avais extrapolé environ 1 000 selon les informations sur la population de la Hollande, alors cet homme calcule environ la même chose.

Le docteur Marcel Boisvert²⁶, favorable à l'euthanasie : « L'enjeu n'est pas l'opinion de chacun, mais le sort d'un mourant »

²⁶ Le Dr Marcel Boisvert a œuvré en soins palliatifs, est membre de l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité.

« La personne qualifiée qui aide un mourant, à sa demande, à se délester avec respect et compassion du fardeau qu'est devenue sa vie, n'est pas un assassin qui donne la mort, mais un humaniste charitable, respectueux du droit que confère le caractère sacré de la personne de finir son existence selon ses valeurs profondes. »

Des médecins prennent une autre voie : « Thérapie existentielle et thérapie de la dignité plutôt qu'euthanasie »

Le Dr Pierre Gagnon²⁷, psychiatre en oncologie – mais le cancer n'est pas nécessairement la maladie la plus douloureuse! – prône une thérapie existentielle et après 3 ans, les gens ne voient plus que du négatif, mais si on a juste ajouté 5 ans de vie avec des traitements dégueulasses, il ne leur en reste que donc deux pour mieux vivre leur mort lente? Et il dit que les médecins en soins palliatifs possèdent des molécules plus puissantes... eh oui! Anesthésions complètement le malade pour qu'il puisse vivre plus longtemps. Mais est-ce une vie?

« Pour ou contre l'euthanasie »

Maison Michel-Sarrazin, à Québec : « Le recours à l'euthanasie toujours exclu »

« Soins palliatifs et mourir médicalement assisté » par Denis Méthot

« À l'heure de votre mort – Qui sera votre compagnon (compagne) de passage? » par Michel Dongois

« Le suicide assisté masque-t-il une défaite relationnelle? », Dr Guy Ausloos²⁸

* * * * *

Mes interventions sur des blogues :

Blogue de cyberpresse...

Cyberpresse – 15 février – « Comment voulez-vous mourir? » - Nathalie Collard

<http://blogues.cyberpresse.ca/edito/2010/02/15/comment-voulez-vous-mourir/>

J'ai écrit : « Il y a des autruches et des gens comme gillesménard qui espèrent mourir dans leur sommeil ou des suites d'un accident, bref mourir vite et ne pas sentir la grande faucheuse faire son oeuvre. Mais c'est le sort d'un petit pourcentage de personnes.

Dominic Lafrenière croit qu'il s'agit de vouloir tout contrôler. J'espère, Dominic, que vous irez faire un tour dans nos hôpitaux, dans les CHSLD, même au domicile de personnes âgées qui sont

²⁷ Le Dr Pierre Gagnon est un psychiatre spécialisé en oncologie à l'Hôtel-Dieu de Québec.

²⁸ Pédopsychiatre consultant, formateur aux Centres jeunesse de Lanaudière, des Laurentides et de Laval.

en train de s'éteindre, pour constater que pour plusieurs, il n'y a qu'une piètre qualité de vie, que la médecine a fait en sorte que leur vie est prolongée (avec les vaccins anti-grippaux et Pneumovax qui font en sorte que les personnes âgées prennent de plus en plus de temps avant de mourir car on a réduit les problèmes respiratoires), que les pharmaceutiques se réjouissent de tous les produits qu'elles vendent pour mousser ce vieillissement de plus en plus grandissant, que les résidences dispendieuses (CHSLD privés ou autres) sont tout heureuses d'avoir ces mourants riches captifs parce que plusieurs sont prêts à payer cher pour que leurs malades et mourants n'aillent pas dans le système public. Ensuite, vous viendrez nous dire comment vous avez trouvé ça, des vieillards de 90+ en couches, au cerveau en gruyère qui ne reconnaît souvent pas ses familiers, qui mangent de la "bouette" à cause d'une aphasie souvent présente chez les personnes très âgées, quasi complètement sourds et aveugles. Ceux qui ont peu de famille ont peu de visites et, rendus à 90+, leurs familiers ont 60+ et sont souvent eux-mêmes en mauvaise santé et essoufflés de la vie. Et s'il était possible de passer un contrat pour choisir ce genre de vie au lieu de se donner un choix pour une mort digne, revenez-nous! »

Plus loin dans le même blogue, j'ai ajouté :

« Il y a des chanceux qui semblent avoir des discussions avec les morts ("Et plusieurs m ont (sic) mentionné que dans les derniers jours de leur vie, ils ont été noyé intoxiqué dans la morphine...") et qui on vu un cas "d acharnement thérapeutique" ... hautement médiatisé"... J'sais pas où ce genre de chanceux a entendu et vu ça. Chose certaine, personne ne demande à personne de tuer son père. Mais si un père établit des documents légaux qui décrivent des conditions dans lesquelles il voudrait qu'on mette fin à ses souffrances – quand l'euthanasie et/ou le suicide assisté seront devenus acceptables et légaux – quel fils/fille sans coeur osera lui faire subir des douleurs sans nom sans agir selon ses désirs?

Monsieur Jacqo semble pencher vers le suicide s'il devient victime de douleur et de misère, et combien de messieurs Jacquo et mesdames Jacqui espéreraient plutôt qu'on les aide à mourir dans la dignité – comme on le fait pour nos animaux favoris – plutôt que de tenter un suicide qui pourrait rater et mener à un internement en psychiatrie? Pensez-y bien... »

Suivi, encore plus loin, de : « Au cas où il y aurait encore quelques lecteurs, pour mettre les pendules à l'heure, il faut dire que ce que les gens perçoivent comme étant de l'euthanasie déjà pratiquée dans nos hôpitaux n'en est pas. Quand un médecin augmente les doses de morphine en fin de vie pour contrer la douleur du mourant (souvent à quelques jours, sinon quelques heures, de la mort), il s'agit de "sédation palliative", ce qui est loin d'être de l'euthanasie. Comment allons-nous pouvoir discuter du sujet quand nous ne semblons pas comprendre les différences entre les termes sédation palliative, suicide assisté et euthanasie?

Josette Lincourt »

* * * * *

Mario Roy, 15 mars 2010, intitulé « Droit de vivre, droit de mourir »

<http://blogues.cyberpresse.ca/edito/2010/03/15/droit-de-vivre-droit-de-mourir/>

M. Roy rapporte des propos de Margaret Somerville, juriste et professeure à l'Université McGill : « Selon elle, dans les endroits au monde où la mort «volontaire» a été plus ou moins légalisée, on a vu s'étendre rapidement les «motifs» justifiant l'euthanasie. Et ce, jusqu'à perdre tout repère

moral. L'impression que «ma vie est complétée», comme pourrait le dire un candidat à la mort, est-elle vraiment suffisante, comme on le plaide maintenant ailleurs ?... »

J'aimerais avoir la preuve de ce qu'avance madame Somerville.

J'ai écrit : « Madame Somerville indique que des hommes âgés - souvent de ceux qui recourent au suicide - se servent de l'euthanasie comme substitut au suicide... Ben ouin! Faut bien avoir des diplômes de juriste et de professeurE pour dire des niaiseries comme ça!

On peut lire dans un extrait de The New England Journal of Medicine du 10 mai 2007:

<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/356/19/1957>

qu'en 2005, 1,7% des décès en Hollande étaient dus à l'euthanasie, 0,1% au suicide assisté. En 2001, avant que la loi sur l'euthanasie soit adoptée en Hollande, 2,6% des décès étaient dus à l'euthanasie, et 0,2% le résultat d'un suicide assisté. 0,4% de TOUS les décès n'auraient pas été à la demande spécifique du patient. La sédation palliative de 5,6% en 2001 aurait augmenté à 7,1% en 2007. Ce n'est quand même pas le quart de la population qu'on euthanasie en Hollande! Ce n'est quand même pas une hécatombe!

Le PubMed de janvier 1994 du National Institute for Health (États-Unis) rapportait:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8010168>

(Euthanasia: the Dutch experience)

que 79% des décisions de fin de vie avaient rapport à des gens âgés de plus de 65 ans, les raisons étant: perte de dignité - 57%, douleur - 46%, horrible façon de mourir naturellement - 46%, dépendance sur autrui - 33%.

Ceux qui n'ont jamais connu la douleur intolérable n'ont aucune idée de ce que ça veut dire. Ceux qui n'ont pas vécu avec de la douleur chronique pendant un grand nombre d'années n'ont aucune idée de ce que ça veut dire. Ceux qui n'ont jamais vu la vie des personnes pour qui tous les moindres gestes de la vie doivent être exécutés par d'autres n'ont aucune idée de ce que ça veut dire. Ceux qui ont toujours pu gérer leur vie sans avoir besoin des autres n'ont aucune idée de ce que peut être la perte totale d'autonomie.

Quand on vit avec la douleur au quotidien, on voudrait pouvoir savoir que si la situation devait empirer, il y aura une porte de sortie. C'est triste que quand une solution humanitaire existe, on laisse les gens dans le merdier, on laisse les gens tenter de se suicider et, s'ils ne réussissent pas leur coup - un gros pourcentage - on les fout à l'aile psychiatrique et on les bourre de cochonnetés qui les réduisent à l'état de poupées de guenilles. Je ne demanderais jamais l'euthanasie pour quelqu'un d'autre qui n'aurait pas prévu cette option dans ses décisions de fin de vie, mais je voudrais avoir le droit de la demander pour moi-même : c'est-tu clair ou c'est-tu pas clair? Ça ne me tente pas de devoir un jour me faire torcher par d'autres, incapable de manger autre chose que de la bouette, de devoir dépendre de personnes qui ne me sont pas familières pour mon moindre confort, si seulement je suis encore capable de demander (qui va venir me gratter le bas de l'omoplate qui me torture? me changer de couche quand ça fait deux heures et plus que j'ai pissé et chié dedans?) Pardonnez mes longueurs. Je vais commencer à préparer un mémoire pour la Commission sur l'euthanasie bientôt.

Josette Lincourt »

* * * * *

Blogue de l'édito – Ariane Krol – du 27 mai 2010, intitulé « Peut-on mourir dignement? » :
<http://blogues.cyberpresse.ca/edito/2010/05/27/peut-on-mourir-dignement/>

J'ai écrit : « J'espère que nombreux seront ceux qui ne se contenteront pas de "bloguer" sur le sujet, mais qui prendront la peine d'assister aux séances de la Commission en temps et lieu et même d'écrire un mémoire d'ici le 16 juillet. Allez en grands nombres consulter le site de l'Assemblée nationale. C'est le sujet de l'heure et on y explique comment on peut participer à cette Commission. Évidemment, une date limite du 16 juillet pour agir, c'est proche, considérant que le document de consultation est sorti de sa coquille seulement le 25 mai!

