

**François Primeau, MD, LCMC, DPsych, CSPQ, FRCPC, BPh, CTh**

Le docteur François Primeau est actuellement professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, à la Faculté de médecine de l'Université Laval et chef du Service de gérontopsychiatrie, au Centre de psychiatrie du CHAU-Hôtel-Dieu de Lévis, où il exerce depuis 2004. Il est directeur du programme de Fellowship clinique en gérontopsychiatrie à l'Université Laval depuis 2005. Auparavant, il a été professeur adjoint du Département de psychiatrie de l'Université McGill et gérontopsychiatre au Centre hospitalier de St-Mary de 1991 à 2004, où il a fondé un service de consultation en éthique clinique et dirigé le service de gérontopsychiatrie et le fellowship en gérontopsychiatrie : 8 fellows ont complété cette formation post-graduée sous sa direction : quatre gérontopsychiatres détiennent des positions académiques à l'Université Laval, un à l'Université McGill, un à l'Université de Montréal, un autre à Yale University et le dernier est en poste au plus grand hôpital psychiatrique de Beijing.

Le Dr. Primeau a complété ses études secondaires et collégiales au Collège Jean-de-Brébeuf, en obtenant la médaille d'argent du Gouverneur Général en 1978. Il obtenu son MD en 1983 à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, la licence du Conseil médical du Canada en 1984 et le Diplôme en psychiatrie de la Faculté des études post-graduées et de la recherche de l'Université McGill en 1987. Il a reçu son certificat de spécialiste en psychiatrie du Collège des spécialistes de la province de Québec et du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1987; il est devenu Associé de ce dernier Collège la même année.

Le Dr. Primeau a été fellow en éthique médicale clinique au Center for Clinical Medical Ethics, Pritzker Scholl of Medicine, University of Chicago en 1991. Il a été membre du comité d'éthique biomédicale du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (1994-2000) et président de la Société de Psychogériatrie du Québec de 1997 à 2007.

Le Dr. Primeau a de plus complété un baccalauréat de philosophie à l'Université de Louvain en 1990 *cum magna laude* et un certificat en théologie à la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval en 2009.

Premier médecin récipiendaire d'une bourse de formation post-troisième cycle en recherche du FRSQ en 1989-1990, et d'une bourse en recherche clinique, épidémiologique et évaluative du même organisme en 1990-1991 attribuée spécifiquement pour l'éthique médicale, le Dr. Primeau a étudié à l'Université de Louvain. Il a été également invité au Hastings Center de Briarcliff Manor, New York à titre de "Visiting Scholar" dans le cadre du programme International Scholar en 1990 et à l'Université de Chicago en tant que Fellow en éthique médicale clinique l'année suivante.

Le Dr. Primeau compte à son actif plus de 70 publications et 400 communications scientifiques, dont plus de 110 résumés publiés, tant en gérontopsychiatrie qu'en éthique. Il s'intéresse aux questions éthiques de fin de vie, à l'anthropologie médicale, au délirium, à la dépression ainsi qu'à la démence chez la personne âgée de même qu'à l'enseignement de l'éthique pour les médecins, les étudiants en médecine et les résidents en médecine familiale et en spécialité.

Le Dr. Primeau a été lauréat de 4 prix d'excellence durant ses études médicales. Il a reçu le prix du meilleur travail de synthèse de l'Association des psychiatres du Québec en 1986 pour *Démences et pseudo-démences*, et le même prix en 1987 pour *Dépression post-ACV*. En 1990, il a reçu la Bourse Detweiler du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada et en 1991, la bourse de recherche du Exchange Visitor in Medical Research à l'Université de Chicago.

Le Dr. Primeau a publié divers chapitres et articles dont : *Éthique et psychiatrie*, dans *Psychiatrie : approche contemporaine*, de Lalonde et Grundberg, chez Gaëtan Morin, en 2001; *Le défi éthique en psychogériatrie*, dans *Vieillessement et santé mentale*, de Allard, Hottin et Préville, chez Edisem en 2004; *Préface, Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, de Landreville, Rousseau, Vézina et Voyer, Edisem-Maloine, 2005. Ses derniers articles sont : *Approche du sujet âgé à l'urgence psychiatrique*, *La revue française de Psychiatrie et de Psychologie médicale*, 2000; *Troubles de comportements et psychologiques de la démence : diagnostic différentiel et traitement*, dans la même revue, 2001. Comme co-auteur: *Progress in Clinical Neuroscience : Canadian Guidelines for the Development of Antidementia therapies : a conceptual summary*, *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 2006; *Clinical Impact of Positron Emission Tomography by Coincidence System in Patients with Atypical Dementia*, *European Journal of Nuclear Medicine*, 2006. Les derniers projets de recherche auxquels il a participé sont: *Neuropsychologie des symptômes dépressifs dans les phases préclinique et débutante de la maladie d'Alzheimer*, équipe de recherche de Carol Hudon et Martine Simard, Université Laval (2006-2010) et *Cohorte historique sur la caractérisation cognitive et clinique des troubles psychotiques d'apparition tardive*, Caroline Girard, auteure principale (2008-2010).

Coordonnées :

Dr. François Primeau

143 rue Wolfe

Lévis, Québec G6V 3Z1

Tél : 418-835-7155

Fax : 418-835-7199

Courriel : francois.primeau@ssss.gouv.qc.ca



L'EUTHANASIE OU L'ALIÉNATION DE LA PERSONNE

FRANÇOIS PRIMEAU MD, LCMC, DPsych, CSPQ, FRCPC, BPh, CTh

MÉMOIRE À PROPOS DU DOCUMENT DE CONSULTATION  
PRÉSENTÉ À M.GEOFFREY KELLEY,  
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION SPÉCIALE  
SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ  
ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

22 JUIN 2010

Le plus grand danger pour la plupart d'entre nous n'est pas que notre but soit trop élevé et que nous le manquions, mais qu'il soit trop bas et que nous l'atteignons.

Michelangelo Buonarroti (1475-1564)

Bleus ou noirs, tous aimés, tous beaux,  
Ouverts à quelque immense aurore,  
De l'autre côté des tombeaux,  
Les yeux qu'on ferme voient encore.

Armand Sully Prudhomme (1839-1907)

Quelque chose est dû à l'homme du simple fait qu'il est humain.

Paul Ricoeur (1913-2005)

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
CONSIDÉRATIONS PSYCHIATRIQUES, PHILOSOPHIQUES ET ÉTHIQUES.....	6
LA DÉRIVE : UN FAIT EMPIRIQUEMENT DÉMONTRÉ.....	14
RÉPONSE AUX QUESTIONS DU <i>DOCUMENT DE CONSULTATION</i> .....	16
CONCLUSION.....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	26

## INTRODUCTION

Je remercie le Président de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité de recevoir ce mémoire pour la consultation publique. Je désire exprimer mon estime envers les hautes fonctions et les lourdes responsabilités qui incombent aux parlementaires en tant que législateurs sur ce sujet de société qui engage notre vision de la personne. Dans ce mémoire, j'utiliserai une formulation épiciène pour éviter d'alourdir le texte.

Depuis la soumission de mon premier mémoire le 16 février 2010, le projet de loi fédéral C-384 pour amender le code criminel en légalisant *de facto* l'euthanasie et le suicide assisté a été défait le 21 avril 2010 par 228 voix contre 59. Pour ma part, ce sujet a été l'objet de multiples discussions avec des collègues médecins, des membres des équipes multidisciplinaires à l'hôpital, des patients et leurs familles. Mon mémoire du 16 février a été discuté en club de lecture par des médecins spécialistes en pneumologie et soins intensifs à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le sujet de l'euthanasie a été traité lors de deux sessions en éthique clinique et psychiatrie (six heures) que j'ai animées en juin 2010 pour un groupe de 25 résidents séniors en psychiatrie dans le cadre du programme de formation de la résidence en psychiatrie de l'Université Laval.

De plus, j'ai parcouru le *Document de consultation* que M.Kelley a déposé à l'Assemblée nationale le 25 mai, ainsi que certains des mémoires déposés en commission en février et mars 2010.

Je rappelle aux parlementaires que je me suis intéressé à l'éthique dès le début des années 1980, alors que j'étais étudiant en médecine et que je fréquentais le Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Pendant ma résidence en psychiatrie, j'ai été confronté aux questions éthiques de la fin de la vie et aux diverses manifestations suicidaires en clinique. Depuis 1987, la pratique de la gérontopsychiatrie m'a poussé à étudier en éthique clinique : j'ai obtenu la première bourse du FRSQ octroyée à un médecin spécialiste en éthique. De 1989 à 1991, j'ai donc poursuivi ma réflexion en éthique et philosophie aux universités de Louvain et de Chicago; j'ai obtenu un baccalauréat en philosophie à l'Université de Louvain en 1990 et j'ai complété ces études sur les questions éthiques et existentielles par un certificat en théologie à l'Université Laval en 2009.

Depuis 1993, j'ai enseigné l'éthique aux résidents séniors de psychiatrie, à l'Université McGill de 1993 à 2004, puis à l'Université Laval. J'ai été membre du Comité d'éthique biomédicale du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada de 1994 à 1999. En 1991, j'ai fondé un service de consultation en éthique clinique à l'hôpital St-Mary de Montréal, où j'ai exercé les fonctions d'éthicien de 1991 à 1994. J'ai donc accompagné les patients, leurs familles et le personnel dans des situations cliniques complexes, le plus souvent en fin de vie.

