

## Introduction

Le document consultatif *Dying with Dignity* définit l'euthanasie comme l'acte qui consiste à causer délibérément la mort d'une personne afin de mettre fin à sa souffrance. Cela peut laisser supposer qu'un élément de compassion étaye l'acte de tuer, concept pour le moins très discuté. Disons les choses clairement : l'euthanasie consiste à donner un médicament mortel à quelqu'un, ou à ne pas fournir un traitement de base, avec *l'intention* de tuer.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, il est devenu plus clair que bon nombre de médecins ne saisissent pas la différence entre laisser une personne mourir de causes naturelles en lui fournissant une maîtrise adéquate de la douleur, et le fait de lui injecter volontairement une substance mortelle. Cette situation troublante montre bien le manque de connaissances en matière de soins palliatifs parmi nos professionnels de la santé. Cela peut nous faire penser que bien d'autres idées fausses doivent sans doute exister dans la société pour alimenter de débat et la confusion qui l'entoure.

Plusieurs comités et individus se sont déclarés récemment des partisans de l'euthanasie. L'argument le plus convaincant pour la plupart des gens est le fait qu'il existe un état de douleur insupportable auquel la médecine ne peut rien changer. Et pour ajouter à la confusion entourant le débat actuel sur l'euthanasie, on y a introduit le concept "mourir avec dignité". Le public pourrait interpréter ce genre de phrase comme signifiant, implicitement, que le mort sans euthanasie manque de dignité. Cette terminologie dénote un parti pris en faveur de l'euthanasie, et porte préjudice dès le départ à un débat d'une telle importance.

Il est vrai que certaines personnes ont enduré de terribles douleurs, et en endurent encore aujourd'hui, là où les ressources médicales manquent. Cependant, les médicaments et les interventions qui soulagent la douleur ne sont pas très chers par rapport à d'autres interventions médicales courantes. Au Québec, le régime de santé facilite l'accès des patients aux médicaments antidouleur. Si la maîtrise de la douleur reste un problème, ce qui est en cause est le manque d'expertise et de compassion des praticiens médicaux. Plus précisément, ce problème est causé le plus souvent par l'incapacité d'identifier ou de reconnaître la douleur, et par l'ignorance des principes des soins palliatifs.

## **Priorités éthiques : Sauvegarder l'autonomie vs. éviter de nuire à la majorité.**

Beaucoup de gens revendiquent le droit de choisir leur manière de vivre. Dans la plupart des cas, la possibilité de décider librement et de disposer de soi-même nous permet de planifier et de gérer notre vie avec sérénité. Ce droit mérite d'être protégé. Cependant, ce droit de disposer de soi-même est soumis à certaines limites raisonnables. Par exemple, dans le cas d'un patient tuberculeux qui refuse tout traitement, afin de protéger les autres membres de la société nous trouvons acceptable de mettre ce patient contagieux en quarantaine, même contre son gré. Semblablement, lors de la récente flambée de SRAS, on a confiné des personnes à résidence pour une période allant jusqu'à dix jours dans les cas où l'on pouvait supposer un contact avec des personnes contaminées. Ces deux exemples illustrent bien le fait que dans certaines circonstances nous comprenons le conflit entre l'autonomie de l'individu et le bien public. Lorsque le comportement d'un individu crée un risque indu pour les autres, son autonomie est supplantée par le bien de la société.

Pour ce qui est de l'euthanasie, nous avons tendance à la considérer comme un acte progressif et compatissant. Nous avons envie d'autoriser que le désir des quelques personnes qui souhaitent mourir comme ils l'entendent soit assouvi. Toutefois, nous devons nous poser cette question : quel sera l'effet de la légalisation de l'euthanasie sur le bien public? Nos arguments étayeront l'hypothèse que la légalisation de l'euthanasie pour répondre au désir d'une petite minorité ouvrirait des voies qui risquent de mettre en danger grave les membres les plus vulnérables de la société.