J'espère aussi que ceux qui pensent qu'une loi sur l'euthanasie va ouvrir la porte à des dérapages vont mieux se renseigner, sur des sites qui ne sont pas présentés par des sectes. Une loi sur l'euthanasie, c'est pour offrir un choix aux personnes qui désireraient qu'on mette fin à LEUR vie, pas à celle de mémé, mononcle, etc. »

J. Lincourt

* * * * *

Canoe, 16 juin 2010 (il m'a été impossible de retrouver ce blogue, mais de mémoire, je crois que monsieur Yvon Bureau²⁹ qui œuvre pour une fin de vie digne suggérait que les gens se procurent le Document de consultation.

Commission - mourir dans la dignité: « C'est malheureux que monsieur Bureau n'ait pas pensé à dire que le questionnaire de la Commission existe aussi en ligne :

www.assnat.qc.ca

En plus, n'importe qui peut présenter un mémoire d'ici le 16 juillet (en ligne aussi). Toute personne peut s'inscrire pour participer aux auditions publiques qui auront lieu à l'automne. »

* * * * *

Commentaires sur d'autres blogues (auxquels je n'ai pas participé)

<http://raymondviger.wordpress.com/2009/10/03/decriminalisation-du-suicide-assiste-et-euthanasie-2/>

Dans ce blogue intitulé « Décriminalisation du suicide assisté et euthanasie », Raymond Viger dit très intelligemment :

« L'objectif de décriminaliser le suicide assisté et l'euthanasie n'est pas d'augmenter le nombre de suicide (sic), mais de le diminuer, de retarder l'instant d'un passage à l'acte, d'offrir un encadrement pour s'assurer qu'on va mettre en place tous les moyens pouvant arrêter ou diminuer la souffrance, s'assurer d'aider la personne à apprendre à vivre avec certaines souffrances et surtout, s'assurer que la personne qui veut mourir se donne le droit de changer d'idée. »

²⁹ Yvon Bureau, un « boomer » comme l'auteur de ce mémoire, a œuvré comme travailleur social à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Il détient une licence en théologie, un certificat en journalisme et une formation en thérapie d'impact et d'autres connaissances intéressantes. Il œuvre depuis longtemps pour une fin de vie digne car il a vu son père décéder à l'hôpital dans des circonstances qui ont dû être moins que dignes.

Dans ce blogue, les autres intervenants dont Brian Mishara, spécialiste reconnu dans la prévention du suicide, Suzette Gill qui est en soins palliatifs (est-elle toujours?) et qui croit en la valeur de sa douleur, puis Isabelle Martineau qui est intervenante auprès de personnes en phase terminale, sont contre l'euthanasie et le suicide assisté.

On y donne les liens à d'autres blogues, dont :

<http://blogues.cyberpresse.ca/lagace/2010/05/27/suicide-assiste-la-vie-cest-fort-en-maudit/>

Dans ce blogue de Patrick Lagacé du 27 mai intitulé « Suicide assisté : la vie c'est fort en maudit », il nous informe que dans les états d'Oregon et de Washington, états qui encadrent le suicide assisté, même pas 100 personnes pour chacun des états ont choisi le cocktail mortel.

Un graphique sur ces décès se trouve sur :

<http://www.deathwithdignity.org/media/uploads/OregonYear12Report.pdf> (Oregon, depuis 1997)

<http://www.deathwithdignity.org/media/uploads/Washington2009Report.pdf> (Washington, depuis 2009)

Ce qui est très clair, c'est que personne ne se précipite sur l'occasion, mais au moins, ils en ont l'option.

Autre chose qui revient très souvent à la lecture de divers blogues et aussi de lettres aux rédacteurs de divers journaux c'est que de nombreuses personnes ne savent pas faire la différence entre suicide assisté, euthanasie, sédation palliative, etc.

* * * * *

Événements et causes médiatisées impliquant l'euthanasie et/ou le suicide assisté

1982³⁰ Le docteur Nacham Gal est accusé du meurtre par compassion de Candace Taschuk (injection de morphine). Elle était sévèrement invalidée.

Mars 1983 Le juge McKenzie de la Cour Suprême de Colombie-Britannique renverse la décision du juge Bryne de la Cour provinciale de C.-B. devant permettre aux parents de Stephen Dawson de refuser une chirurgie pour lui sauver la vie. Stephen, né prématurément en 1976 à Montréal, a fait une méningite, est profondément retardé, est aveugle, souffre de paralysie cérébrale, fait des crises épileptiques, n'a aucun contrôle de ses facultés, de ses membres, de ses fonctions corporelles : en fait, il est limité aux capacités d'un poupon de huit semaines.

³⁰ Presque toute l'information contenue dans cette partie provient de :
<http://www.allianceforlife.org/euthanasia.html>

- 1990 Norm Sterling d'Ontario veut introduire les Projets de loi 132, 131 à la législature ontarienne. Ces derniers auraient permis que les testaments de fin de vie soient respectés, ainsi que les « power of attorney » pour la cessation des traitements.
- Mars 1991 Robert Wenman, MP, présente un Projet de loi à titre privé (Bill C-351) sur le refus et la cessation de traitement pour les patients en fin de vie. Ce Projet de loi est défait en février 1992.
- 16 mai 1991 Projet de loi C-203 de Robert Wenman.
- Mai 1991 Chris Axworthy, MP, présente un projet de loi à titre privé (C-261) pour permettre l'euthanasie active sur demande (défait en novembre 1991). Norm Sterling retire donc aussi ses projets 131 et 132.
- 1990-1991 Un médecin de C.-B. qui aurait donné une surdose de morphine à deux patients âgés n'est ni poursuivi ni censuré par le Collège des Médecins et Chirugiens de C.-B.
- 1991 La Société pour le Droit de Mourir au Canada est fondée pour tenter d'éliminer les lois qui empêchent l'euthanasie et le suicide assisté.
- Janvier 1992 **Nancy B.** une jeune femme de Montréal devenue grabataire et sous respirateur suite au syndrome de Guillain-Barré fait appel à la justice après que le personnel hospitalier eut refusé d'enlever le respirateur. Elle en obtient le droit. En février, elle décide de cesser tout traitement et elle décède. Les « pro-vie » disent qu'il ne s'agit pas d'euthanasie mais de cessation de traitement.
- Automne 1992 **Sue Rodriguez** (C.-B.) veut mettre fin à sa vie (SLA) avec l'aide de la Société pour le droit de mourir. Elle veut que la cour décide que le paragraphe 241 du Code criminel est inconstitutionnel. Sa requête est rejetée. Elle ira en appel auprès de la Cour suprême.
- Mars 1993 – La Cour d'appel maintient que le paragraphe 241 est une protection nécessaire pour les plus faibles de la société.
- 30 septembre 1993 – La Cour Suprême rejette l'appel de Sue Rodriguez. Le gouvernement crée le Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté.
- 12 février 1994 – Sue Rodriguez décède des suites d'un suicide assisté. Le nom du médecin présent n'est jamais divulgué. Svend Robinson, MP, admet avoir assisté au décès de Sue.
- Février 1993 Ian Waddell, MP, présente un projet de loi qui implore le gouvernement de décriminaliser le suicide assisté.

- 30 septembre 1993 En relation avec l'affaire Sue Rodriguez, le gouvernement crée le Comité Spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté.
- 1994 Le Comité du Sénat tient des auditions publiques dont la soumission s'oppose à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté et requiert plus de soutien public pour des soins palliatifs. Ce comité n'est jamais parvenu à un consensus sur l'euthanasie ou le suicide assisté, mais a fait des recommandations unanimes concernant les soins palliatifs.³¹
- Juin 1995 Le Comité spécial du Sénat décide de ne faire aucun changement au paragraphe 241. On maintient l'euthanasie comme étant un acte criminel, mais le Comité recommande qu'une troisième catégorie de meurtre soit considérée, le meurtre par compassion.
- 24 octobre 1993 **Robert Latimer** admet qu'il a tué Tracy, sa fille de 12 ans. Elle souffrait de paralysie cérébrale et d'une hanche disloquée qui lui causait des douleurs terribles. Il est arrêté et accusé de meurtre.
- 16 novembre 1994 – Robert Latimer est trouvé coupable de meurtre au second degré, même si la préméditation aurait dû en faire un meurtre au premier degré. Il est condamné à 10 ans de prison. Il fait appel de sa sentence.
- Juillet 1995 – La Cour d'appel de Saskatchewan maintient la condamnation de Latimer. Un appel est logé à la Cour Suprême parce que les jurés se sont fait demander leur avis sur l'avortement et l'euthanasie avant d'être choisis.
- Février 1996 – La Cour Suprême accepte d'entendre l'appel Latimer.
- Février 1997 – La Cour Suprême accorde un nouveau procès à Latimer (erreurs de la GRC et de l'avocat de la demande).
- Octobre-novembre 1997 – Le deuxième procès de Robert Latimer commence. Il est jugé coupable de meurtre au second degré.
- 1^{er} décembre 1997 – Le juge G.E. Noble condamne Robert Latimer à deux ans moins un jour, refusant la peine d'emprisonnement à vie habituelle.
- 19 décembre 1997 – Robert Latimer est relâché sous caution.
- 23 novembre 1998 – La Cour d'appel de Saskatchewan décide que R. Latimer doit passer au moins 10 ans en prison. R. Latimer fera appel en Cour Suprême.
- 6 mai 1999 – La Cour Suprême entendra l'appel de Robert Latimer.

³¹ <http://news.catholique.org/analyses/14069-pourquoi-combattre-l-euthanasie>

18 janvier 2001 – La Cour Suprême du Canada décide à l’unanimité que R. Latimer doit passer au moins 10 ans en prison. Dans sa décisions de 37 pages, la cour déclare que Latimer avait d’autres alternatives moins dévastatrices et irrévocables que sa décision de mettre fin à la douleur horrible et à la disfiguration de sa fille. Il ne reste à R. Latimer qu’à implorer le cabinet fédéral d’exercer la prérogative royale de la compassion et le lui accorder un pardon à mi-chemin de sa sentence.