En 1989-1990, j'ai été associé au premier Service de soins palliatifs fondé en Belgique en 1985 aux Cliniques universitaires St-Luc de Bruxelles. Par mes fonctions de gérontopsychiatre en milieu académique depuis 1991, j'ai accompagné la détresse des patients âgés (et de leurs familles), aux prises avec la schizophrénie, la maladie bipolaire, de troubles anxieux, le délirium ou les manifestations neuro-psychiatriques de la démence, que ce soit sur les unités psychiatriques ou médico-chirurgicales (soins intensifs, unité coronarienne...). J'ai traité de nombreux patients ayant tenté de se suicider ou exprimant un souhait de mourir. Je travaille avec ces patients aux prises avec de telles détresses de façon quasi quotidienne depuis plus de 25 ans.

Riche de ce vécu professionnel avec des personnes démoralisées qui vivent des détresses psycho-spirituelles et existentielles (Kissane, 2000) en fin de vie, je puis donc présenter à la Commission ma réflexion sur ces questions. Par ailleurs, par plus de 400 communications scientifiques, j'ai tenté de communiquer à divers auditoires les connaissances nécessaires pour mieux prendre en compte ces détresses, les accompagner et les soulager.

En m'appuyant sur les considérations développées plus longuement dans mon mémoire du 16 février, je souhaite ici mettre en relief les considérations psychiatriques, philosophiques et éthiques qui me semblent incontournables dans ce débat, et proposer des réponses aux questions soulevées dans le *Document de consultation*. Dans ce mémoire, j'ai ajouté 18 références nouvelles, dont huit de 2010; l'ensemble de la bibliographie se retrouve *in extenso* dans le mémoire du 16 février 2010.

## CONSIDÉRATIONS PSYCHIATRIQUES, PHILOSOPHIQUES ET ÉTHIQUES

Comme le suggère un récent article du *Journal de l'Association médicale canadienne*, (Flegel, Hébert, 2010), il est temps de lever la confusion dans le débat sur l'euthanasie; une conversation sur des interventions pour induire délibérément la mort doit représenter adéquatement par les termes utilisés l'action envisagée et l'intention visée. En effet, cette confusion est présente dans l'esprit de nombreux médecins; dans le sondage de la FMSQ de 2009, les spécialistes (seulement 23% de l'ensemble des spécialistes ont répondu) disent avoir pratiqué l'euthanasie pour 81% d'entre eux, et pour 48%, la sédation palliative était une forme d'euthanasie. Or la mort peut être accélérée par la sédation palliative et terminale appropriée en soulageant des symptômes, mais elle n'est pas intentionnellement recherchée et obtenue par des doses exagérées d'opiacés comme par l'euthanasie. Il importe de débattre de façon critique de ce sujet sans utiliser des propos lénifiants comme « aide à mourir dans la dignité » alors qu'on parle d'un acte qui procure la mort dans l'intention et le résultat.

Dans ce mémoire, je traiterai conjointement de l'euthanasie et du suicide assisté, deux « pratiques » cliniques qui équivalent moralement à des atteintes délibérées contre la vie humaine, puisque des médecins mettent fin ou collaborent à mettre fin à la vie de personnes par des actes dont la conséquence immédiate est la mort, avec l'intention de tuer. Ces « pratiques » sont donc identiques dans l'intention et le résultat, bien que le procédé employé diffère. En ce qui concerne l'euthanasie, la responsabilité morale du médecin qui met fin à la vie de son patient est directe et équivalente à un homicide; tandis que pour le suicide assisté, cette responsabilité du médecin qui procure/prescrit un agent létal au patient est indirecte, mais grave moralement, car il s'agit de la collaboration à un suicide.

### Considérations psychiatriques

Il faut constater d'emblée qu'il existe une différence notable entre les motifs invoqués pour la légalisation de l'euthanasie, soit la douleur intolérable, non soulagée, et le facteur principal des demandes réelles d'euthanasie, soit la dépression sous traitée ou méconnue (Emanuel, 2005). En effet, selon l'étude du Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool en collaboration avec le Clinical Standards Department du Royal College of Physicians du Royaume-Uni, publiée le 14 septembre 2009 ([www.mcpcil.org.uk](http://www.mcpcil.org.uk)), et réalisée dans 155 hôpitaux sur l'ensemble du territoire national du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2008 (échantillon de 3893 patients), 65% des patients dans les dernières 24 heures de vie sont confortables, sans médication; 31% reçoivent de faibles doses de médicaments analgésiques sous-cutanés pour soulager l'inconfort, et seulement 4 % nécessitent des doses plus élevées de médication. Selon ce protocole du Liverpool Care Pathway, la très grande majorité des patients peuvent vivre paisiblement les trois derniers jours de vie et ce, sans sédation significative.

Néanmoins, un désir d'euthanasie peut dériver d'une douleur mal soulagée ou d'un trouble psychiatrique sous-jacent traitable, que ce soit chez les personnes âgées, les

patients déprimés ou effrayés par leur maladie débilitante. Plutôt que de supprimer la vie du patient pour mettre fin à la douleur et à la dépression sous traitées, ne conviendrait-il pas plutôt d'aider ces patients par des protocoles appropriés en soulageant leurs symptômes, surtout quand on constate que moins de 20% des patients bénéficient de soins palliatifs au Canada avec un accompagnement personnalisé (Echlin, 2009)?

En outre, chez les personnes souffrant de cancer, les facteurs qui augmentent le risque de suicide sont la douleur, la dépression et l'état confusionnel aigu (délirium). Selon une étude au Sloan-Kettering de New York (Chochinov, 1995), la prévalence des troubles psychiatriques parmi les patients cancéreux suicidaires est la suivante : 39% souffrent de dépression majeure, 54% de trouble d'adaptation avec affect anxieux et/ou déprimé et 20% d'un état confusionnel aigu. Les demandes d'euthanasie sont donc souvent motivées par la détresse psychologique et existentielle.

De plus, seulement 3% des patients en phase terminale d'une maladie cancéreuse sont traités pour leur dépression, alors que la prévalence de cette pathologie est de 20% à 50% chez ces patients (Lander et al, 2000). Une étude des Pays-Bas chez les patients avec un pronostic limité à moins de 3 mois de vie confirme que les patients déprimés demandent l'euthanasie 4.1 fois plus souvent que ceux qui ne le sont pas (van der Lee, 2005). Dans cette étude, 44% des patients déprimés avaient exprimé une demande d'euthanasie; et 50% des patients qui avaient demandé l'euthanasie étaient déprimés.

En fait, malgré le débat sur l'euthanasie, le désir de mort demeure mal compris dans la réalité clinique. Ce désir de mort est très variable longitudinalement dans le temps chez les patients en fin de vie. Parmi 200 patients en soins palliatifs, 44.5% ont exprimé un désir éphémère de mourir : deux semaines après le premier entretien, 66% avaient changé d'avis. Considérant que 65% des décès par euthanasie aux Pays-Bas surviennent à l'intérieur d'un intervalle de deux semaines suivant la demande initiale, ces données sont fort troublantes (Chochinov, 1995).

Une autre étude confirme le caractère éphémère du désir d'euthanasie chez les patients en phase terminale : 50% changent d'idée après avoir exprimé une requête d'euthanasie. Le motif de cette volatilité réside dans les symptômes dépressifs et dyspnéiques non soulagés (Emanuel, 2000); dans cette étude, les patients déprimés étaient susceptibles de demander l'euthanasie 5.29 fois plus souvent (et les patients dyspnéiques, 1.68 fois plus souvent) que les patients qui ne présentaient pas ces symptômes. On risquerait alors d'accéder à une demande d'euthanasie pour un patient déprimé, souffrant d'une pathologie traitable et réversible, et dont le traitement peut soulager la démoralisation et la dépression.

Par ailleurs, le désir d'euthanasie est ambigu : il est à la fois le reflet d'un souhait de mort d'une part du patient, alors qu'une autre part de celui-ci veut vivre. Il ne faut pas oublier qu'en fin de vie, le patient vit une détresse existentielle profonde. Comme le souligne le psychanalyste Philip Muskin, la demande d'euthanasie est un impératif clinique pour un dialogue entre le patient et son médecin pour comprendre la signification de cette requête (Muskin, 1998). Confronté à l'anxiété de la mort, à sa propre mortalité, à des regrets,

voire des remords, à des sentiments d'impuissance, de perte de contrôle, de futilité, le patient en fin de vie est engagé dans un processus de deuil face à une perte de sens qui bouleverse son identité. L'évaluation de cette détresse existentielle doit être prise en compte pour apporter davantage de sérénité en contrant la démoralisation psychospirituelle (Kissane, 2000). Une étude en Oregon, où le suicide assisté est légal depuis 1997, conclut qu'un patient en phase terminale sur six ayant reçu une prescription létale souffrait de dépression clinique; la pratique actuelle du suicide assisté n'y protège pas adéquatement ces patients dont les choix sont influencés par une pathologie traitable comme la dépression (Ganzini et al, 2008).

En effet, les questions de démoralisation et de dépression demeurent peu évaluées (Kissane, Kelly, 2000), voire ignorées dans le débat sur l'euthanasie en général, et en particulier par les lignes directrices néerlandaises ou le projet de loi défait C-384. Pour ces conditions de démoralisation et de dépression, des préoccupations sérieuses demeurent quant à la difficulté de poser le diagnostic, d'établir le pronostic et de proposer la thérapeutique appropriée. La difficulté d'une telle évaluation ne doit pas occulter sa nécessité. De par ses compétences professionnelles, le psychiatre occupe une position privilégiée de proximité près du patient exprimant un désir de mort. Mais le psychiatre œuvre au rétablissement des patients suicidaires ou désirant mourir : il ne cherche pas à leur procurer la mort. Dans le contexte de la légalisation de l'euthanasie, ce rôle du psychiatre pourrait basculer de thérapeute qui aide à vivre à celui de facilitateur pour procurer la mort.