## **Insatisfaction concernant notre régime actuel de santé.**

Des enquêtes récentes menées par deux fédérations médicales (syndicats) au Québec parmi leurs membres ont révélé que nombreux médecins au Québec ne comprennent pas de manière adéquate la maîtrise de la douleur et les soins palliatifs chez les patients en fin de vie (enquêtes FMOQ, FMSQ).

Le problème est double : premièrement, la plupart des médecins au Québec ne connaissent pas les protocoles de traitement pour les symptômes communs chez les patients en fin de vie : douleur, nausée, perte d'appétit et dépression ; deuxièmement, en général, les médecins ne sont pas au courant des considérations éthiques associées aux décisions de fin de vie.

La conséquence dangereuse de la légalisation de l'euthanasie serait que l'on autorise un groupe d'individus sans une expertise adéquate en gestion de la douleur à mettre fin à la vie dans des cas où ils considèrent que le patient subit des douleurs incontrôlables. Une telle éventualité est inquiétante.

Au Québec, il existe aussi le problème du personnel hospitalier frustré et surmené, et des coûts croissants du régime de santé. Les auteurs ont rencontré un grand nombre de patients qui ont des choses très effrayantes à dire à propos de leurs expériences dans les hôpitaux. Ils se sont sentis ignorés et isolés dans une pièce, où ils ont été obligés de se démener pour qu'on s'occupe d'eux. Dans le cadre du système hospitalier, les nombreux facteurs en concurrence limitent la qualité des soins prodigués, et la compassion envers les patients. En dépit des efforts héroïques de certains professionnels de la santé, la grande majorité entre eux ne peuvent que remplir leurs tâches et n'ont ni le temps ni l'énergie nécessaire pour s'occuper des aspects plus humains de la souffrance. Le fait est que notre régime de santé ne répond pas aux normes minimales de soins en ce qui concerne ces problèmes médicaux.

Nous croyons utile de présenter deux cas rencontrés récemment par un des auteurs, Dr. Coelho, afin d'illustrer nos propos. Elle les raconte de son point de vue :

- 1) Amy<sup>1</sup> est une femme de 84 ans en bonne santé, présentant de l'ostéoporose (intégrité osseuse compromise). Une chirurgie facultative pour remplacement de hanche était prévue, mais malheureusement elle s'est fracturée le poignet lors d'une chute. Au cours de sa convalescence, elle a souffert de diarrhée suite à une infection C. difficile ; elle est tombée en se dirigeant vers la salle de bain et s'est fracturée la hanche. Lorsqu'elle est retournée à l'hôpital, il était clair que le personnel hospitalier (y compris médecins, infirmières et aides) percevait la qualité de vie d'Amy comme étant pauvre, et s'occupait très peu d'elle. Lorsque je suis allée la voir, cela m'a semblé tristement évident. Le personnel semblait étonné de voir qu'elle connaissait une personne aussi jeune que moi, et ils m'ont dit qu'il était dommage que sa qualité

---

<sup>1</sup> Les noms ont été changés afin de protéger les personnes en question.

de vie soit si pauvre. En réalité, cela n'était pas du tout le cas. Elle avait travaillé comme bénévole dans un hôpital de Montréal pendant plus de vingt ans, elle avait été la directrice d'une excellente école à Westmount et elle avait une vie sociale bien remplie. Malheureusement, le personnel hospitalier présumait savoir ce qu'était la vie d'Amy, en se basant sur sa maladie aiguë et sur son état de détérioration actuel. Un jour, j'ai appelé Amy après son hospitalisation ; elle avait de la difficulté à respirer et des douleurs atroces. Je me suis précipitée à l'hôpital et je l'ai trouvée mourante. L'infirmière avait pris ses signes vitaux, mais n'avait avisé personne de son état, et ne lui avait donné aucun antalgique. Après une heure de discussion avec l'infirmière, et après avoir appelé le résident et parlé avec le spécialiste de médecine interne de garde, Amy a été transportée à la salle de chirurgie pour une intervention qui lui a sauvé la vie. Elle est maintenant en train de s'en remettre et prévoit de subir la chirurgie facultative de la hanche. Elle a toujours une vie sociale très active, et elle est très heureuse d'être en vie. Le personnel hospitalier s'était mépris sur sa qualité de vie et son potentiel de guérison. Si l'euthanasie était légale, il est improbable que des gens comme Amy survivraient. C'est-à-dire qu'au lieu d'être simplement ignorée, on aurait pu décider d'employer l'euthanasie pour la débarrasser de ses douleurs et de sa qualité insatisfaisante de vie.