29 novembre 2001 - La Coalition pour la prévention de l’euthanasie présente une pétition avec 31,500 signatures de canadiens au MP libéral Paul Steckle. La pétition soutient les besoins des personnes avec des incapacités et les autres canadiens vulnérables en demandant que soit rejeté l’usage de la prérogative royale de compassion pour Robert Latimer.

14 décembre 2001 – L’association canadienne pour les droits civils présente une pétition de plus de 60,000 signatures au bureau du Procureur général fédéral, Lawrence MacAulay, pour implorer la clémence pour Robert Latimer et la fin du minimum obligatoire pour les sentences d’incarcération.

« Cette pétition a été largement médiatisée par la Presse canadienne et par la CBC et dans les journaux à travers le pays. Entretemps, la pétition du 29 novembre présentée par la Coalition pour la prévention de l’euthanasie qui voulait que toute clémence soit refusée à Robert Latimer a été ignorée par les médias. »

16 mai 2002 – La Cour Suprême du Canada décide de ne pas rouvrir la cause Robert Latimer après avoir considéré qu’il était légitime d’appliquer la prérogative de compassion pour réduire sa sentence.

23 février 1994 Un comité sénatorial spécial est constitué pour examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l’euthanasie et à l’aide au suicide.

Octobre 1995 Mary Jane Fogarty de Nouvelle-Écosse est trouvée coupable d’avoir aidé au suicide de son amie Brenda Barnes (surdose d’insuline). Elle est trouvée coupable mais reçoit une sentence suspendue, trois ans de probation et l’ordre de faire 300 heures de services communautaires.

6 mai 1997 La police arrête la **Dre Nancy Morrison** et l’accuse du meurtre au premier degré de Paul Mills, décédé à l’Hôpital général Victoria.

6 novembre 1997 – L’accusation contre la Dre Nancy Morrison d’Halifax est réduite au meurtre non prémédité.

27 février 1998 – Les charges contre la Dre Nancy Morrison sont abandonnées.

- 20 novembre 1998 – L’avocat de la couronne de Nouvelle-Écosse tente de raviver la cause contre la Dre Nancy Morrison. Un juge étouffe cette tentative.
- 30 mars 1999 – La Dre Morrison accepte une réprimande dans le cas du décès de Paul Mills.
- Juillet 1997 Le coroner en chef de l’Ontario, Dr James Cairns, dit que les meurtres par compassion sont à la hausse, mais ne peut fournir de chiffres.
- 24 septembre 1997 **Le plus important groupe pédiatrique de Grande-Bretagne émet un guide aux médecins quand au moment où ils devraient laisser mourir les enfants très malades.**
- 26 juillet 1997 **La Cour Suprême des Etats-Unis laisse les décisions sur le suicide assisté par un médecin aux 50 états. La cour déclare que les américains en fin de vie n’ont pas un droit constitutionnel au suicide assisté par un médecin, mais la cour n’empêche pas les divers états de légiférer et de le permettre.**
- 4 novembre 1997 Svend Robinson dépose la motion M-123 pour demander la création d’un comité spécial chargé d’examiner les dispositions du *Code criminel* touchant l’euthanasie et l’aide médicale au suicide et de préparer un projet de loi. Motion rejetée le 25 mars 1998.
- Novembre 1998 Le cas Andrew Sawatzky de l’Hôpital général de St. Boniface au Manitoba. Cet homme est gravement malade. En octobre, deux cliniciens éthiciens incluent un « DNR » (ne pas ressusciter) dans son dossier. L’épouse clame que c’est contre ses désirs. Pourtant, au printemps précédent, madame Sawatzky avait refusé de consentir à l’insertion d’un tuyau de trachéotomie pour son époux et le droit sur les soins était passé à la Curatelle publique.
- Mai 1999 Une enquête du coroner sur le décès de Herman Krausz à l’Hôpital général Juif de Montréal. L’hôpital l’a retiré du respirateur supposé contre les souhaits de la famille. L’enquête a révélé que c’est une politique de l’hôpital de prendre des décisions sur la vie et la mort malgré les souhaits des familles.
- M. Krausz avait à quelques reprises arraché le tuyau du respirateur artificiel. Le Dr Allen Spanier a avisé la famille qu’on allait petit à petit retirer le respirateur à M. Krausz. Le Dr Spanier (cinquantaine), directeur des soins intensifs, s’est écroulé lors de l’enquête du coroner le 27 avril 1999.
- 23 juin 1999 Une étude révèle que plusieurs médecins canadiens soutiennent la légalisation du suicide assisté et le désireraient pour eux-mêmes et leur parenté mais ne voudrait pas y participer dans leur pratique.

- Novembre 1999 Un sous-comité sénatorial est institué pour voir si les recommandation du Comité sénatorial spécial (voir 23 février 1994) font toujours l'unanimité. Dans son rapport présenté en juin 2000 intitulé *Des soins de fin de vie de qualité : chaque Canadien et Canadienne y a droit*, le sous-comité concluait à « une évolution trop lente des principes, des compétences et de l'infrastructure médicales nécessaires pour soigner les gens en phase terminale ».
- Novembre 1999 Un groupe pour le droit de mourir présente le « Debreather », un masque à gaz et un réservoir qui permet que la personne qui le porte recycle constamment sa respiration jusqu'à ce qu'elle meure de manque d'oxygène.
- 20 mars 2001 À Montréal, Rachel Capra Craig, 46 ans, est accusée du meurtre au premier degré de sa fille de 14 ans lourdement handicapée à qui elle aurait donné ce que la police appelle un « cocktail empoisonné ». Chelsea Craig souffrait du syndrome de Rett, décrit par l'Association médicale canadienne comme un désordre du cerveau qui s'attaque uniquement aux filles.
- 5 juillet 2001 Ruth Adria d'Edmonton dit que son époux a été euthanasié dans un hôpital albertain. Elle dit que l'euthanasie est de plus en plus fréquente, « que les institutions ne veulent pas dépenser pour les soins. Tout le monde sait ce qui se passe, mais cela doit être articulé quand les gens ne peuvent plus se nourrir et qu'on les laisse mourir de faim ».
- 3 octobre 2001 Herbert Lerner, 78 ans, de Côte St-Luc au Québec est condamné à cinq ans de prison pour avoir suffoqué son épouse Jenny (73 ans) avec un sac en plastique le 12 juin 2000. Lerner a plaidé coupable au meurtre prémédité et a déclaré qu'il s'agissait d'un meurtre par compassion parce que son épouse était diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer. Le juge Pierre Laberge a rejeté cette défense vu que la dame n'était qu'aux premiers stades de la maladie. Le juge déclare que Jenny Lerner ne semblait pas souffrir et qu'elle n'aurait pas demandé à son époux de mettre fin à sa vie.
- 4 janvier 2002 Maurice et Belva Baulne, un couple de C.-B. dans la cinquantaine, sont trouvés morts auprès de leur fils invalide de 34 ans dans ce qui semble un meurtre accompagné d'un suicide. Ils ont été découverts dans un véhicule récréatif garé à l'extérieur de leur maison avec un tuyau relié à l'échappement, ce qui a causé un empoisonnement au monoxyde de carbone. Une note à leur famille et amis explique leur désarroi et leur crainte que leur santé déclinante les laisserait incapables de s'occuper de leur fils qu'ils refusaient de placer en institution.
- 19 avril 2002 La Cour Suprême du Canada a écarté le cas de l'activiste des causes d'homosexuels et du Sida, James Wakeford, qui demandait un suicide assisté. Les juges n'ont émis aucun commentaire.
- 3 juillet 2002 Evelyn Marie Martens, 71 ans, de Langford, C.-B., paraît en cour provinciale, accusée de deux suicides assistés. Le 26 juin, elle aurait aidé

Leyanne Burchell, 52 ans, à se tuer à Vancouver. Elle a aussi été accusée d'avoir conseillé et aidé Monique Charest de Duncan, une ancienne religieuse du Québec, à mettre fin à sa vie le 7 janvier.

- 21 août 2002 Le résidant d'Alaska William Stivers, 82 ans, utilise un « sac pour le suicide » commandé au Canada pour se tuer, selon le Anchorage Daily News. Stivers a acheté un petit réservoir de gaz inerte et mortel et l'a rangé dans son sous-sol. Il a commandé d'une adresse au Canada un sac en plastique modifié pour conserver le gaz autour de sa tête. Le « Exit Bag », provenant de la Société pour le droit de mourir du Canada, est un sac fait de matière plastique solide pour efficacement permettre à la personne qui porte le sac de se tuer. Il est distribué avec un pamphlet intitulé «The Art & Science of Suicide » (traduit : L'art et la science du suicide).
- 16 septembre 2002 Le centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto émet pour les médecins qui traitent des patients en fin de vie un guide qui identifie *l'intention* du médecin qui administre des narcotiques et des sédatifs quand à la distinction cruciale entre les soins palliatifs – gestion de la douleur et de la souffrance sans traiter la maladie – et la mort assistée (l'euthanasie/le suicide assisté).
- 28 janvier 2003 La fondation Trillium d'Ontario, une agence du ministère de la Culture du gouvernement ontario, a accordé 177 800 \$ sur trois ans au groupe pro euthanasie « Dying with Dignity » pour créer un projet pilote de programme de consultation à Toronto. Toutefois, conseiller le suicide est illégal au Canada.
- 27 septembre 2004³² Marielle Houle aide son fils, Charles Fariala, dramaturge de 36 ans souffrant de SEP, à se suicider. « M. Fariala, un ex-infirmier du centre de soins pour malades chroniques Saint-Charles-Borromée, a reçu le diagnostic de sclérose en plaques en 2002. En moins de deux ans, la maladie dégénérative avait commencé à affecter sa mobilité et le jeune homme a dit à ses proches qu'il souhaitait mourir dans la dignité. (...) M. Fariala avait planifié sa mort dans les moindres détails, a appris la cour, qui a aussi été informée de l'étroite relation qu'il entretenait avec sa mère et du fait que tous deux avaient discuté de différentes façons pour lui de s'enlever la vie. » Madame Houle a été condamnée à trois ans de probation³³.
- 15 juin 2005 La députée Francine Lalonde présente le projet de loi C-407. Le parlement a été dissolu, il n'y a pas eu de vote.

³² <http://www.ledevoir.com/societe/justice/100339/accusee-d-avoir-aide-son-fils-malade-a-se-suicider-marielle-houle-plaide-coupable> - Le Devoir, 24 janvier 2006

³³ <http://lcn.canoe.ca/lcn/infos/faitsdivers/archives/2006/01/20060127-073600.html> - 27 janvier 2006.