Face aux demandes d'euthanasie, le psychiatre désire apporter un traitement aux souffrances psychologiques du patient, non se positionner en arbitre du processus par la détermination de l'aptitude à consentir à l'euthanasie. L'évaluation psychiatrique d'un patient en fin de vie doit être au service du malade pour soulager son angoisse; l'allégeance première du psychiatre ne peut être détournée vers le contrôle social de l'intégrité du processus de l'euthanasie. L'expertise du psychiatre peut sûrement contribuer à négocier le passage de moments difficiles en fin de vie. Mais l'histoire récente du XXe siècle témoigne de l'abus par l'État de cette expertise psychiatrique à des fins d'eugénisme ou de contrôle politique, comme en Allemagne ou en USSR. L'expertise psychiatrique ne doit jamais plus être asservie à des politiques étatiques qui suppriment les vies et les libertés.

Il faut noter également que la formulation du projet de loi défait C-384 était conceptuellement confuse, vague et ouverte à tous les abus quant aux « exceptions » pour lesquelles la pratique de l'euthanasie n'entraînerait pas de sanctions légales : [la personne] *continue, après avoir essayé ou expressément refusé les traitements appropriés ou disponibles, d'éprouver des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement ou est atteinte d'une maladie en phase terminale*. Les exceptions ci-haut mentionnées peuvent correspondre à des pathologies psychiatriques traitables ou à des détresses existentielles qu'un accompagnement psychologique et spirituel peut soulager. Le projet C-384 ou les lignes directrices néerlandaises équivalent à des politiques d'expérimentations sociales qui libéralisent l'euthanasie en mettant en danger des patients vulnérables affectés par des pathologies psychiatriques traitables; en fin de vie, souffrir

de dépression n'est pas une option acceptable. Ces « exceptions » manquent de rigueur et semblent relever d'un obscurcissement voulu pour légitimer puis légaliser *de facto* l'euthanasie sur demande, avec le cortège de dérives que connaissent les Pays-Bas depuis les 20 dernières années.

En terminant ces considérations psychiatriques, je souligne que l'attention à la détresse psychologique doit éviter le piège de la psychologisation à outrance : en page 11, à la note 3 du *Document de consultation*, la Commission soutient que la souffrance psychologique comprend la souffrance morale, spirituelle et existentielle. Je suis en désaccord avec cette assertion, qui confond, sans les respecter, les divers niveaux de la pluridimensionnalité anthropologique de la personne. Les dimensions physique et psychologique sous-tendent bien sûr l'existence, l'activité morale et la vie spirituelle. Mais la mort n'est pas une maladie physique ou psychologique : elle est l'expression des limites de la condition humaine dans son drame existentiel. Tout en reconnaissant ces limites, le génie humain a exprimé de différentes manières la grandeur de la personne au-delà de la mort, d'où les vers de Sully Prudhomme en liminaire : « Les yeux qu'on ferme voient encore ».

D'un point de vue méthodologique, le *Liverpool Care Pathway for the Dying Patient* ([www.mcpcil.org.uk](http://www.mcpcil.org.uk)), reconnaît quatre dimensions qui respectent la pluridimensionnalité de la personne humaine : physique, psychologique, sociale et spirituelle. Or, selon l'étude de l'Institut Marie Curie de Liverpool déjà citée, l'évaluation des besoins spirituels et religieux n'est complétée que pour 30% des patients et 50% des familles au Royaume-Uni en 2008. Il faut donc accorder une égale attention à ces quatre domaines, sans les confondre, au risque de mutiler une saine approche humaniste du patient en fin de vie.

Selon la pluridimensionnalité de la personne, l'aspect spirituel ne saurait être évacué : il s'agit d'une dimension anthropologique inhérente à la personne. De plus, notre histoire collective témoigne que la tradition judéo-chrétienne est structurante de l'identité québécoise. D'après un historien reconnu, cette tradition « s'affirme une réalité essentielle de la vie occidentale qui marque, sans qu'ils le sachent ou le reconnaissent toujours, les athées eux-mêmes. Les règles éthiques, les attitudes devant la vie et la mort... autant de comportements qui ne semblent plus rien avoir à faire avec le sentiment chrétien et cependant, en dérivent » (Braudel, 1987). En outre, dans un jugement du 19 juin 2010, le juge Gérard Dugré de la Cour supérieure du Québec souligne que « la société démocratique canadienne est fondée sur des principes qui reconnaissent la suprématie de Dieu et la primauté du droit, lesquels bénéficient d'une protection constitutionnelle » ([www.radio-canada.ca](http://www.radio-canada.ca), 19 juin 2010); la *Charte canadienne des droits et libertés* (<http://lois.justice.gc.ca/fr/charte/1.html>) le rappelle dans son préambule. Au Canada, la liberté de conscience et de religion est la première liberté fondamentale enchâssée dans la *Charte* à l'article 2. Enfin, la minimisation, voire l'ignorance de cette dimension spirituelle résulte de l'absolutisation de l'autonomie et méconnaît la finitude anthropologique de la personne, l'hétéronomie éthique nécessaire à ses relations humanisantes et l'ouverture à la foi pour soutenir la raison prête à céder à la tentation de détruire la personne.

## Considérations philosophiques

La réflexion qui précède illustre qu'on ne peut faire l'économie de certaines considérations anthropologiques lors d'un débat sur l'euthanasie.

1. Le regard sur la mort a beaucoup évolué au XXe siècle. Le triomphe de la médicalisation, la quasi indécence, voire la disparition du deuil, la discrétion des rites funéraires consacrent un effacement de la mort. Comment situer le malaise, l'étonnement même, devant la persistance de la mort malgré la promesse de bonheur que promet le progrès indéfini aux plans technique et médical? D'un point de vue anthropologique, la mort apprivoisée par les rites, qui reliait l'individu à sa communauté, est revenue à « l'état sauvage ». La mort est ensauvagée car vécue de façon individualisée, évacuée de la société, comme une « sortie discrète [...] d'un vivant apaisé, hors d'une société secourable que ne déchire plus [...] l'idée d'un passage biologique sans signification » (Ariès, 1977). L'évacuation de la mort par la gestion médicalisée de l'euthanasie confirme l'ensauvagement suprême de la mort. La mort désocialisée, désacralisée, confiée au savoir/pouvoir de la technique et de l'économie ne fait qu'amplifier le déni qu'elle engendre; bien que refoulée, l'angoisse de la mort est réelle.

2. Au plan anthropologique, l'époque contemporaine glorifie l'autonomie, promeut la création de valeurs en suivant les diktats de l'opinion, de la rectitude politique et de la pensée unique dogmatiquement assénée par les médias. Au contraire de l'autonomie exacerbée centrée sur elle-même, le respect de la dignité de toute personne exige une vision intégrale de son être même. Comment respecter la dignité de patients âgés souffrant de psychopathologies sévères ou de démence, vivant la délitescence de leur personnalité, de leur capacité d'entrer en relation ou d'utiliser pleinement leur jugement ou leur raison? J'en suis venu à la conviction profonde que le respect est dû à toute personne parce que chacune porte en elle-même, d'une façon indélébile, qu'aucune maladie ne peut entamer, sa propre dignité et sa propre valeur (Primeau, 1990).

Cette conviction établit donc une vérité de caractère ontologique intrinsèque à la personne, qui devrait inspirer et fonder la législation sur les questions bioéthiques. Le Préambule de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* fait sienne cette « dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine » ([www.un.org/fr/documents/udhr](http://www.un.org/fr/documents/udhr)). Comme le disait Paul Ricoeur, quelque chose est dû à l'homme du simple fait qu'il est humain. Le philosophe bien connu de l'Université Laval Thomas De Koninck rappelle que, dans une perspective lévinassienne, « le visage humain et la responsabilité qu'il engage obligent au contraire au respect absolu de cette dignité de tout être humain, quel qu'il soit, à tout instant de sa vie (De Koninck, 2009).

La légitimité éthique d'une proposition ne se vérifie pas d'après le consensus toujours éphémère de l'opinion, éventuellement avalisé par la loi : elle jaillit de la personne même et de ses relations humanisantes. Cette conviction demeure le seul antidote à la banalisation de la vie qu'entraîne l'euthanasie pour les plus vulnérables, les gens âgés, handicapés, affligés de pathologies neuro-dégénératives ou psychiatriques. Cette conviction doit être d'autant plus profonde que la tentation de rationaliser les dépenses publiques en diminuant les soins et services s'affirmera sans cesse davantage au nom de l'efficacité, face à l'explosion démographique du troisième âge et des coûts associés. Une telle banalisation relèverait plutôt de la barbarie qui ignore la personne que de la civilisation qui secourt le faible.

3. La vraie compassion ne peut consister dans la suppression de celui qui souffre, même à sa demande. La réponse appropriée à la détresse de l'autre réside en l'accompagnement de cette personne dans toute sa pluridimensionnalité. La société qui rendrait légitime la suppression d'une personne ouvrirait la voie à des iniquités toujours plus graves, préludes à la dérive totalitaire du libéralisme qui aliène la personne à l'image des régimes dictatoriaux du siècle dernier. Ces éthiques volontaristes imposées par les États totalitaires avaient oublié la personne en ce qu'elle est. Dès que le législateur définit l'être humain par des critères extrinsèques à ce qu'il est, on en arrive à l'absurdité de l'aliénation de la personne. Lorsque l'État détermine quelles personnes innocentes peuvent être éliminées et que la loi l'autorise, « il est déjà trop tard pour se demander si on est encore en démocratie » (Schooyans, 1994).