- 2) Tom est un patient de 44 ans à qui je rends visite à domicile. Il est atteint de dystrophie myotonique, et il est défiguré par la maladie (il a peu de masse musculaire). Les médecins, comme d'autres personnes, sont mal à l'aise face à ce type de détérioration, surtout étant donné l'absence de traitement efficace. Cependant, malgré son apparence, Tom est heureux de vivre et dit souvent qu'il aimerait rester en vie aussi longtemps que possible. Il parle à sa famille tous les jours, malgré le fait qu'ils sont en Ontario, et ses capacités mentales sont intactes. Récemment, quand Tom a présenté une perte de poids croissante, je l'ai envoyé à l'hôpital pour une évaluation. Il a passé longtemps aux Urgences (ER) malgré mes efforts répétés de parler de son cas avec le médecin hospitalier travaillant aux Urgences, et malgré le fait que j'ai demandé à mon mari (médecin au même hôpital) d'intervenir. Bref, personne ne voulait hospitaliser Tom. Pas parce que Tom n'avait pas besoin d'examen ou qu'il n'en voulait pas. Mais la vérité est que les lits manquent, et que Tom avait l'air d'un patient qui allait rester longtemps. Finalement, Tom quitta les Urgences parce qu'il avait l'impression d'être traité comme une nullité. Cette attitude brutale est courante dans notre système hospitalier. Tom me dit qu'il préfère mourir plutôt que de retourner à l'hôpital. Mais sa raison pour "préférer mourir" n'est pas son état de santé ou la douleur, mais le manque d'humanité et de compassion rencontré à l'hôpital.

La peur que notre régime de santé inspire aux patients est réelle. Le désir d'introduire l'euthanasie n'est pas une solution, mais un symptôme inévitable de l'inhumanité qui existe dans notre système hospitalier. Nos hôpitaux et notre régime de santé doivent faire l'objet d'efforts considérables pour que l'on puisse y créer une atmosphère accueillante et bienveillante. Si nous accordons de la valeur à chaque citoyen de notre pays, si la

clémence et la compassion sont nos ultimes objectifs, c'est sur ces valeurs que nous devons nous concentrer, plutôt que sur la promotion de la mort par euthanasie. En fait, l'euthanasie ne ferait qu'accentuer l'inhumanité et le malaise déjà présents dans notre système de santé, plutôt que de constituer une réforme compatissante.

## **Exemples antérieurs de légalisation de l'euthanasie : le potentiel d'abus**

Les exemples d'euthanasie légalisée dans d'autres pays montrent que le plus souvent la raison invoquée par un patient pour choisir l'euthanasie est la peur de ce que sera son avenir, et non pas la douleur incontrôlable (Ganzini et al, 2009). On sait que les gens bien-portants sous-estiment souvent la qualité de vie des gens malades. La plupart des gens, au moment où ils se rendent compte que leur pronostic est mauvais et que la mort est proche, sont ambivalents ou apeurés et ont tendance à demander l'euthanasie afin de prévenir des souffrances futures. Mais d'innombrables exemples montrent que s'ils ont de l'aide et du soutien au cours de cette phase initiale, ils sont souvent heureux d'avoir vécu, et sont plus sereins vers la fin de leur vie (Hendin et Foley, 1997). C'est cela, mourir avec dignité, plutôt que de choisir la mort par peur.