- Juillet 2005 André Bergeron est accusé de tentative de meurtre sur sa conjointe qui souffrait de l'ataxie de Friedreich. Le 19 octobre 2006, monsieur Bergeron est condamné à trois mois de probation pour voies de fait graves.
- Septembre 2006 Raymond Kirk plaide coupable d'avoir aidé sa femme à se suicider. La sentence a été suspendue et monsieur Kirk a été condamné à trois ans de probation.
- Mai 2007 Stéphane Dufour d'Alma est accusé d'avoir aidé son oncle, Chantal Maltais, à se pendre. Le 21 avril 2008, l'avocat de M. Dufour a demandé que la cause se déroule devant jury. En décembre 2008, M. Dufour était acquitté.
- Juin 2007 Le Dr Ramesh Kumar Sharma est accusé d'avoir aidé Ruth Wolfe (93 ans) à se suicider. Il a été condamné à deux ans moins un jour d'emprisonnement à purger dans la communauté. Son droit d'exercer lui a été retiré.
- Juillet 2007 La GRC décide de ne pas porter d'accusation d'aide au suicide vis-à-vis Eric MacDonald : son épouse est décédée en Suisse avec l'aide de Dignitas.
- 12 juin 2008 Madame Lalonde a déposé le projet de loi C-562 (nouvelles provisions – voir Projet de loi C-407).
- 13 mai 2009 Projet de loi C-384 de Francine Lalonde.
- 12 novembre 2009 L'ancien juge Jacques Delisle, qui avait pris sa retraite pour s'occuper de son épouse malade, aurait tué son épouse qui avait subi un grave accident vasculaire-cérébral. Il sera accusé de meurtre au premier degré le 14 juin 2010.

La chronologie de travaux parlementaires et du Comité Spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté se retrouve dans le document dont le lien est :

<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/919-f.htm#9.Événements>

* * * * *

Statistiques sur l'euthanasie

Les statistiques sont plutôt rares, mais certaines informations ont été glanées ici et là.

On peut lire dans un extrait de The New England Journal of Medicine du 10 mai 2007:

<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/356/19/1957> qu'en 2005, 1,7% des décès en Hollande étaient dus à l'euthanasie, 0,1% au suicide assisté. En 2001, avant que la loi sur l'euthanasie soit adoptée en Hollande, 2,6% des décès étaient dus à l'euthanasie, et 0,2% le résultat d'un suicide assisté. 0,4% de TOUS les décès n'auraient pas été à la demande spécifique du patient. La sédation palliative de 5,6% en 2001 aurait augmenté à 7,1% en 2007.

Le PubMed de janvier 1994 du National Institute for Health (États-Unis) rapportait: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8010168> (Euthanasia: the Dutch experience) que 79% des décisions de fin de vie avaient rapport à des gens âgés de plus de 65 ans, les raisons étant: perte de dignité - 57%, douleur - 46%, horrible façon de mourir naturellement - 46%, dépendance sur autrui - 33%.

Ce n'est quand même pas le quart de la population qu'on euthanasie en Hollande! Ce n'est quand même pas une hécatombe!

* * * * *

Voici quelques renseignements sur le suicide assisté en Oregon³⁴ :

Source : <http://www.deathwithdignity.org/media/uploads/OregonYear12Report.pdf>

- En 2009, 95 ordonnances pour des médicaments létales ont été écrites en conformité avec le DWDA (« Death with Dignity Act » - Loi sur mourir dans la dignité) en comparaison à 88 en 2008. De ce nombre, 53 ont pris la médication, 30 sont décédés de leur maladie et 12 étaient encore vivants à la fin de 2009. De plus, six patients qui s'étaient vus prescrire de la médication avant 2009 sont décédés de leur médication létale, pour un total de 59 morts selon le DWDA. Ceci correspond à environ 19,3 décès sur 10,000.
- 55 médecins ont rédigé les 95 prescriptions.
- Depuis la loi de 1997, 460 personnes sont décédées de leur prescription létale.
- Comme par les années passées, la plupart des participants avaient entre 55 et 84 ans (78%), étaient de race blanche (98,3%), étaient instruits (48,3% possédaient un baccalauréat), et souffraient d'un cancer (79,7%). Les patients décédés en 2009 étaient légèrement plus âgés (âge moyen de 76 ans) que ceux des années précédentes (âge moyen de 70 ans).
- La plupart sont décédées à la maison (98,3%); la plupart recevaient des soins palliatifs à leur décès (91,5%).
- En 2009, 98,7% des personnes avaient une forme d'assurance maladie. En comparaison avec les années précédentes, le nombre de patients qui avaient une assurance privée (84,7%) était beaucoup plus élevé que dans les années précédentes (66,8%) et le nombre de patients qui n'avaient que Medicare ou Medicaid était beaucoup plus bas (13,5% en comparaison à 32%).
- Comme par les années précédentes, les principales préoccupations étaient: la perte d'autonomie (96,6%), la perte de dignité (91,5%), ainsi qu'une capacité décroissante à participer aux activités qui rendent la vie agréable (86,4%)³⁵.

³⁴ En 2000, la population de l'Oregon était d'environ 3,500,000

³⁵ Note de l'auteur de ce mémoire : C'est drôle qu'on n'indique pas la crainte d'être un fardeau pour les autres!

- En 2009, aucune des 59 personnes n'a été référée pour une évaluation psychiatrique ou psychologique formelle. Les médecins qui ont prescrit la médication étaient présents lors de l'ingestion du cocktail pour 3 patients (5,1%) en comparaison à 22,6% l'année précédente; le médecin qui avait prescrit le cocktail létal était présent lors du décès d'un des patients. Le temps entre l'ingestion du cocktail létal et le décès était de 2 minutes à 4 jours et une demie (104 heures)³⁶.
- En 2009, il y a eu une seule instance de référence à la Régie médicale de l'Oregon (Oregon Medical Board) pour n'avoir pas fourni un formulaire de consentement attesté par un témoin.

Un document plus ancien sur le suicide en Oregon fait mention d'autres **raisons pour le choix du suicide assisté** :

<http://www.euthanasia.com/charts.html>

Raisons pour lesquelles les gens ont choisi le suicide assisté en Oregon en 2002 : 84% peur de la perte d'autonomie, 84% peur de ne plus avoir des activités joyeuses, 47% pertes de leurs fonctions physiques, 37% peur de devenir un fardeau³⁷, 26% peur de soulagement insuffisant de la douleur

Décès par suicide assisté, Oregon :

1998 – 6/10000

1999 – 9/10000

2000 – 9/10000

2001 – 7/10000

2002 – 13/10000

* * * * *

Dans l'état de Washington³⁸, les informations sont :

Source : <http://www.deathwithdignity.org/media/uploads/Washington2009Report.pdf>

- Un cocktail létal a été dispensé à 63 personnes. Les prescriptions ont été émises par 53 médecins différents. Les prescriptions ont été dispensées par 29 pharmaciens différents.
- Sur les 63 personnes qui ont reçu la médication létale, 47 sont décédés, dont 36 après avoir ingéré le cocktail létal, sept sont décédées sans avoir pris le cocktail létal. Des quatre autres personnes qui sont décédées, on ne sait pas s'ils ont pris le cocktail ou non. Le statut des 16 autres personnes est inconnu.

³⁶ Ça, c'est plutôt cruel. Il faudrait s'assurer d'un cocktail qui agit promptement.

³⁷ Personnellement, je reste persuadée que si on ne suggérait pas la peur de devenir un fardeau comme une raison de désirer la mort dans des questionnaires, peu de gens y songeraient.

³⁸ Population de l'état de Washington en 2000 : environ 5,900,000

- Des 47 participants qui sont décédés, les caractéristiques étaient : âgés entre 48 et 95 ans; 94% vivaient à l'ouest des Cascades; 79% avaient un cancer; 9% souffraient de maladies neuro-dégénératives incluant la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig); 12% souffraient de maladie respiratoire ou d'autre maladie; 89% avaient soit des assurances privées, Medicare ou Medicaid.
- Des 47 participants décédés, 41 certificats de décès furent émis dont les caractéristiques étaient : 98% étaient de race blanche, non hispaniques; 46% étaient mariés; 61% avaient fait des études dépassant le secondaire.
- Des 47 participants décédés, des formulaires « After Death Reporting » existaient pour 44 d'entre eux : leurs préoccupations de fin de vie incluaient : tous étaient inquiets de perdre leur autonomie; 82% craignaient la perte de dignité; et 91% ne voulaient pas perdre leur capacité à participer aux activités qui rendent la vie agréable.
- Des 36 participants qui ont ingéré la médication létale et sont décédés : 94% étaient à la maison et 72% recevaient des soins palliatifs quand ils ont pris le cocktail létal. Il y a eu des complications dans l'ingestion de la médication chez trois individus. Les Urgences ne furent jamais appelées pour intervenir après l'ingestion du cocktail létal; les Urgences furent appelées pour établir le décès de deux participants.

* * * * *

Liens vers des articles intéressants :

Sujet : la mort de Chantal Sébire (en 2007 ou 2008) qui a fait la manchette :

<http://www.ledevoir.com/societe/ethique-et-religion/181760/deces-mysterieux-apres-un-refus-d-aide-a-la-mort-l-autopsie-n-a-pas-elucide-la-mort-de-chantal-sebire>

Sujet : Ce document du 14 avril 2009 contient une entrevue du docteur français Bernard Senet qui soutient ardemment l' « IVV » (interruption volontaire de la vie) :

<http://www.ledevoir.com/societe/245626/l-entrevue-pour-le-droit-d-aider-la-mort>

Le docteur Senet avait été interviewé à Radio-Canada par Michel Désautels le 15 avril 2009.

Ce site de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité est plein de renseignements sur le sujet de l'euthanasie :

<http://www.admd.net/etranger/rpresse-canada.htm>

dont en voici des extraits.

Des chiffres :

<http://www.admd.net/etranger/paysbas.htm>

Association pour le droit de mourir dans la dignité

Une étude publiée dans *The Lancet* le 1^{er} août 2003 indique que l'adoption de la loi n'a presque pas eu d'incidence sur le nombre d'euthanasies pratiquées aux Pays-Bas.