4. La liberté de se suicider ou de demander l'euthanasie n'est pas un droit au suicide ou à l'euthanasie. « La liberté subjective de demander la mort ne peut devenir un droit objectif garanti par l'État, puisque le fondement de tous les droits, garanti par les États démocratiques, est le droit à la vie » (Rameix, 2004). Nier cette évidence par la légalisation de l'euthanasie sape la société civilisée dans ses bases mêmes, et mène à la barbarie.

Cependant, dans notre société pluraliste, sous prétexte de tolérance, on défend le positivisme juridique qui refuse de se référer à un critère objectif de ce qui est juste. Dans cette perspective, seul compte la loi en vigueur, supposée être juste par définition puisqu'elle est l'expression de la volonté du législateur. Mais les assemblées législatives sont souveraines et peuvent prendre des décisions opposées sur un même sujet. C'est donc ouvrir la voie à l'arbitraire du pouvoir, à la dictature de la majorité arithmétique du moment et à la manipulation idéologique, car la législation devient un compromis entre divers intérêts. « On tente de transformer en droits des intérêts ou des désirs privés qui s'opposent aux devoirs découlant de la responsabilité sociale » et du souci du bien commun (Commission théologique internationale, 2009).

5. Il ne faut pas oublier que le respect des droits de la personne s'enracine avant tout sur une justice fondatrice du pouvoir contraignant des déclarations internationales (voir [www.un.org/fr/documents/udhr](http://www.un.org/fr/documents/udhr)). Négliger ce fondement universel du droit que constitue la personne dans son être même, revient à fragiliser, voire ébranler l'édifice des droits de que les diverses interprétations des Chartes appliquent de façon utilitariste pour

complaire à des intérêts privés. Le législateur songe à fonder sur la loi la pratique de l'euthanasie, alors que la légalisation de l'euthanasie sape le fondement du droit qu'est la personne. L'invocation des droits de la personne pour justifier l'euthanasie au nom d'un droit de mourir sur demande en ruine du même coup la consistance et l'assise, en participant à cette dynamique totalitaire et aveugle qui aliène la personne et ensauvage la mort.

Ces considérations soulignent les failles conceptuelles et logiques qui sont systématiquement occultées dans l'élaboration d'une réflexion sur l'euthanasie. Même le Comité consultatif national d'éthique, qui tolérerait en France de rares et exceptionnelles demandes d'euthanasie au nom d'un « engagement à la solidarité », doit convenir, malgré la contradiction logique que cela entraîne, que « cet acte ne peut se prévaloir d'une évidence éthique claire » (CCNE, Avis n° 63, 2000). Ainsi, « l'aide à mourir dans la dignité », qui trouverait son expression juridique dans « l'exception d'euthanasie » est en réalité une aporie éthique enlignée dans une incohérence logique irrémédiable.

### **Considérations éthiques**

1. Je désire préciser la définition de l'euthanasie telle qu'on la trouve en p. 10 du *Document de consultation*. Par euthanasie, « au sens strict, on doit entendre une action ou une omission qui, de soi et dans l'intention, donne la mort afin de supprimer ainsi toute douleur » (Jean-Paul II, 1995). Selon cette définition, réalisée sans le consentement du patient, l'euthanasie équivaut moralement à un homicide; avec son consentement, l'euthanasie revient moralement à un suicide (voir Bruguès, 1991). Mais toutes les sociétés civilisées proscrivent l'homicide et portent assistance aux personnes suicidaires. C'est la raison pour laquelle la *Déclaration universelle des droits de l'homme* reconnaît que tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne ([www.un.org/fr/documents/udhr](http://www.un.org/fr/documents/udhr), Article 3); il n'y a pas de droit à la mort pour soi-même. Le patient ne peut donner au médecin ou à l'infirmière le droit de le tuer; personne n'est le maître absolu de sa vie qu'il n'a pas créée. La Cour Suprême du Canada l'a reconnu dans *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) (1993)* : « la vie humaine est inviolable et la sécurité de la personne ne peut inclure un droit au suicide ou à la mort ».

2. L'expression « mourir dans la dignité » est biaisée car elle sous-entend que l'euthanasie confère la dignité à une mort qui autrement n'en aurait pas. C'est l'ambiguïté du mot « dignité » qui a poussé l'Assemblée nationale française à rejeter une proposition de loi sur l'euthanasie en novembre 2009, afin de promouvoir plutôt l'approche « ni acharnement thérapeutique, ni euthanasie ».

3. L'appréciation morale d'un acte dépend de l'intention qui l'anime, de l'objet de cet acte, des circonstances entourant l'acte, et enfin de la conformité de l'acte au bien véritable de la personne. Il est révélateur que le projet de loi C-384 proposait de maintenir un principe qui ne souffrirait aucune exception (l'impossibilité de consentir à ce que la mort soit infligée à sa propre personne) et ses conséquences (la responsabilité pénale de la personne qui infligerait cette mort); puis le projet C-384 poursuivait en stipulant qu'un médecin ne commettrait pas l'homicide prohibé précédemment en aidant à mourir un patient, selon certains critères.

C'est la tactique de la dérogation : on énonce un principe indiscutable pour aussitôt énumérer les circonstances où la loi justifie qu'on y fasse exception (Schooyans, 1994). Donc, d'après la logique contradictoire derrière la légalisation de l'euthanasie, tuer, même avec le consentement de la victime, est un homicide; mais dans certaines circonstances, tuer avec le consentement n'est plus un homicide. Cette incohérence ignore que les circonstances considérées (« les critères ») ne changent pas le fait que l'intention est de tuer et que l'objet de l'acte est la méthode pour entraîner ce résultat. Une analyse critique de l'acte d'euthanasie permet d'affirmer que le consentement de détermine pas la valeur de cet acte. De plus, l'acceptabilité culturelle et/ou légale d'un acte ne lui confère pas sa valeur morale. L'opinion qui se dégage de sondages ou la multiplication de balises procédurales ne déterminent pas davantage la valeur éthique de l'euthanasie. Ces balises, critères et procédures ne servent qu'à conforter le positivisme juridique dans sa tentative prométhéenne de redéfinir la personne humaine selon la rectitude politique du moment.

4. La proposition cynique et illogique du « ça se fait, donc on doit le légaliser » met en œuvre la tactique du fait accompli (Schooyans, 1994), et correspond à une volonté de légitimer des pratiques non éthiques. L'autre proposition « c'est légal, donc c'est moral » et son corollaire (« c'est moral, parce que c'est légal », utilisé pour légaliser l'euthanasie, ont trop souvent servi à conforter l'assise juridique de régimes totalitaires. Ces propositions sont à rejeter.

5. Sur les plans déontologique et éthique de la relation patient-médecin, quelques aspects méritent d'être considérés. Avec la légalisation de l'euthanasie, la relation de confiance patient-médecin deviendrait instrumentalisée au service d'une pratique contraire à l'histoire médicale de la déontologie médicale. La traduction de Littré du serment d'Hippocrate le précise formellement : « Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir ».

De plus, le Collège des médecins du Québec parle de « soins appropriés » déterminés par le médecin; donner la mort n'est jamais un soin approprié, même avec le consentement du patient. Il s'agit en vérité d'une médicalisation de l'autonomie exacerbée en réponse à un choix de vie (lifestyle choice). En outre, le respect de la dignité de la personne dans sa vie et son « mourir » ne signifie pas la prolongation de la vie à tout prix. Le retrait et le refus de soins disproportionnés existent et sont consacrés légalement. L'acharnement

thérapeutique n'est pas éthique. Par ailleurs, la légalisation de l'euthanasie ferait peser collectivement sur les professionnels de la santé une obligation qui ébranlerait leur intégrité en les poussant à transgresser les balises légales et déontologiques propres à leur ordre professionnel (Ingelbrecht et al, 2010) (voir Rameix, 2004).

6. Au plan éthique, l'aspect discriminatoire des lois sur le droit à mourir envers les patients handicapés doit être considéré. Ces patients qui présentent des idées suicidaires font l'objet de discrimination dans l'aide offerte pour la prévention du suicide : à cause de leurs handicaps, ils sont orientés vers le suicide assisté au lieu de recevoir les soins attribués ordinairement pour traiter les conditions suicidaires (Coleman, 2010).

## LA DÉRIVE : UN FAIT EMPIRIQUEMENT DÉMONTRÉ

1. La dérive qui survient lorsque l'euthanasie est légalisée est un fait empiriquement démontré par l'expérience accumulée au fil des années dans les juridictions qui ont avalisé légalement ces pratiques : dérive quantitative (nombre de cas croissant et élargissement à des catégories de plus en plus vastes de patients), et dérive qualitative (indications de plus en plus floues).

2. Au plan quantitatif, les statistiques néerlandaises pour 2009 ont été publiées le 16 juin 2010. On y apprend que le nombre de décès par euthanasie a significativement augmenté aux Pays-Bas depuis plusieurs années. Le rapport fait état de 2636 cas de décès par euthanasie rapportés en 2009, soit une augmentation de 13% par rapport à 2008 et de 45% par rapport à 2003 (DutchNews.nl, juin 2010). En 2008, il y avait 2337 décès rapportés par euthanasie, 2120 en 2007, 1923 en 2006 et 1815 en 2003. Il faut noter que seulement 80% des décès par euthanasie sont rapportés dans les faits, selon les stipulations de la loi néerlandaise. Chaque année, il faut ajouter à ces chiffres les 400 cas de suicide assisté et les 550 cas d'euthanasie sans demande ou sans consentement éclairé (DutchNews.nl, janvier 2010). En outre, le nombre d'enfants décédés par euthanasie eugénique selon le protocole de Groningen n'est pas comptabilisé par les statistiques précédentes. La commission Rummelink avait déjà noté de tels abus aux Pays-Bas en 1990, 1995 et en 2003. La réalité de l'euthanasie pratiquée sur le terrain outrepassa largement les balises établies par la loi sur l'euthanasie.