Mais sans doute l'argument le plus décisif contre la légalisation de l'euthanasie est l'abus qui s'ensuivrait. Aux Pays-Bas, on voit souvent des cas clairement documentés où ce sont des familles, des infirmières et des médecins qui suggèrent l'euthanasie, plutôt que le patient. Cela impose un souci énorme au patient, qui est probablement déjà déprimé, apeuré et soucieux à l'idée d'être un poids pour son entourage. L'abus des gens âgés est assez fréquent dans notre société, et l'euthanasie ouvre la voie à l'accroissement de ce genre d'abus avec la participation et l'autorisation du médecin traitant. Un autre exemple des Pays-Bas est celui d'un homme âgé qui ne souffrait d'aucune maladie mortelle, mais qui était terrifié à l'idée d'être placé en maison de retraite. Sa femme trouvait que c'était encombrant de s'occuper de lui, et elle lui avait donné le choix entre l'euthanasie et une maison de retraite. Il a choisi l'euthanasie. Cet exemple illustre on ne peut mieux le potentiel d'abus (Hendin, 2002).

On doit également tenir compte du fait qu'il pourrait y avoir abus de l'euthanasie pour des raisons strictement économiques. Il a déjà été documenté que lorsqu'elles refusent de rembourser certaines chimiothérapies, des compagnies d'assurances en Oregon envoient une

lettre explicative dans laquelle elles suggèrent le recours au suicide assisté (Somerville, 2010). On a vu également des médecins admettre qu'ils suggèrent plus promptement l'euthanasie s'ils ont besoin du lit pour un autre patient. Aux Pays-Bas, où des abus de l'euthanasie sont souvent rapportés, nombreuses personnes âgées se réfugient dans des maisons de retraite en Allemagne, pour éviter l'euthanasie sans leur accord, en cas de maladie. En plus, aux Pays-Bas, la tendance émergente est d'exiger que le patient signe un document écrit lorsqu'il est encore compétent, spécifiant qu'il ne désire pas l'euthanasie (Hendin, 2002). Cela implique que l'euthanasie est un traitement standard que le patient doit refuser, et démontre l'atteinte inévitable à la liberté individuelle dans une société qui accepte l'euthanasie.

Une fois acceptée, l'euthanasie passe rapidement d'une idée novatrice destinée à être appliquée dans de rares cas, à un phénomène culturel courant. La plupart des sociétés qui ont légalisé l'euthanasie avait l'intention, au début, de l'appliquer seulement dans des cas où la mort était inévitable – pour des patients avec des douleurs extrêmes, et sans espoir de guérison. Il fallait que ce soit un acte volontaire, et l'avis d'un deuxième médecin était requis. Aux Pays-Bas, après trois décennies de reconnaissance légale de l'euthanasie, c'est devenue courant de pratiquer l'euthanasie involontaire (où on ne demande pas l'avis du patient), ainsi que d'avoir recours à l'euthanasie dans des cas de maladie chronique qui n'est pas en phase terminale, et sans demander un deuxième avis (Sheldon). Aujourd'hui, il y a des personnes qui n'ont pas de maladie physique mais qui, pour des raisons sociales, disent qu'ils "n'en peuvent plus", et qui sont sujettes à l'euthanasie parce qu'elles affirment la désirer (Hendin, 2002). Sous un autre régime médical, ces personnes seraient hospitalisées pour dépression et pour des idées suicidaires. Le risque ne peut pas être sous-estimé. Une fois qu'une société s'habitue à considérer la mort comme un choix de plus pour les vivants, il devient facile de justifier presque tout type de meurtre médical. Au lieu de cela, nous devrions nous efforcer de créer une société qui donne à ceux qui sont faibles et désespérés de la force et de l'espoir, et qui s'occupe de ceux qui sont en fin de vie, leur permettant de vivre jusqu'à fin dans la sérénité et le confort.

### **Protéger les plus vulnérables : ceux qui souffrent de dépression**

Le risque de changer les perceptions de la société concernant le suicide, et par conséquent de porter atteinte à un autre groupe vulnérable est évident. En ce moment, les pensées suicidaires

sont considérées des signes cliniques de dépression. Ceux qui se suicident produisent un effet dévastateur sur les vies de ceux qui les ont connus. Le taux de suicide et de dépression augmente parmi ces derniers. Le plus souvent, la demande de mettre fin à sa vie est en réalité un appel à l'aide auquel il faut répondre de toute urgence. Si notre société considérait la demande de mourir une chose normale, comme cela s'ensuivrait inévitablement si on légalisait l'euthanasie, que deviendraient ces appels à l'aide? Aux Pays Bas, grand nombre de ces appels ne sont pas compris correctement, et on répond par l'euthanasie (Hendin, 2002).