- nombre de demandes : 1990 : 25 100 - 1995 : 34 500 - 2001 : 34 700
- euthanasies (dont aides au suicide) : 1990 : 3 100 - 1995 : 3 600 - 2001 : 3 780

Cette association présente aussi des **raisons de légiférer sur l'euthanasie** :

<http://www.admd.net/droit/sixraisons.htm>

Association pour le droit de mourir dans la dignité

André Comte-Sponville suggère six raisons de légiférer sur l'euthanasie. Avant de présenter ses arguments, voici une citation que j'espère être d'André Comte-Sponville (aucune autre attribution dans le texte) :

« Certes, c'est la vie qui vaut, mais elle vaut d'autant plus qu'elle est davantage libre. C'est en ce sens que le Comité consultatif national d'éthique a raison de parler d'une exception d'euthanasie. Qui dit exception dit règle. La règle, évidemment, c'est le respect de la vie humaine, mais respecter vraiment la vie humaine, c'est aussi lui permettre de rester humaine jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la mort inclusivement. »

Premier argument :

Celui pour lequel il faut une loi, c'est l'idéal républicain. On ne peut pas accepter qu'une loi soit régulièrement et publiquement violée sans sanction. A chaque fois qu'un médecin, des dizaines de médecins aujourd'hui disent « j'ai pratiqué l'euthanasie, je pratique l'euthanasie, je vais continuer », aucun n'est sanctionné. C'est un mauvais coup contre la République, contre la démocratie, contre l'éducation de nos enfants. Il faut, soit sanctionner ces médecins, soit changer la loi. Je propose qu'on change la loi.

Deuxième argument :

L'euthanasie existe de fait et elle est très loin d'être exceptionnelle. Je rappelle les chiffres donnés par le professeur François Lemaire qui dirige le service de réanimation de l'hôpital Henri Mondor : sur 50 % des décès dans les services de réanimation, 50 % relèvent de l'euthanasie passive, et 10 % du total relèvent de l'euthanasie active, à savoir d'injections avec intentionnalité de décès. C'est considérable, 10% ! Autrement dit, quand bien même l'euthanasie resterait une exception pour la très grande majorité des médecins, à l'échelle de la société ce n'est plus une exception. Dès lors, on ne peut plus accepter de laisser cette question dans le silence de la loi.

Troisième argument :

Faire une loi sur l'euthanasie est la seule façon de la contrôler réellement et de combattre d'éventuelles et déjà réelles dérives. On ne dira jamais assez qu'il y a dans nos pays des services où l'on pratique l'acharnement thérapeutique, c'est vrai, mais aussi d'autres services où l'on pratique l'euthanasie à la sauvette et de manière abusive. On m'a rapporté un nombre énorme de cas de patients conscients, euthanasiés sans qu'on leur demande leur avis. Ce n'est pas de l'euthanasie, c'est un assassinat ! La seule façon de contrôler l'euthanasie, c'est qu'il y ait une loi : dès lors que l'euthanasie est censée ne pas exister aucun contrôle n'est possible. Comment voulez-vous contrôler le néant ? Reconnaissons que l'euthanasie existe, légiférons justement pour

combattre le risque de dérive et pour instaurer un certain nombre de contrôles en amont et en aval. De ce point de vue, les exemples des Pays-Bas et de la Belgique sont tout à fait intéressants.

Quatrième argument :

Le plus désagréable, le plus glauque, mais enfin il faut bien en parler aussi. C'est le coût économique de l'acharnement thérapeutique. Un médecin me disait que la moitié de ce que dans notre existence, nous allons coûter à la Sécurité sociale, nous le lui coûterons dans les six derniers mois de notre vie. Quand c'est pour six mois de bonheur, ou simplement de bien-être relatif, ceci vaut largement le coût. Quand c'est pour six mois d'agonie pour quelqu'un qui, au contraire, supplie qu'on l'aide à mourir, je trouve que c'est payer un peu cher ces six mois de malheur et d'esclavage.

Cinquième argument :

Un argument de justice sociale. On ne peut accepter qu'il y ait dans notre pays une mort à deux vitesses. Certains, parce qu'ils ont les moyens de choisir leur clinique, parce qu'ils connaissent des médecins à l'inverse d'autres, des millions de gens qui ne sont pas maîtres de leur mort, me paraît un scandale social.

Dernier argument :

Nous ne pouvons pas laisser aux médecins ni aux proches des malades le poids d'une telle responsabilité, ou en tout cas, et pour mieux dire, nous ne pouvons pas les laisser porter seuls cette responsabilité. Personne ne peut bien sûr les en dispenser, mais il faut au moins que le corps social, c'est à dire la démocratie donc la loi dans l'Etat de droit, assume collectivement cette responsabilité afin que les médecins, d'une part, et les proches, d'autre part, puissent ensuite individuellement assumer la charge qui leur revient.

* * * * *

Notes sur la pauvreté

Nulle part dans le Document de consultation est-il fait mention de la pauvreté parmi les raisons qui pourraient mener des personnes âgées (ou pas), malades et souffrantes à vouloir mettre fin à leurs tourments de façon douce, après avoir vécu l'amertume. Au Québec et au Canada, on balaie la pauvreté sous le tapis. Il ne faudrait surtout pas admettre qu'elle existe chez nous, pays riche qui peut donner des milliards aux populations d'autres pays. Pourtant, le Canada suit les États-Unis de près en tant que pays qui ne s'occupe pas de ses pauvres. Une façon facile d'ignorer la pauvreté est de ne reconnaître aucun seuil de la pauvreté.

<http://www.planet.fr/mag/l-isolement-des-personnes-agees.14148.html>

L'information qui suit provient d'Europe mais peut plus que probablement être extrapolée à la population canadienne.

« Exclusion, pauvreté et dépendance

La proportion de personnes âgées habitant seules a été multipliée par trois depuis 1962. **La première forme d'exclusion sociale mise en évidence par l'enquête du Collectif est d'ordre économique, en raison des faibles revenus de certains retraités**³⁹. C'est une nouvelle forme de pauvreté, assortie d'un sentiment aigu de solitude, qui se développe.

La seconde est due à la détérioration de l'intégrité physique des personnes les plus âgées. Cette perte d'autonomie inclut une dépendance et un repli sur soi, à la source de l'isolement.

Enfin, l'enquête lève le voile sur le suicide des personnes âgées. Sujet tabou : la probabilité de se suicider à soixante-quinze ans est cinq fois supérieure à celle de se suicider à vingt ans. Et ce chiffre ne cesse de croître. »

L'article dont le lien suit est très intéressant, mais le paragraphe cité est particulièrement intéressant parce qu'il nous fait réfléchir au fait qu'il y a des états de perturbation qui ne sont pas des maladies mentales. Ça peut expliquer que la personne qui veut mourir n'est pas nécessairement dépressive, mais réagit à sa situation.

<http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2469>

Pauvreté et risques pour la santé mentale⁴⁰

³⁹ Dans presque toutes les interventions que j'ai lues, l'aspect de la pauvreté des personnes âgées (ou pas) et souffrantes ne semble jamais faire partie de l'équation : pourquoi? Serait-ce parce qu'on ne veut pas admettre qu'il y a un grand nombre de personnes âgées pauvres au Canada?

⁴⁰ Jos Corveleyn et Catherine Maes. « Pauvreté et risques pour la santé mentale ». *Revue Quart Monde*, no. 184 – La Santé pour tous : pour quand ? Année 2002. Catherine Maes est psychologue et Jos Corveleyn est professeur de psychologie clinique à l'Université catholique de Leuven (Belgique)

« Donc : solitude, dépression, incapacité de garder un travail ou de poursuivre une formation, problèmes dans toutes les relations, tentation grave de suicide ou passage à l'acte... **Ces états de perturbation ne sont pas des maladies mentales**. Ce sont des états réactifs ou des réactions psychologiques compréhensibles : l'individu réagit avec son comportement, ses pensées, ses émotions, ses actes... de manière compréhensible à une situation de pression que tout un chacun vivrait pareillement comme une charge difficilement supportable. Parler de « réaction », c'est dire aussi que la plupart du temps les perturbations - si du moins elles n'ont pas duré trop longtemps - pourront disparaître dès que la source de la tension ou de la charge psychologique aura disparu. »

* * * * *

L'information qui suit est aussi européenne, mais avec la mondialisation, on peut possiblement encore extrapoler et la considérer valable ici, particulièrement puisqu'il n'y a pas de seuil de pauvreté reconnu au Canada.

http://www.senioractu.com/La-pauvrete-parmi-les-personnes-agees-plus-faible-dans-les-nouveaux-Etats-membres-de-l-UE_a6003.html

En comparaison avec la tranche d'âge des 16-64 ans, les personnes âgées risquent entre 1,5 et 2 fois plus d'être pauvres. Pour les femmes, le tableau est encore plus morose. « *En moyenne, le taux de situation à risque de pauvreté des hommes âgés dans les dix nouveaux États membres est de 6% seulement contre 10% pour les femmes dans les nouveaux États membres, 16% pour les hommes âgés dans l'UE15 et 21% pour les femmes âgées dans l'UE15* », selon le rapport. Les femmes âgées de 75 ans et plus présentent le risque de pauvreté le plus élevé.

* * * * *

Pas de seuil de pauvreté reconnu au Canada!!! C'est une HONTE!

http://www.pauvrete.qc.ca/IMG/pdf/Feuille_de_faits_sur_la_pauvrete-051007-en2pages.pdf

Quelques repères

- Il n'y a pas de seuil de pauvreté reconnu comme tel au Canada ou au Québec. Les différentes mesures illustrent chacune des aspects différents de la situation des personnes relativement au niveau de vie général.

- Le seuil de faible revenu avant impôt de Statistique Canada varie selon la taille de la famille et celle de l'agglomération. Dans une ville comme Montréal, en 2003, il était de 19 795 \$ pour une personne seule, de 24 745 \$ pour un ménage de deux personnes, de 37 253 \$ pour un ménage de quatre personnes.

- Depuis le 1^{er} mai 2005, le salaire horaire minimum au Québec est de 7,60 \$. Une personne qui travaille à temps plein quarante heures par semaine gagne donc 15 808 \$ par année. Elle ne gagne pas assez pour sortir de la pauvreté. Encore moins si elle a des personnes à charge. La moyenne d'heures travaillées par les personnes au salaire minimum tourne plutôt autour de 28 heures par semaine. Les deux tiers des personnes qui travaillent au salaire minimum sont des femmes.

- Après les Etats-Unis, le Canada est le pays de l'OCDE qui a le plus fort taux d'emploi mal payé (moins des deux-tiers du salaire horaire moyen). Un emploi sur 4 est mal payé au Canada, comparativement à un sur 8 en Allemagne et un sur 20 en Suède.