En Belgique, l'euthanasie représente 2.0% des décès; l'euthanasie est de plus réalisée dans le consentement des patients (prévalence de 1.8% des décès), pour un total de 3.8% de l'ensemble des décès (Chambaere et al, 2010). L'euthanasie est effectuée sans consentement surtout pour des patients hospitalisés de plus de 80 ans. Dans 77.9% de ces cas, la décision d'euthanasie n'a pas été discutée avec le patient. Selon l'étude de Chambaere, les médecins concernés expliquaient ce paternalisme de diverses manières (parmi des réponses à choix multiples) : le coma du patient (70% des cas), la démence (21.1%), le « bien-fondé » de la décision pour le « bien-être » du patient (17%), ou encore le souci d'éviter une discussion néfaste pour le patient (8.2%). Dans 40% des cas, le patient aurait exprimé un souhait de mourir, ce qui n'équivaut pas à une demande d'euthanasie.

L'élargissement de l'euthanasie à des catégories toujours plus vastes de patients s'est aussi vérifiée durant les dernières années : des patients en phase terminale, l'euthanasie s'est étendue aux mineurs de moins de douze ans, puis aux patients souffrant de dépression (aux Pays-Bas, cas *Chabot*, 478-1993, 16 septembre 1993), en passant par les nouveaux-nés handicapés avec le protocole de Groningen depuis 2005, et finalement pour atteindre les patients avec démence (officiellement six cas en 2009, 22 en tout depuis 2003) (Callahan, 2008). Or tous ces patients, même ceux affligés de démence, demeurent des êtres humains et des personnes égales en dignité avec leurs frères et sœurs en humanité.

Ce dernier élargissement à la démence comme indication légalement reconnue de l'euthanasie est particulièrement troublant à plusieurs titres. L'utilisation d'un testament biologique ou de directives émanant d'un mandat en cas d'inaptitude demeure problématique pour ces patients avec démence, selon la littérature (de Boer et al, 2009). Une autre étude rapporte que les cas d'euthanasie pour démence aux Pays-Bas survenaient pour des patients plus jeunes (< 70 ans), avec des symptômes atypiques et un diagnostic incertain de démence (Hertog et al, 2007). Pour de tels cas imprécis et atypiques, n'y aurait-il pas lieu de préciser tout d'abord le diagnostic selon une démarche scientifique rigoureuse, puis de proposer des traitements appropriés, tenant compte de la détresse existentielle de ces patients? Ces mêmes observations s'appliquent aux contextes canadien et québécois, en particulier suite au rapport récent de la Société d'Alzheimer intitulé : *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, publié en 2009. On y apprend que la prévalence de la maladie d'Alzheimer doublera en 30 ans, de 1.5% en 2008 à 2.8% en 2038 pour l'ensemble de la population canadienne. Le fardeau économique annuel des démences, qui s'établissait à 15 milliards en 2008, atteindra 153 milliards en 2038, soit le décuplement des coûts; les coûts cumulatifs exploseront à plus de 872 milliards de dollars!!

Il faut alors s'interroger avec Suzanne Rameix, professeur agrégé de philosophie à Paris 12, sur l'atteinte « à la justice et à l'équilibre social démocratique : quel serait le sort des plus vulnérables, les grands malades, les grands infirmes, les très âgés, les plus pauvres, les plus ignorants, les plus isolés, les exclus, etc.? Des pressions économiques, institutionnelles, sociales, familiales...ne manqueraient pas de leur faire demander cette aide à mourir » (Rameix, 2004).

3. Au plan qualitatif, j'ai déjà exposé la dérive des motifs invoqués pour procurer l'euthanasie; de la douleur physique non soulagée aux problèmes psychologiques et existentiels. L'exemple le plus récent en 2010 est l'effort des leaders du lobby pro-euthanasie aux Pays-Bas qui pousse le Parlement néerlandais à légaliser l'euthanasie pour toutes les personnes âgées de 70 ans et plus « fatiguées de vivre » (sic!) (Waterfield, [www.telegraph.co.uk](http://www.telegraph.co.uk), 2010). Je rappelle que la démoralisation et la dépression sont les véritables motifs qui poussent des patients à demander l'euthanasie; la douleur est bien prise en compte selon l'étude du Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool déjà citée.

## RÉPONSES AUX QUESTIONS DU *DOCUMENT DE CONSULTATION*

Comme je l'ai expliqué au début de ce mémoire, je traite conjointement de l'euthanasie et du suicide assisté, d'où le jumelage de certaines réponses. Les fondements cliniques psychiatriques, philosophiques et éthiques pertinents ont été exposés en détail précédemment.

### **Questions 1 + 10 : Situations pouvant justifier ces pratiques.**

Il n'est jamais justifié de mettre à mort délibérément une personne humaine innocente même à sa demande (euthanasie) ou de l'aider à se donner la mort en lui procurant ou prescrivant des agents létaux (suicide assisté). Comme l'a rappelé le CCNE en 2000, ces actes ne peuvent se prévaloir d'une évidence éthique claire (Avis n°63).

En plus de 25 années de pratique en psychiatrie et gériopsychiatrie, j'ai rencontré plusieurs patients affligés de détresses psycho-spirituelles ou existentielles, en phase terminale (soins palliatifs), souffrant de maladies dégénératives (démence), neurologiques (AVC), cardio-respiratoires (insuffisance cardiaque et/ou maladie pulmonaire obstructive chronique), et psychiatriques (troubles dépressifs et anxieux du grand âge) dans un contexte de pertes multiples.

J'ai à l'esprit un patient de près de 90 ans, dont l'épouse avait subi un AVC nécessitant une relocalisation pour de meilleurs soins. Le patient a été hospitalisé en gériopsychiatrie à cause d'une dépression. Face à l'ensemble de ces stressors psychosociaux, il demandait « une petite pilule » dans sa nourriture pour « s'en aller ». Avec le traitement approprié à son diagnostic, le patient a cessé ces demandes en moins de deux semaines et a exprimé le désir de revoir son épouse pour l'assister. Répondre à sa demande littéralement aurait été contraire à la bonne pratique médicale et au bon sens.

Je pense également à cet homme de 40 ans, rencontré à l'urgence dans un contexte de crise à plusieurs niveaux (professionnel et personnel), et qui avait élaboré un plan suicidaire précis; il a été hospitalisé pour cette condition. Quelques semaines après, lors d'une visite au département de psychiatrie pour une visite de suivi, il m'a salué en me disant : « Merci de m'avoir redonné ma vie en m'hospitalisant et en me traitant! ». L'euthanasie ou l'aide au suicide n'étaient pas la réponse à sa détresse. Son épouse aurait été veuve et ses enfants, orphelins : la famille a retrouvé un mari et un père.

Dans ces cas, comme dans les nombreux autres cas de tentatives de suicide et de souhaits de mort rencontrés depuis le début de ma pratique (parfois dix cas de ce genre en une seule journée de garde, et je pratique depuis 1987), je n'ai jamais songé à euthanasier ou à aider à se suicider les patients qui en faisaient la demande. Avec d'autres professionnels, j'ai accompagné ces personnes selon les lignes directrices et données probantes de la littérature scientifique pour les pathologies dont elles souffraient, en essayant au mieux de traiter/soulager la détresse sous-jacente à ces situations cliniques.

## **Question 2 : Soins appropriés en fin de vie.**

Cette question de l'euthanasie comme « soin approprié en fin de vie » a été soulevée par le Collège des médecins du Québec dans son document de réflexion du 16 octobre 2009. Face à l'autonomie exacerbée du patient qui exige la mort, les médecins craindraient, selon le Collège, d'être réduits au rôle de « simples exécutants et que les soins soient prodigués sur demande » (Collège des médecins du Québec, 16 octobre 2009, p.6). La considération de l'euthanasie comme soin approprié en fin de vie réintroduirait cet acte dans le domaine des thérapeutiques dont l'indication serait déterminée par le médecin.

Cette proposition m'apparaît erronée, en ce sens qu'elle oublie que l'euthanasie, au plan moral, équivaut à un homicide délibéré et non à un soin. Tout en soutenant l'apport indispensable du médecin comme celui qui propose et recommande les soins appropriés selon l'évidence scientifique, les règles de l'art et l'expérience clinique, cette proposition ignore la proscription fondatrice et quasi immémoriale du serment d'Hippocrate contre l'euthanasie et pervertit la finalité de la médecine qui est d'accompagner toujours, de soulager souvent, mais jamais de tuer.

Il est regrettable de constater que dans son mémoire présenté à la Commission le 15 février 2010, le Collège présente en page 5 la réflexion philosophique comme un piège à éviter au sujet de l'euthanasie. À l'instar de certains auteurs (van der Akker et al, 1997), je déplore qu'au Québec comme aux Pays-Bas, le débat se concentre sur les procédures (balises et critères) en marginalisant les aspects moraux fondamentaux de l'euthanasie. Au contraire, une réflexion élargie, ouverte à l'anthropologie philosophique et au corpus juridique international sur les droits de la personne, permettrait de considérer la personne au cœur des situations médicales de fin de vie, non seulement du point de vue légal, mais encore au plan de son être même. Une telle réflexion élargie et en profondeur permettrait d'améliorer la pratique médicale dans ces contextes où la société met en jeu sa vision de la personne. Tout en considérant les questions de procédures (balises et critères), les aspects fondamentaux ne peuvent être évacués au risque de rendre l'exercice des consultations publiques vide de sens.