- Selon la mesure du panier de consommation établie par Statistique Canada, en 2003, il fallait 11 221 \$ à une personne seule et 22 442 \$ à une famille de deux adultes et deux enfants pour couvrir leurs besoins de base dans une ville comme Montréal, sans compter les médicaments et les soins de santé.

- En 2005, le supplément de revenu garanti aux personnes âgées, un programme de responsabilité fédérale, est de 12 389 \$, soit à peine un peu plus que la mesure du panier de consommation.

- Au Québec comme dans les autres provinces canadiennes, le régime d'aide sociale, un programme de responsabilité provinciale financé partiellement par le fédéral, constitue la protection sociale de dernier recours à laquelle une personne seule ou un couple peut recourir si ses revenus sont insuffisants. Elle est donc cruciale dans la mesure où elle détermine quelles seront les conditions de vie des plus pauvres. La prestation varie selon un critère d'aptitude présumée au travail. Cette façon de faire est beaucoup dénoncée : le coût des biens et services de base nécessaires à la survie est le même pour tout le monde. Dans tous les cas les prestations sont sévèrement en dessous de la mesure du panier de consommation. Elles ne permettent pas la couverture des besoins.

- En 2005, la protection assurée par l'aide sociale au Québec est de 537 \$ par mois, soit 6 444\$ par année, pour une personne jugée sans contraintes à l'emploi. Elle est de 651 \$ par mois, soit 7 812\$ par année, pour une personne jugée avec contraintes temporaires à l'emploi. Elle est de 793 \$ par mois, soit 9 516 \$ par année, pour une personne jugée avec contraintes sévères à l'emploi. Dans d'autres provinces canadiennes la protection est encore moindre et plus discriminatoire.

- En 2003, au Québec, environ 397 161 adultes en moyenne avaient recours en même temps à l'aide sociale. Ces ménages représentaient environ 7 % de la population en comptant les 135 988 enfants vivant avec eux et elles. Cette partie de la population ne recevait en aide sociale que 1,7% du revenu personnel disponible (coût du régime d'aide sociale, 2,7 G\$, revenu personnel disponible 156,9 G\$).

- Les deux tiers des prestataires sont jugées sans contraintes sévères à l'emploi. Parmi les prestataires jugées sans contraintes à l'emploi, le tiers déclare des revenus d'emploi tellement faibles qu'ils et elles sont en même temps éligibles à l'aide sociale. Malgré cela, les prestataires jugées sans contraintes sévères à l'emploi font systématiquement l'objet de décisions discriminatoires sous prétexte d'incitation à l'emploi.

- **Un exemple de discrimination qui fabrique la mauvaise santé.** Avec l'instauration de l'assurance-médicaments en 1998, l'accès gratuit aux médicaments prescrits a été perdu puis récupéré par les personnes âgées qui reçoivent le supplément maximal de revenu garanti et par les personnes à l'aide sociale jugées avec contraintes sévères à l'emploi. Il a été perdu et non rétabli pour les prestataires jugés sans contraintes sévères à l'emploi.

- **Un exemple de discrimination qui diminue à long terme le plancher de protection sociale pour tout le monde.** Le gouvernement québécois s'est engagé en 2004 à maintenir la valeur des prestations d'aide sociale des personnes jugées avec contraintes sévères à l'emploi en les indexant au coût de la vie à chaque année. Sous prétexte d'incitation à l'emploi, il a annoncé en même temps qu'il n'indexerait les prestations des autres prestataires qu'à la moitié de la hausse considérée du coût de la vie, ce qui a été mis à exécution en janvier 2005. Depuis 1985, les prestations d'aide sociale de

base ont perdu environ 30 % de leur valeur par défaut d'être indexées régulièrement. La prestation mensuelle de base qui était alors de 440 \$, devrait valoir plus de 750 \$ en dollars de 2005.

- De manière générale, les femmes sont systématiquement plus pauvres que les hommes. Toutes sources confondues, en 2000, le revenu de travail moyen des femmes était à 70 % de celui des hommes; à la retraite, il baissait à 64 % de celui des hommes.

* * * * *

Les chiffres donnés dans cet article de « LeDevoir.com » datent de novembre 2003 mais n'ont probablement pas augmenté de beaucoup :

<http://www.ledevoir.com/societe/40276/seuil-de-pauvrete-d-une-personne-seule-10-800>

Personne seule au Québec : 10 800 \$, mais 17 954 dans une ville de 500 000 et plus.

Couple sans enfant ou chef de famille monoparentale avec un enfant : 15 000 \$

Chef de famille monoparentale avec deux enfants ou couple avec un enfant : 18 200 \$

Chef de famille monoparentale avec trois enfants ou plus, ou couple avec deux enfants : 22 000 \$

Familles avec plus de trois enfants : 24 500 \$

Ces seuils sont le fruit des grandes pensées des décideurs de Statistique Canada (Mesure de faible revenu) et du ministère du Développement des ressources humaines du Canada (Mesure du panier à la consommation). En 2003, selon cet article, 11,9% des Québécois de l'époque, soit 890 000 personnes, n'avaient pas ce qu'il faut pour se loger, se nourrir et se vêtir. Triste bilan. Triste de penser qu'il y a des penseurs qui croient que ces montants peuvent permettre à quelqu'un de vivre. Ont-ils les yeux bandés sur le prix des loyers, sur le prix de la nourriture? Ont-ils jamais pensé que les gens ont besoin d'autres produits qui ne sont peut-être pas considérés dans leur Mesure du panier à la consommation, comme les produits pharmaceutiques avec ou sans prescription, les articles de toilette de base comme papiers hygiéniques, brosses à dents, dentifrices, etc.?

Selon des documents gouvernementaux dont :

http://www.hrsdc.gc.ca/fra/pt/psait/ctv/vm/31retraite_systeme03.shtml

En 2003, le taux mensuel maximum pour les RPC/RRQ est de \$ 801,25, soit \$ 9,615 par année.

Selon : <http://www.congresdutravail.ca/centre-daction/la-securite-des-retraites-pour-tous/reforme-de-la-securite-des-retraites-no-2-accroit>

En 2009, le montant de Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti s'élevait à 942,15 \$ mensuel pour le gros total de 11 305, 80 par année pour une personne seule et à 714,11 \$ mensuel pour chaque membre d'un couple pour le gros total par personne de 8 569,32 \$ par année, donc 17 138,64 \$ pour le couple. C'est drôle, mais personne ne semble songer que le prix d'un logement est le même pour une personne seule que pour un couple; que la facture des services hydro-électriques reste sensiblement la même qu'on soit un ou deux à la maison; que la même chose s'applique au chauffage, s'il est autre qu'électrique. C'est excitant vieillir chez nous!

* * * * *

Cerise sur le sundae : <http://www.pauvrete.org/>
Vers la fin de ce document, on trouve ce qui suit :

« Selon Statistique Canada, le nombre des femmes seules de moins de 65 ans qui vivaient dans la pauvreté au Canada est passé de 350 000 à 503 000 de 1989 à 1998. C'est une augmentation de 44%.

Le nombre des hommes seuls de moins de 65 ans qui étaient pauvres a diminué de 61% pendant la même période.

Les nombreuses coupes pratiquées par les gouvernements dans les programmes sociaux et les services de santé pendant les années 1990 obligent les personnes à faible revenu à dépenser davantage si elles tombent malades (pour payer les médicaments prescrits ou des fournitures médicales telles qu'un fauteuil roulant, de l'oxygène ou même le plâtre posé sur une fracture du bras). »

* * * * *

Je serais bien curieuse de voir où ces chiffres en sont en 2010. Il est peut-être mieux que je ne sache pas. C'est plus facile de faire les autruches, c'est moins dur.

Notes sur les soins palliatifs

Un grand nombre parmi les opposants à une loi sur l'euthanasie et/ou le suicide assisté semble croire qu'une augmentation des ressources en soins palliatifs devrait parer aux désirs des uns et des autres de mettre fin à leurs tourments. Belle utopie.

Évidemment, quand on parle de soins palliatifs, c'est surtout en pensant aux gens atteints de cancer en phase terminale, dont la mort est imminente, en fait prévisible dans les semaines qui suivent. Pourtant, il y a une pléthore de gens qui souffrent sans obtenir un soulagement adéquat à leurs douleurs parce qu'il s'agit de douleurs chroniques. Pourtant, il y a des gens souffrant de maladies terribles et horribles, comme la sclérose latérale amyotrophique entre autres, dont la mort à petit feu est d'une cruauté extrême. Il y a des gens qui souffrent continuellement mais dont le diagnostic est flou et donc on tente de les convaincre que c'est entre les deux oreilles que ça se passe. Il y a des cancers qui ne provoquent presque pas de douleur sauf en phase terminale.

* * * * *

<http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201005/02/01-4276364-bolduc-veut-deux-fois-plus-de-lits-en-soins-palliatifs.php>

« **Bolduc veut deux fois plus de lits en soins palliatifs** » - 2 mai 2010 – Frédéric Denoncourt – Le Soleil

« Le ministre de la Santé, Yves Bolduc, souhaite voir doubler le nombre de lits en soins palliatifs au Québec. Pour atteindre cet objectif, il faudrait une maison de soins palliatifs pour chacun des 95 territoires desservis par un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), croit-il.

«Notre objectif serait d'atteindre le ratio d'un lit en soins palliatifs pour 10 000 habitants, partout au Québec», a ajouté le ministre de la Santé, **qui n'était toutefois pas en mesure de dire combien on compte de lits à l'heure actuelle**⁴¹.

M. Bolduc a soutenu que la création de ce type d'établissement devait être une initiative du milieu. Ainsi, le nombre de maisons de soins palliatifs augmentera en fonction des désirs et des besoins des communautés, a-t-il continué. Ce n'est que par la suite que le ministère apportera son soutien financier pour aider au fonctionnement des établissements. M. Bolduc a soutenu que la création de ce type d'établissement devait être une initiative du milieu. Ainsi, le nombre de maisons de soins palliatifs augmentera en fonction des désirs et des besoins des communautés, a-t-il continué. Ce n'est que par la suite que le ministère apportera son soutien financier pour aider au fonctionnement des établissements.