**Questions 3+ 11+17 : Position sur la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté**

Je suis contre la légalisation de ces pratiques.

a) Ces pratiques nient la dignité ontologique de chaque personne du simple fait qu'elle est une personne humaine, ce que rappelle la citation de Ricœur en liminaire. La personne se trouve aliénée, dépossédée de sa valeur propre, d'où le titre de ce mémoire. Sa valeur reviendrait à dépendre de son jugement ou du jugement d'autrui sur elle-même. Or, peu importe les situations, l'état clinique de la personne ou son opinion ou celle d'autrui, toute personne possède en elle-même une valeur inaliénable du fait qu'elle est humaine. L'évidence de ce fondement anthropologique de la dignité impose à chacun un respect pour lui-même et autrui à son égard, et des exigences quant aux décisions en fin de vie. On ne peut faire n'importe quoi, même sur sa propre personne. Il est juste que la loi consacre le respect de la dignité de la personne : mais la loi ne fonde pas ce respect, dont l'assise s'établit dans la personne même. Autrement, on en arrive à chosifier la personne : la date de péremption approchant, on pourrait alors s'en départir.

b) En ignorant le premier des droits, i.e. le droit à la vie, la légalisation de ces pratiques ébranlerait l'édifice des droits et de la loi. De la civilisation, on glisse lentement à la barbarie. C'est l'aspect totalitaire de l'aliénation de la personne : de la démocratie, on bascule au régime de la loi du plus fort, celui qui juge et fixe la valeur de l'autre.

c) Il est toujours immoral de tuer l'être humain innocent de tout crime (même les criminels reconnus tels ne font plus face à la peine capitale dans la plupart des pays occidentaux). Cette obligation du respect de sa vie et de celle de l'autre s'impose à la raison, en dehors de toute justification théologique, comme conforme à la nature humaine partagée par tous, en tout temps, en tout lieu et par toutes les cultures. Cette exigence est nécessaire et préalable pour la propre sécurité de chacun et pour la vie de tous en société.

d) La légalisation de ces actes témoigne d'une pratique médicale qui minimise les motivations (détresses psychologiques, morales, spirituelles...) qui sous-tendent les demandes d'aide à mourir. De plus, la légalisation pervertirait la relation patient-médecin en son essence même, i.e. la rencontre de deux consciences et de deux confiances (celles du patient et du médecin), en introduisant un doute mortifère sur l'intention véritable du médecin face à son patient : l'accompagner en fin de vie ou terminer sa vie délibérément.

e) J'ai détaillé un argumentaire plus complet dans mon mémoire de 26 pages remis le 16 février 2010.

### **Questions 4 +13 : Critères à retenir pour légaliser l'euthanasie**

La méthodologie d'établir des critères pour permettre la légalisation et la mise en œuvre de l'euthanasie est un leurre. Selon les trois enquêtes de la commission Rummelink en 1990, 1995 et 2003 aux Pays-Bas, de multiples abus ont été notés quant au non respect des critères établis par la législation néerlandaise.

Aucun critère, aucune balise ne peut rendre moral un acte qui ne l'est pas. L'artifice de la dérogation, utilisé par la projet de loi défait C-384, par lequel on permet des exceptions à un principe présenté comme inviolable, est indigne de la rigueur requise pour ces questions et blesse la raison dans sa quête de l'universel : l'euthanasie ne peut être éthique en Belgique et non éthique au Canada parce que la loi le permet là-bas, selon certains critères, et l'interdit ici, comme l'a confirmé le vote du 21 avril 2010 au Parlement fédéral. L'acte d'euthanasie est éthique ou ne l'est pas, peu importe les critères retenus pour appliquer cette pratique. L'expérience néerlandaise prouve que les critères sont régulièrement bafoués; cette approche est donc vouée à l'échec et ne peut être recommandée à la Commission.

### **Questions 5 + 14 : Risque de dérives.**

La notion de dérives est inhérente à la logique euthanasique. Ces dérives sont inévitables comme le montre l'argumentation appuyée sur les faits soulignés dans la section précédente. Cette dérive se constate aux plans quantitatif (nombre de cas et catégories de cas toujours plus vastes) et qualitatif (motifs de plus en plus vagues invoqués pour procurer l'euthanasie) d'après les données de 2010 aux Pays-Bas.

### **Question 8 : Influence de la légalisation de l'euthanasie sur le suicide.**

Le suicide est le plus souvent lié à la dépression dans le contexte de situations humaines et cliniques complexes et difficiles.

Les facteurs de risque du suicide chez la personne âgée sont connus : âge avancé, sexe masculin, veuvage, deuil récent, divorce, maladie physiques (cancer) et psychiatriques (dont la dépression), tentatives suicidaires antérieures et isolement (Spar, LaRue, 2003).

L'euthanasie n'est pas une stratégie pour diminuer le suicide chez la personne âgée. Face aux facteurs énumérés, l'approche à privilégier consiste en un dépistage efficace en première ligne, pour un accompagnement et un traitement appropriés de la détresse de la personne âgée aux prises avec des idéations suicidaires.

### **Question 9 : Sédation terminale et euthanasie.**

La sédation terminale, qui se propose de soulager les symptômes de douleur, dyspnée, nausée..., ne vise pas la mort du patient, comme c'est le cas pour l'euthanasie (de Graeff, Dean, 2007). Prétendre que la sédation terminale soit une pratique euthanasique revient à ignorer l'intentionnalité comme élément déterminant de la moralité d'un acte humain (Bruguès, 1991). Mais la sédation terminale peut être utilisée dans une visée euthanasique, avec retrait systématique de l'hydratation, par exemple : au lieu d'aider à mieux vivre la fin de vie (help in dying), la sédation terminale devient un moyen de donner la mort (help to die), comme c'est le cas avec l'euthanasie (Birnbacher, 2007).

### **Question 12 : Suicide assisté et prévention du suicide.**

Un État qui légalise le suicide assisté et ne met pas tous les efforts nécessaires pour prévenir le suicide est incohérent dans son action, manque à ses responsabilités et envoie un message contradictoire aux citoyens.

Les données récentes attestent que le suicide demeure un problème important de santé publique au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2010). Alors que le Canada occupe une position intermédiaire sur la liste des pays occidentaux avec 10.2 suicides par 100,000 (selon l'OCDE) (Statistiques Canada, 2002), le Québec continue de se situer en position défavorable pour la mortalité par suicide dans le peloton de tête des pays industrialisés, avec un taux de 13,8/100,000 en 2004, derrière le Japon, la Finlande, et ex-aequo avec l'Autriche.

Les Canadiens sont sept fois plus susceptibles de se suicider que d'être victimes d'un homicide! Et pour chaque décès par suicide, il y aurait vingt tentatives de suicide selon l'OMS. De plus, près de 14% des personnes de 15 ans et plus au Québec ont eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, et 3,8% dans les douze derniers mois, dont 1,9% avec des pensées suicidaires qualifiées de « sérieuses ». Près de 3,5% des Québécois de 15 ans et plus ont fait une tentative suicidaire au cours de leur vie, et près de 0,3% dans la dernière année; de ce nombre, 88% présentaient un troubles de l'humeur à vie, et 70%, un trouble de l'humeur dans les douze derniers mois (Institut de la statistique du Québec, 2008). Le dernier *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* cible prioritairement les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Comme l'indiquent ces données préoccupantes, voire alarmantes, l'attention de l'État doit être retenue par le problème du suicide. Au Québec, dans le contexte de ces statistiques désastreuses sur le suicide, le suicide assisté n'est pas une priorité de santé publique. Dans l'éventualité de la légalisation du suicide assisté, il ne faudrait pas négliger non plus le risque de démotivation des équipes en santé mentale impliquées dans la lutte à tous les niveaux de ce fléau pour la société québécoise. Enfin, j'ai déjà évoqué l'aspect discriminatoire pour les patients handicapés de la légalisation du suicide assisté.

### **Questions 15 +16 : Aide à mourir, lois criminelles et sentences rendues.**

Les deux mémoires que j'ai rédigés expliquent les raisons pour lesquelles l'euthanasie et le suicide assisté devraient conserver le caractère criminel que leur reconnaît la loi actuellement au Canada. En passant, l'utilisation d'euphémisme comme « aide à mourir » ne fait qu'obscurcir les enjeux du débat en évitant de nommer correctement l'action considérée et l'intention qui l'anime (Flegel, Hébert, 2010).

Dans le cadre de la loi, il revient au Procureur général d'engager ou non les poursuites criminelles. L'appréciation des circonstances est nécessaire à cette évaluation. Cette appréciation doit demeurer ouverte aux détresses humaines impliquées dans ces situations. Cependant, éviter systématiquement toutes les poursuites, ou rendre les sentences si légères qu'elles deviennent symboliques, nie l'esprit de la loi qui réproouve ces pratiques et l'éviscère de toute force contraignante.

Comme je l'ai développé précédemment, la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté évacue la détresse du patient dans la mort et sape le fondement du droit.

### **Question 18 : Craintes face à la fin de vie.**

Si ces pratiques étaient légalisées, j'aurais, pour ma part, une appréhension et une suspicion élevées quant à l'intention des soignants à mon égard, surtout dans l'hypothèse où je serais avancé en âge, hospitalisé et affligé de quelque pathologie dégénérative (Chambaere et al, 2010). J'ai parlé du doute qui s'immiscerait au sein de la relation patient-médecin dans l'éventualité de la légalisation de ces pratiques. En outre, on connaît déjà l'âgisme prévalent dans notre société; ma pratique de gérontopsychiatre se veut en partie une réponse contre ces préjugés envers la personne âgée, particulièrement dans le contexte de pathologies psychiatriques. Dans leur vie et leur fin de vie, les personnes âgées doivent s'attendre à quelque chose de plus réconfortant et moins traumatisant que l'euthanasie et le suicide assisté.