«Généralement, la communauté fournit la maison, soit par donation ou par fondation. Mais je crois que chaque CSSS devrait avoir sa maison de soins palliatifs pour les gens en fin de vie. Cela leur évite de décéder à l'hôpital ou à la maison, où c'est parfois très difficile. Comme

⁴¹ Quelle honte! (note de l'auteure de ce mémoire).

ministre de la Santé, j'en fais la promotion.» Il existe 23 maisons de soins palliatifs au Québec. Chacune reçoit 60 000 \$ d'aide gouvernementale par lit⁴². »

Si personne n'accroche au genre de déclarations faites par notre ministre, c'est qu'on ne conçoit pas que doubler le nombre de quelque chose dont on ne connaît pas le nombre, ça n'a aucun bon sens. En sus, on laisse l'initiative de la création des établissements au « milieu ». Chaque milieu étant différent, que ce soit en situation géographique, en ressources financières et/ou autres, nombreux sont ceux qui seront encore laissés pour compte.

* * * * *

Pour aider les lecteurs à constater que la logique derrière la pensée magique de ceux qui croient que l'augmentation des ressources en soins palliatifs va éliminer tout désir de mourir chez les souffrants, voici une partie du contenu d'un document de l'Institut de santé publique du Québec de mars 2006 dont j'ai cité un extrait et souligné des informations qui me paraissent très importantes. Dans ce même document, il faut aller lire les paragraphes intitulés : « Population vieillissante », « Définition des soins palliatifs », « Trajectoires en fin de vie » parmi tant d'autres et qui ne sont pas incluses ici.

http://www.cha.quebec.qc.ca/fileadmin/cha/internet/Recherche/Actualites_scientifiques/472-SoinsPalliatifsQuebec.pdf

« Soins palliatifs de fin de vie au Québec – Définition et mesure d'indicateurs »⁴³

« La présente analyse porte sur les décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, survenus au Québec entre 1997 et 2001 chez les adultes (20 ans et plus). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les décès reliés à des maladies chroniques potentiellement fatales sont toutes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie. Parmi l'ensemble des décès, ceux qui étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie ont été identifiés sur la base de la cause de décès en utilisant une version adaptée d'un travail québécois récent⁴⁴. Les décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs ont été regroupés selon trois trajectoires de fin de vie. Une première trajectoire se caractérise par un déclin abrupt avec un moment de décès relativement prévisible et concerne essentiellement les cas de cancers; une seconde trajectoire se caractérise par un déclin progressif ponctué d'épisodes aigus avec une mort souvent soudaine et imprévue, tel que rencontré dans les décès par maladies circulatoires et respiratoires chroniques; enfin une troisième trajectoire présente un déclin graduel

⁴² On va où avec 23 maisons de quelques lits pour 95 territoires? Pour obtenir des soins palliatifs en établissement spécialisé, les mourants devront donc être déracinés et éloignés des leurs.

⁴³ Bédard, C., Major, D., Ladouceur-Kègle, P., Guertin, M.H., Brisson, J. (2006) Soins palliatifs de fin de vie au Québec : Définition et mesure d'indicateurs, Partie I : population adulte (20 ans et plus). Institut national de santé publique du Québec, mars, 160 pages.

⁴⁴ Plante H. Évaluation de la mise en oeuvre. Projet : « Vers l'établissement d'un continuum de soins et services palliatifs à l'intention des adultes en phase terminale ». Rapport 1998-2001. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001. Ce projet était coordonné par le Dr. F. Mucci. Soins palliatifs de fin de vie au Québec: définition et mesure d'indicateurs - Partie 1 : Population adulte (20 ans et plus) IV Institut national de santé publique du Québec

prolongé qui mène inexorablement vers la mort, ce que l'on retrouve chez les personnes atteintes de démence et de maladies du système nerveux. Les données proviennent du fichier des décès, du fichier des actes de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et des données du fichier du système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MedÉcho).

Au Québec, entre 1997 et 2001, 264 389 décès de toutes causes sont survenus chez les adultes âgés de 20 ans et plus. Parmi ces décès, 180 436 (69 %) ont été classés comme attribuables à une maladie chronique susceptible de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie. Bien que les personnes atteintes de cancer constituent une partie importante de la clientèle pouvant bénéficier de soins palliatifs de fin de vie (45,8 %), la majorité (54,2 %) est décédée de maladies chroniques fatales autres que le cancer (43,9 % avec une trajectoire de type II et 10,4 % avec une trajectoire de type III).

Beaucoup de personnes en fin de vie souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible, si elles ont l'assurance d'obtenir des soins adéquats et de ne pas être un fardeau pour l'entourage. Au Québec, entre 1997 et 2001, seulement 8,3 % des adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie sont décédés à domicile (9,7 % pour les personnes décédées de cancer). Ce pourcentage est nettement inférieur à ceux rapportés aux États-Unis, et au Royaume-Uni qui sont autour de 25 %.

Chez les adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie, 47,6 % sont décédés lors d'une hospitalisation en soins de courte durée (excluant les décès survenus dans des services de soins palliatifs (8,1 %)). Pour les patients atteints de cancer le pourcentage correspondant est de 49,6 %. Ce dernier pourcentage semble comparable à celui observé en Ontario.

Compte tenu du vieillissement de la population, les établissements qui dispensent des soins de longue durée sont appelés à jouer un rôle grandissant en soins palliatifs. Malheureusement, très peu de données sont maintenant disponibles sur les soins de fin de vie dispensés dans ces types d'environnements. Près de 20 % des décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie surviennent dans les établissements de soins de longue durée (centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et résidences privées conventionnées pour personnes âgées). De plus, un certain pourcentage difficile à estimer mais pouvant aller jusqu'à 8,1 % décède dans les lits de soins de longue durée des établissements de soins généraux ou spécialisés. Pour la population de 80 ans et plus ces pourcentages atteignent 32,0 % et 10,2 % respectivement.

Il est souhaitable que le décès survienne près de chez-soi et, par conséquent, près de son réseau de support social. Dans l'ensemble du Québec, 92,5 % des décès susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie sont survenus dans la région de résidence de la personne concernée (90,8 % pour les individus atteints de cancer). Ce pourcentage varie substantiellement d'une région à l'autre et est généralement plus faible pour les régions avoisinant Montréal et Québec. Par exemple, pour la région de Laval, 63,1 % des résidents meurent dans la région de Laval (57,7 % pour les personnes atteintes de cancer qui résident dans cette région).

(...)

Les urgences sont très fréquentées en fin de vie au Québec; 43,3 % des personnes décédées de maladies susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie entre 1997 et 2001 ont eu au

moins un contact avec l'urgence dans les deux dernières semaines de vie et 6 % des décès y sont survenus ou y ont été constatés (42,3 % et 3,7 % pour les décès par cancer). Les urgences sont la porte d'entrée pour 78,7 % des hospitalisations menant au décès (85,4 % pour les personnes de 80 ans et plus). Tout plan d'organisation des soins palliatifs de fin de vie doit inclure les soins dispensés dans les urgences.

Dans le dernier mois de vie, 9,5 % des personnes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie entre 1997 et 2001 ont été hospitalisées deux fois ou plus et 28,4% ont séjourné plus de 14 jours à l'hôpital (12,0 % et 35,6 % pour les décès par cancer). Ces pourcentages élevés ainsi que le faible pourcentage de décès à domicile et le fort pourcentage d'utilisation des urgences indiquent tous le besoin d'améliorer la coordination et la continuité des soins en fin de vie.

Dans le dernier mois de vie, le recours à la ventilation mécanique, à la réanimation, à la salle d'opération, aux soins intensifs devrait être relativement faible lorsque la transition vers une approche de soins palliatifs se fait de façon appropriée. Le recours à ces actes demeure encore assez élevé en fin de vie au Québec (24,7 % pour l'ensemble des personnes pouvant bénéficier de soins palliatifs de fin de vie et 15,6 % pour les décès par cancer). La diffusion de l'approche palliative en fin de vie devrait permettre une réduction du recours à des actes interventionnistes en fin de vie. La disponibilité d'instructions claires quant aux niveaux de soins, incluant la réanimation (ou la non-réanimation), en fin de vie pourrait permettre d'assurer que l'intensité des soins de fin de vie corresponde bien aux souhaits des individus concernés.

L'obtention de soins par des intervenants avec expertise en soins palliatifs dans les établissements de soins généraux ou spécialisés mérite attention compte tenu de la forte proportion des décès qui y surviennent. Le pourcentage des personnes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs de fin de vie ayant obtenu de tels soins a augmenté de 14,1 % à 26,5 % entre 1997 et 2001, mais cette expertise semble demeurer presque exclusivement accessible aux personnes atteintes de cancer. Pour les patients avec cancer, ce pourcentage atteint 33,9 % en 1997-2001. »

* * * * *

Ce qui me dérange toujours un peu et que je réitère, c'est que les soins palliatifs soient réservés seulement aux gens près de décéder dont le plus grand nombre est atteint de cancer. Les instances où des personnes sont très souffrantes et auraient besoin de toutes sortes d'aide et de soins sont un peu balayées sous le tapis. Pourtant la définition des soins palliatifs telle que lue dans le Document de consultation n'indique pas que ces soins soient réservés aux personnes dont la mort est nécessairement proche. De nombreuses personnes souffrant de maladies chroniques douloureuses et débilitantes sont plutôt laissées à elles-mêmes et n'auront droit à des soins que vers la fin de vie. Et c'est là le hic. Après avoir souffert souvent pendant des années, je serais très curieuse de voir comment ces mêmes personnes réagiraient à une offre de soins palliatifs si elles savaient qu'il ne leur reste que quelques semaines à vivre quand on les a ignorées et laissées se débrouiller avant qu'elles en soient rendues là.

Notes sur le suicide

Nombreux sont ceux qui croient que le suicide est le résultat de dépression clinique. Ce petit extrait d'un article m'a paru très intéressant car, enfin, voilà qu'on ne pense pas automatiquement que suicide ou tentative de suicide indiquent nécessairement la présence d'une maladie mentale. En prime, il y est question de la réalité de la pauvreté, réalité ardemment ignorée dans le Document de consultation.