### **Question 19 : Décision libre et éclairée en fin de vie.**

Légalement, toute personne est présumée apte à prendre des décisions pour elle-même jusqu'à ce qu'elle soit reconnue juridiquement inapte par la Cour supérieure. Cliniquement, à cause de diverses conditions médicales/psychiatriques, des personnes (pas seulement âgées) sont incapables à prendre de telles décisions libres et éclairées; cette incapacité de fait entraîne des démarches pour accorder à ces personnes la protection et l'aide qu'elles méritent.

On peut se demander si une personne en fin de vie aux prises avec la dépression, la démoralisation ou la douleur, est apte à décider pour elle-même; en général, cette personne est réputée apte (dans les faits, elle pourrait souffrir d'un délirium ou syndrome confusionnel aigu qui la rendrait inapte). Mais l'aptitude ou l'incapacité n'est pas la notion déterminante de la valeur éthique de l'euthanasie, ce dont j'ai déjà discuté. En outre, plusieurs personnes présumées aptes prennent des décisions libres et éclairées néfastes pour elles-mêmes à divers niveaux (personnel, professionnel, financier...). Le caractère libre et éclairé est un aspect nécessaire mais non suffisant en soi pour déterminer la valeur éthique d'une pratique. J'ai exposé que cette valeur éthique se détermine par une analyse de l'intention, de l'objet et des circonstances de l'acte considéré ainsi que de sa conformité au bien véritable de la personne humaine.

Une étude récente aux Pays-Bas (de Boer et al, 2010) conclut à la difficulté d'application des testaments de vie (pour reprendre la terminologie de la Commission; on pourrait aussi dire les dispositions d'un mandat en cas d'incapacité ou en anglais, « advanced directives »). Ces documents sont particulièrement problématiques pour un patient avec démence en ce qui concerne les instructions favorables à l'euthanasie, émises alors que le patient était apte. Selon de Boer et al, l'influence prédominante en fin de vie dans le processus décisionnel réside en l'opinion médicale et les souhaits de la famille, plutôt que dans les instructions données par le patient avant de souffrir de démence. De plus, comment résoudre la contradiction entre l'opinion actuelle défavorable à l'euthanasie d'un patient avec démence qui aurait émis, avant sa maladie, des instructions favorables à cette pratique dans son testament de vie? Pour le moment, il faut conclure à une efficacité minimale de telles instructions à l'égard de l'euthanasie (de Boer et al, 2010).

Enfin d'un point de vue philosophique, une question demeure : la personne peut-elle s'affranchir des conditionnements qui la caractérisent (biologiques, psychologiques, culturels...) pour exercer pleinement sa liberté ? La dignité de la personne exige cette capacité de poser sa liberté au-delà des conditionnements puisque l'acte moral n'est humain que s'il est libre. Mais pour être véritablement humaine, cette liberté doit être éclairée et orientée vers le bien de la personne.

### **Question 20 : Légalisation et anxiété.**

L'anxiété chez la personne âgée relève de plusieurs causes : situationnelles, psycho-sociales, médicales, psychiatriques (TAG, TOC, phobies, co-morbidité avec la dépression, manifestation neuro-psychiatrique de la démence...). Les approches de traitement comprennent des interventions psycho-sociales (mobilisation et implication de la famille, aide des bénévoles, suivi du CLSC, soutien à domicile...), non-pharmacologiques et pharmacologiques. Après en avoir parlé avec plusieurs personnes âgées **en santé**, le constat est le même : la légalisation de l'euthanasie augmenterait l'anxiété, car pour chaque traitement, chaque intervenant à l'hôpital, le patient âgé se demanderait si on cherche à l'euthanasier. Le plus souvent, la personne âgée craint l'hôpital et manque d'observance pour les traitements prescrits. Comme la douleur peut être prise en compte par les traitements de professionnels compétents, l'anxiété est plutôt augmentée par la peur d'être euthanasié contre son gré que par la crainte de la douleur.

### **Question 21 : Nombre de demandes d'euthanasie et légalisation.**

La décision de légaliser ou non l'euthanasie ne dépend pas du nombre plus ou moins important de requêtes exprimées, mais de savoir si l'euthanasie est un bien pour la personne et la société. Je ne le crois pas, comme le détaillent mes deux mémoires.

### **Questions 22+23 : Réalité clinique, soins palliatifs, confusion et changements législatifs.**

Plusieurs affirment que des cas d'euthanasie surviennent dans la réalité clinique actuellement; de tels cas ne sont pas répertoriés pour le moment, cette pratique étant illégale. Objectivement, il s'agit de conjectures non documentées.

Cependant, il est certain que très peu de patients bénéficient de soins palliatifs adaptés à leur fin de vie dans notre réalité clinique actuelle au Québec. Comme l'admet la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* publiée en 2010 par le Gouvernement du Québec, « la population du Québec connaît un vieillissement très important, ce qui se traduira par une augmentation fulgurante et inévitable du nombre de décès au cours des prochaines années. La majorité de ces décès sera la conséquence de maladies qui nécessiteront des soins palliatifs » (*Politique en soins palliatifs de fin de vie*, [www.gouv.qc.ca](http://www.gouv.qc.ca), p.3). Le même document souligne plus loin (page 11) que le nombre de décès qui était de 56,780 en 2000, passera à 69,720 en 2015 pour atteindre 101,289 en 2050 : selon ce même rapport, le nombre des lits en soins palliatifs n'est que d'environ 240, soit 140 dans 20 unités de soins palliatifs en centres hospitaliers et 100 dans 14 maisons de soins palliatifs (page 27-28). Au Québec, la disproportion entre les besoins en soins palliatifs et l'offre disponible est donc flagrante.

D'après les propres statistiques et l'analyse détaillée du Gouvernement du Québec, le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie est une exigence prioritaire pour faire face à la hausse vertigineuse de la demande dans les années à venir. Dès 2000, comme le souligne la *Politique* en page 3, le rapport de la Commission Clair avait établi le diagnostic du vieillissement accéléré de la population québécoise, et l'augmentation corrélative des décès; dix ans plus tard, cette réalité ne se traduit pas par une offre convenable de services en soins palliatifs. On voit donc que l'action urgente requise pour rattraper le retard accumulé en ce domaine et l'importance de ce problème éclipsent toute velléité de légalisation de l'euthanasie. Le Gouvernement peine à agir sur les priorités identifiées : concentrons les énergies collectives sur ce qui est prioritaire, les soins palliatifs.

La confusion s'est atténuée dans la réalité clinique : l'acharnement thérapeutique cède progressivement la place au retrait/refus de soins disproportionnés en fin de vie, et surtout aux soins de confort appropriés. Néanmoins, la confusion persiste chez certains professionnels de la santé et parmi la population en général en ce qui concerne la terminologie utilisée sur ces questions. Le *Document de consultation* contribue à une meilleure clarté par les définitions des pages 10 et 11. Mais cette confusion a été malheureusement entretenue par le libellé du projet C-384.

Il ne s'agit pas de concentrer l'attention sur une modification du cadre juridique; aucun changement législatif n'est nécessaire pour développer les soins palliatifs, en vue du bien-être et du bien-mourir d'un plus grand nombre de patients. Il y aura toujours des demandes de mourir, souvent motivées en pratique par la peur de la douleur non-soulagée; les professionnels compétents savent rassurer les patients et leur prodiguer les soins nécessaires afin que la douleur ne vienne pas obnubiler leur fin de vie, tout en prenant en compte la pluridimensionnalité de la personne. C'est ce dont témoigne les données sur le soulagement de la douleur en fin de vie du Marie Curie Palliative Care Institute de Liverpool (2009).

## CONCLUSION

Les priorités de santé doivent être claires au Québec; selon l'éditorial du 15 juin 2010 du *Canadian Medical Association Journal* (Flegel, Hébert, 2010), il est temps de dépasser le débat sur l'euthanasie pour accompagner adéquatement les patients en fin de vie par des soins palliatifs adaptés. De même, il faut délaissier la question du suicide assisté pour juguler efficacement le fléau du suicide au Québec.

Les considérations fondamentales sur lesquelles j'ai insisté aident à prendre de l'altitude pour une conversation sur la fin de vie qui tienne compte de la personne dans toute la complexité de sa condition humaine. Comme le rappelle Thomas De Koninck, une définition très ancienne de la philosophie est « meletê thanatou » (Platon, Phédon, 81 a 1), ce qui signifie “méditer sur la mort” ou “s'exercer à la mort” (De Koninck, 2009). Après avoir réfléchi sur ce thème, je puis affirmer que les arguments cliniques, psychiatriques, philosophiques, éthiques et théologiques s'articulent de façon organique et cohérente pour refuser l'euthanasie comme indigne de la personne. Croyant la raison humaine incapable de vérité sur la personne, cette vision défaitiste qui promeut l'euthanasie capitule devant les prétentions de l'autonomie exacerbée; le bien commun s'efface devant la pression des intérêts privés, la loi, devant les balises procédurales qui seront bafouées, et la civilisation qui se soucie du faible s'effrite au profit de la barbarie qui fixe la valeur de la personne au gré des idiosyncrasies de l'opinion du moment.