Ce qui suit apparaît déjà sous l'annexe II, mais c'est tellement important que je réitère ici :

<http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2469>

Jos Corveleyn et Catherine Maes⁴⁵ – « **Pauvreté et risques pour la santé mentale** »

« Donc : solitude, dépression, incapacité de garder un travail ou de poursuivre une formation, problèmes dans toutes les relations, tentation grave de suicide ou passage à l'acte... **Ces états de perturbation ne sont pas des maladies mentales.** Ce sont des états réactifs ou des réactions psychologiques compréhensibles : l'individu réagit avec son comportement, ses pensées, ses émotions, ses actes... de manière compréhensible à une situation de pression que tout un chacun vivrait pareillement comme une charge difficilement supportable. Parler de « réaction », c'est dire aussi que la plupart du temps les perturbations - si du moins elles n'ont pas duré trop longtemps - pourront disparaître dès que la source de la tension ou de la charge psychologique aura disparu »

* * * * *

Suicide chez les personnes âgées

<http://raymondviger.wordpress.com/2009/03/19/suicide-des-personnes-ges-une-tentative-pour-ne-plus-souffrir/>

L'article de Lisa Melia intitulé « **Suicide des personnes âgées, une tentative pour ne plus souffrir** » informe qu'il y a 7,5 fois plus de suicides chez les hommes âgés de plus de 75 ans que dans la population générale. On attribue les raisons de suicide des personnes âgées comme suit :

« Les raisons du suicide des seniors

Dans l'univers de la vieillesse, les raisons qui conduisent une personne âgée* sont multiples et personnelles, mais on retrouve souvent le veuvage, les traumatismes liés à la guerre, la souffrance d'une maladie de longue durée, la solitude et le sentiment de ne plus servir à rien ni à personne. Ce mal-être se termine alors par la réalisation du geste irréversible, une fois sur deux. Ne pouvait-on le prévenir? Le problème, c'est que les signes de dépression sont souvent masqués chez les personnes âgées, ou considérés comme « normaux », liés à la vieillesse, malgré le

⁴⁵ Jos Corveleyn et Catherine Maes. « Pauvreté et risques pour la santé mentale ». *Revue Quart Monde*, no. 184 – La Santé pour tous : pour quand ? Année 2002. Catherine Maes est psychologue et Jos Corveleyn est professeur de psychologie clinique à l'Université catholique de Leuven (Belgique)

constat que le « désir d'en finir » est intense. Même dans la famille, on parle très souvent de suicide légitime, rationnel, d'un choix sensé. Comme si le suicide était une fin de vie anticipée, une précipitation vers cette mort de toute façon inéluctable. Mais c'est là occulter la souffrance de l'être... »

* il faut présumer que madame Melia a oublié d'indiquer « au suicide »

Personnellement, il me semble qu'on simplifie la pensée de la personne âgée, qu'on ne comprend vraiment pas la maladie chronique et ses douleurs trop souvent intenable (et les médecins et intervenants qui disent « c'est à cause de l'âge que vous avez mal » - ce qui est énervant), qu'on veut ignorer sciemment l'usure physique et mentale qui font perdre sa valeur à la vie. La science permet à beaucoup de gens de vivre trop longtemps. Même si on prend une personne âgée veuve, seule, et qu'on la transplante dans un milieu où il y a beaucoup de gens pour l'entourer, pour s'occuper d'elle, ce ne sont pas sa famille, ce ne sont pas ses amis - dont plusieurs sont déjà morts avant elle – cette personne dépérira entourée de bons soins, en demandant « au p'tit Jésus » de venir la chercher.

* * * * *

Le Devoir, 5 mai 2004 – Isabelle Paré : « **Suicide : l'échec québécois** » - Extraits
<http://archives.vigile.net/ds-actu/docs4/5-5.html>

« Le Québec ne brille pas non plus dans les comparaisons internationales, se classant au troisième rang depuis 1998, parmi 20 pays industrialisés, pour le suicide masculin et au sixième rang pour le suicide féminin. De 1981 à 1998, les taux de suicide ont pourtant chuté de façon appréciable dans la plupart des pays scandinaves et de l'Europe, sauf en Espagne et en Irlande. Hors de l'Europe, la mortalité par suicide n'a augmenté qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. »

(...)

« Au Québec, la progression est à la hausse, et cela, dans tous les groupes d'âge, même si elle est nettement plus marquée chez les hommes de 30 à 49 ans », a insisté hier Danielle Saint-Laurent, épidémiologiste à l'INSPQ.

Le taux de suicide québécois serait en effet tiré vers le haut par la surmortalité par suicide observée chez la génération des baby-boomers, et ce, depuis le début des années 1970. Avec le vieillissement de cette génération, on s'attend à observer une montée en flèche des taux de suicide chez les 65 ans ou plus au cours des prochaines décennies. »

(...)

« Selon le Dr de Leo⁴⁶, les pays industrialisés ont péché en axant trop la prévention du suicide sur les problèmes psychologiques, privilégiant une approche médicalisée du suicide. « Nous sommes capables de traiter la dépression, mais pas le suicide. Si on ne vise que les patients psychologiquement à risque, on ne va nulle part, car 80 % des autres patients nous échappent », avance ce dernier. »

⁴⁶ Le Dr Diego de Leo est professeur à l'université de Brisbane et directeur de l'institut australien de la recherche et de la prévention du suicide.

Note : La dernière phrase de ce paragraphe est très intéressante en ce sens que l'on associe presque toujours suicide à dépression, « patients psychologiquement à risque » au suicide, et c'est la deuxième fois que je lis un personnage qui a compris autrement le mécanisme du suicide.

* * * * *

Cette notion que le suicide et les idées suicidaires ne sont pas nécessairement des problèmes de santé mentale est reprise dans les extraits de l'article suivant.

[http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Documents/Quebec--
La mortalite par suicide au Quebec](http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Documents/Quebec--La_mortalite_par_suicide_au_Quebec)

« **La mortalité par suicide au Québec** », janvier 2007

Faits saillants (Extrait)

(Source : Danielle Saint-Laurent⁴⁷, Institut national de la santé publique du Québec)

« Il y a une baisse significative de la mortalité par suicide entre 1998-1999 et 2004-2005, mais celle-ci est majoritairement attribuable à la baisse chez les jeunes hommes. Malgré la baisse très importante observée chez les hommes, les hommes de 50-65 ans maintiennent leur taux élevé. La baisse de la mortalité est très importante chez les jeunes hommes. La baisse est également observée chez les femmes seulement chez les femmes de 30-40. »

« **Le sombre portrait du suicide au Québec: une lueur d'espoir à l'horizon?** » (Extrait) -

(Même lien internet que ce qui précède.)

(Source : *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006* ». Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Les analyses, p. 76-77. Institut national de santé publique, Québec avec la collaboration du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'institut de la statistique.)

« Même si les idées suicidaires et le suicide ne sont pas forcément des problèmes de santé mentale, ils reflètent néanmoins une profonde détresse psychologique et sociale des individus. »

* * * * *

Veut-on continuer de voir les suicides chez les personnes de 60 ans et plus continuer de grimper en nombres? Avec la croissance en flèche des personnes de 60 ans et plus dans notre société et le fait que beaucoup plus d'entre elles se voient dans des situations financières pas toujours très agréables, malgré la pensée populaire que les « boomers » sont riches, il y a un fort risque de voir croître les suicides dans ce groupe.

Il y a des mouvements bien organisés, dont Vivre dans la Dignité⁴⁸, pour empêcher qu'on en vienne à des lois sur l'euthanasie et le suicide assisté, et ces mouvements semblent être beaucoup plus actifs que les mouvements pro euthanasie. Mais pourquoi se forme-t-il autant de groupes qui voudraient brimer la liberté des uns et des autres? En quoi une loi sur l'euthanasie et le

⁴⁷ Danielle Saint-Laurent est épidémiologiste.

⁴⁸ Leur site internet : <http://www.vivredignite.com/>

suicide assisté nuirait-elle à ceux qui n'en veulent pas? Ils se disent défendre les personnes vulnérables... Mais une loi aurait plutôt pour objectif de permettre à des personnes qui en exprimeraient légalement le désir d'avoir accès à l'euthanasie et/ou au suicide assisté, et non de faire assassiner d'autres personnes!

Quand une personne n'en peut plus de vivre, pourquoi la condamner à se suicider bien tranquillement toute seule chez elle? Voilà pourtant un grand manque de dignité, car les façons de se suicider ne sont pas toutes propres et nettes, certaines sont très douloureuses, d'autres d'une laideur abjecte. En sus, ça ne prend qu'un peu d'altruisme pour penser au traumatisme causé aux personnes qui découvrent les cadavres des suicidés, altruisme qui semble absent chez les opposants à l'euthanasie et au suicide assisté, malgré leurs grandes déclarations au contraire. Ces opposants semblent continuer de croire à l'utopie d'un monde, d'un Canada, d'un Québec qui vont s'occuper adéquatement des personnes souffrantes qui en auraient assez de la vie.

* * * * *

Le site suivant, dont j'ai mis le lien et le tableau en dernier au cas où ce dernier causerait des problèmes, nous donne des statistiques sur le suicide au Canada. On se doute que pour les personnes de 10 à 40 ans, les raisons de se suicider sont sûrement différentes de celles des 40 ans et plus. Ce qui est étonnant, c'est le nombre assez important des 60 ans et plus, car on espère toujours que quiconque a vécu jusqu'à 60 ans devrait avoir atteint une certaine sagesse et sérénité : on se surprend à ces chiffres.

<http://www40.statcan.ca/102/cst01/hlth66a-fra.htm>

Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge – les deux sexes

	2001	2002	2003	2004	2005
Les deux sexes					
nombre de suicides					
Tous les âges¹	3 692	3 650	3 765	3 613	3 743
10 à 14 ans	27	35	27	28	43
15 à 19 ans	207	215	216	210	213
20 à 24 ans	296	277	306	270	296
25 à 29 ans	288	265	245	275	228
30 à 34 ans	326	325	295	316	283
35 à 39 ans	441	415	434	390	381
40 à 44 ans	452	432	463	409	495
45 à 49 ans	457	437	454	446	476
50 à 54 ans	389	378	404	393	407
55 à 59 ans	258	267	292	275	294
60 à 64 ans	154	174	187	174	166
65 à 69 ans	104	121	142	121	138
70 à 74 ans	125	115	105	108	99
75 à 79 ans	91	83	85	88	113
80 à 84 ans	36	58	53	63	66
85 à 89 ans	30	37	34	36	31
90 ans et plus	11	16	23	11	13

1. « Tous les âges » inclut les suicides des enfants âgés de moins de 10 ans et ceux des personnes d'âge inconnu.

Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau [102-0551](#) et produit n° [84F0209X](#) au catalogue.

Dernières modifications apportées : 2010-06-21.