La véritable compassion ne tue jamais, elle accompagne, elle respecte la personne en reconnaissant, au seuil de la mort, sa valeur toujours entière et sa dignité inaliénable. En paraphrasant le mot de Michel-Ange en liminaire, le danger qui guette notre société est la défaite de la raison et de la compassion, qui démissionnent face à la détresse des patients, puisque l'euthanasie se propose d'annihiler le patient avec sa détresse. Un changement pour légaliser *de facto* l'euthanasie manque d'élévation en regard de la grandeur de la personne humaine. En résistant à l'attraction vers l'absurde et le néant que suscite l'euthanasie, il vaut la peine de viser plus haut afin de respecter le mystère de la personne dans son être, seule solution digne de « l'énigme qui nous est proposée par l'expérience de la vie » (Guitton, 1984).

## BIBLIOGRAPHIE

- ACADÉMIE PONTIFICALE POUR LA VIE, *Le respect de la dignité de la personne mourante*, Déclaration de 9 décembre 2000, <http://www.vatican.va/roman-curia/pontifical-academies/acdlife/index-fr.html>, document en ligne consulté le 28 janvier 2010.
- ARIÈS, P., *L'homme devant la mort*, 2. *La mort ensauvagée*, Paris, Seuil, coll. « Points Histoire », n° H83, 1977, p.324.
- BENOÎT XVI, *Discours devant l'Assemblée générale de l'ONU*, le 18 avril 2008 : AAS 100 (2008), 334.
- BIRNBACHER, D., « Terminal sedation, euthanasia and causal roles », *Medscape General Medicine*, 2007; 9(2): 48.
- BRAUDEL, F., *Grammaire des civilisations*, Paris, Arthaud-Flammarion, 1987, p.35.
- BRUGUÈS, J.L., « Euthanasie et acharnement thérapeutique » et « Intention », *Dictionnaire de morale catholique*, Chambray, C.L.D., 1991, p.156-157 et 213-214.
- CALLAHAN, D., « Are their babies different than ours? », Letter to the Editor, *Hastings Center Report*, July-Aug 2008, p.4-6.
- CHAMBAERE, K., et al, «Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey», *CMAJ*, 2010, 182(9): 895-901.
- CHARTE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS, Partie I de la Loi Constitutionnelle de 1982, édictée comme l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, ch.11 (R.-U.), entrée en vigueur le 17 avril 1982, <http://lois.justice.gc.ca/fr/charte/l.html>, document en ligne consulté le 22 juin 2010.
- CHOCHINOV, H.M., WILSON, K.G., «The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations», *Can J Psych*, 1995; 40: 593-602.
- COLEMAN, D., «Assisted suicide laws create discriminatory double standard for those who gets suicide prevention and who gets suicide assistance», *Disability and Health Journal*, 2010; 3: 39-50.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie. Document de réflexion*, 16 octobre 2009, <http://www.cmq.org>, document en ligne consulté le 28 janvier 2010.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Consultation sur la question de mourir dans la dignité. Mémoire*, 15 février 2010, <http://www.cmq.org>, document en ligne, consulté le 16 février 2010.

COMMISSION THÉOLOGIQUE INTERNATIONALE, *À la recherche d'une éthique universelle : nouveau regard sur la loi naturelle*, n° 7 et 92, <http://www.vatican.va>, document en ligne consulté le 15 juin 2009.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, *Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, Avis n° 63, 27 janvier 2000.

DE BOER, M.E. et al, « Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness », *Int Psychogeriatr*, 2010, 22(2), 201-208.

DE GRAEFF, A., DEAN, M., « Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards », *Journal of Palliative Medicine*, 2007; 10(1): 67-85.

DE KONINCK, T., « Le Devoir de philo- Emmanuel Levinas s'opposerait à l'euthanasie », *Le Devoir*, 17 octobre 2009, <http://www.ledevoir.com/societe/le-devoir-de-philos/272055/le-devoir-de-philos-emmanuel-levinas-s-opposerait-a-l-euthanasie>, document en ligne, consulté le 14 juin 2010.

DUTCHNEWS.NL, *More cases of euthanasia*, document PDF en ligne, [http://www.dutchnews.nl/news/archives/2010/01/more\\_cases\\_of\\_euthanasia\\_in\\_20.php](http://www.dutchnews.nl/news/archives/2010/01/more_cases_of_euthanasia_in_20.php), consulté le 13 janvier 2010.

DUTCHNEWS.NL, *Sharp growth in euthanasia*, document PDF en ligne, [http://www.dutchnews.nl/news/archives/2010/06/sharp\\_growth\\_in\\_euthanasia\\_dea.php](http://www.dutchnews.nl/news/archives/2010/06/sharp_growth_in_euthanasia_dea.php), consulté le 16 juin 2010.

ECHLIN, J., *Advance of death*, [http://www.windsorstar.com/sotry\\_print.html?id=2018925?sponsor=true,2009](http://www.windsorstar.com/sotry_print.html?id=2018925?sponsor=true,2009), document en ligne consulté le 23 septembre 2009.

EMANUEL, E.J., FAIRCLOUGH, D.L., EMANUEL, L.L., « Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers », *JAMA*, 2000, 284(19): 2460-2468.

EMANUEL, E.J., « Depression, euthanasia, and improving end-of-life care », *Journal of Clinical Oncology*, 2005; 23(27): 6456-6458.

FLEGEL, K., HÉBERT, P.C., « Time to move on from the euthanasia debate », *CMAJ*, 2010, 182(9): 872.

GANZINI, L., GOY, E.R., DOBSCHA, S.K., «Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross national survey», *British Medical Journal*, 2008; 337: a1682.

GUITTON, J., *L'absurde et le mystère*, Paris, DDB, 1984, p.7.

HERTOG, C.M.P.M. et al, « Would we rather lose our life than our self? Lessons from the Dutch debate on euthanasia for patients with dementia», *The American Journal of Bioethics*, 2007; 7(4): 48-56.

INGELBRECHT, E., et al, «The role of nurses in physician-assisted in Belgium», *CMAJ*, 2010, 182(9): 905-910.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*, Gouvernement du Québec, septembre 2008, p.31-36, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca), document PDF en ligne, consulté le 14 juin 2010.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Santé et bien-être, Zoom Santé*, janvier 2010, n° 20, p.1-8, [www.stat.gouv.qc.ca](http://www.stat.gouv.qc.ca), document PDF en ligne, consulté le 14 juin 2010.

JEAN-PAUL II, *Evangelium Vitae*, 25 mars 1995, AAS (1995), n° 64-65, p.401-522.

KISSANE, D.W., « Psychospiritual and existential distress: the challenge for palliative care», *Australian Family Physician*, 2000; 29(11): 1022-1025.

KISSANE, D.W., KELLY, B.J., «Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill», *Austr N Z J Psychiatry*, 2000; 34(2): 325-333.

LANDER, M., WILSON, K., CHOCHINOV, H.M., «Depression and the dying older patient», *Clinics in Geriatric Medicine*, 2000, 16(2): 335-356.

MARIE CURIE PALLIATIVE CARE INSTITUTE OF LIVERPOOL, ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *National Care of the Dying Audit- Hospitals (NCDHAH), Round 2, Generic Report 2008/2009*, 91p., 2009, [www.mcpcil.org.uk](http://www.mcpcil.org.uk), document PDF en ligne, consulté le 10 juin 2010.

MUSKIN, P.R., «The request to die», *JAMA*, 1998; 279(4): 323-328.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Déclaration universelle des droits de l'homme*, <http://www.un.org/fr/documents/udhr>, document en ligne, consulté le 17 juin 2010.

PRIMEAU, F., « L'exigence éthique en gériatrie », *Laennec*, 1990; 39 : 11-14.

RADIO-CANADA, « Cours d'éthique et de culture religieuse. Jugement explosif », <http://www.radio-canada/nouvelles/societe/2010/06/19/001-cours-ethique-Loyola-jugement.shtml>, document en ligne, consulté le 19 juin 2010.

RAMEIX, S., « Fin de vie en France : il n'y a pas de vide législatif », in E. Hirsh et al, *face aux fins de vie et à la mort. Éthique et pratiques professionnelles au cœur du débat*, Paris, Espaces éthiques/AP-HP/Vuibert, 2004, p. 226-228.

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC, *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2010, [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), document en ligne, consulté le 19 juin 2010.

SCHOOYANS, M., *Bioéthique et population : le choix de la vie*, Paris, Le Sarmant-Fayard, 1994, p.23, 112.

SERMENT D'HIPPOCRATE, Traduction de Littré, document en ligne, <http://www.chu-rouen.fr/documed/serment.html>, consulté le 27 janvier 2010.

SOCIÉTÉ ALZHEIMER, *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, 2009, 75p., [http://www.alzheimer.ca/french/rising\\_tide/rising\\_tide.htm](http://www.alzheimer.ca/french/rising_tide/rising_tide.htm), document PDF en ligne, consulté le 27 janvier 2010.

SPAR, J.E., LA RUE, A., *Concise Guide to Geriatric Psychiatry*, 3rd edition, Washington, APA Press, 2002, p. 95-97.

STATISTIQUES CANADA, *Suicide et tentatives de suicide*, 2002, <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archives/2002/6060-fra.pdf>, document PDF en ligne, consulté le 14 juin 2010.

VAN DER AKKER, B., JANSSENS R.M., TEN HAVE, H.A., « Euthanasia and international human rights law : prolegomena from international debate », *Med Sci Law*, 1997, 37(4): 289-295.

VAN DER LEE, M.L., VAN DER BOM, J.G. ET AL, « Euthanasia and depression : a prospective cohort study among terminally ill cancer patients », *Journal of Clinical Oncology*, 2005, 23(7): 6607-6612.

WATERFIELD, B., « Dutch plan to let healthy elderly people commit suicide », *Daily Telegraph*, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/france/7414590/Dutch-plan-to-let-healthy-people-commit-suicide.html>, document en ligne, consulté le 17 juin 2010.