Nous avons d'excellents soins palliatifs et une approche bien établie pour soigner la dépression. Les personnes qui demandent de mourir ont en réalité besoin d'une intervention palliative ou psychiatrique appropriée, non pas d'une injection létale. Nous avons vu par l'observation de la situation dans d'autres pays que souvent les soins palliatifs sont réduits, et que l'on fait moins appel à la psychiatrie, quand la demande de mourir est considérée *normale*. Cela rend un mauvais service à la plupart de nos citoyens les plus vulnérables qui ont besoin de quelqu'un pour diminuer leur souffrance psychique, ainsi qu'à ceux qui les aiment et qui vont les perdre.

## **Perspective catholique**

Nous, Le conseil catholique d'expression anglaise, nous efforçons d'avancer des principes et des politiques sur la vie humaine qui sont conformes aux enseignements de l'Eglise Catholique, ainsi qu'au bien commun. Les principes de base étayant notre perspective comprennent les convictions suivantes : la vie humaine n'a pas de prix ; toutes les personnes ont la même valeur, chaque personne mérite le respect, le soutien et l'amour. Le respect de la dignité intrinsèque de chaque individu est au cœur de notre approche éthique, et cette dignité ne dépend pas de nos capacités physiques ou mentales. Quand une personne est diminuée par la maladie, ou qu'elle est en fin de vie, sa dignité reste inviolable.

Respecter cette dignité crée des obligations pour la société dans son ensemble. Comment nous organisons la vie sociétale, particulièrement en ce qui concerne l'euthanasie, influence notre perception de la dignité humaine. L'euthanasie modifierait inévitablement notre perception de la vie humaine, et mènerait notre société à conclure que la vie est facultative. L'obligation "d'aimer son voisin" comporte un aspect individuel, mais elle exige aussi un engagement social

plus large. Cet engagement consiste à bien traiter les membres les plus vulnérables de notre société en leur accordant un meilleur accès aux services de soins palliatifs et à l'appui psychosocial.

## Conclusion

1. Notre régime médical est sujet à des pressions considérables. Ces pressions ont probablement constitué le catalyseur déclenchant le débat autour de la légalisation de l'euthanasie. La douleur du patient n'est pas bien maîtrisée, et notre régime de santé ne résoud pas les problèmes inhérents à notre système de santé, mais au contraire, les amplifie. Nous avons d'excellentes techniques de soins palliatifs, et la question de la douleur incontrôlable ne devrait pas poser problème dans notre société. Notre vrai problème sociétal est le manque d'emphase et de priorité que nous accordons à l'humanisme et à la compassion, dans le cadre des soins de santé. Nous pouvons contrôler la douleur et aider les patients, mais *nous* échouons. L'euthanasie n'est pas la solution, elle ne fait qu'aggraver le problème. Le débat sur sa légalisation est un symptôme de problèmes plus profonds existants dans notre régime de santé. Légaliser l'euthanasie peut paraître un moyen facile d'aider certaines personnes qui souffrent, mais les conséquences pour la société sont graves et irréversibles.
2. Récemment, et même dans le cadre de ces audiences, le terme "dignité" revient sans cesse. Les gens désirent mourir avec dignité, et il semble que certains voient dans ce concept la possibilité d'exercer un contrôle total. Le contrôle de toutes les fonctions de notre vie est impossible. Faciliter la mort ne confère pas le contrôle, et nous devons nous demander si l'illusion du contrôle offert par l'euthanasie vaut le risque qu'elle présente pour beaucoup de gens. Le contrôle dont nous disposons vraiment consiste en le contrôle de la douleur, le soutien, l'amour et la tolérance. Ces attitudes permettent une mort plus sereine et paisible que celle offerte par l'euthanasie.
3. L'euthanasie envoie un faux message à ceux qui souffrent. Elle ignore un vrai appel à l'aide et passe à côté de la possibilité d'intervenir de manière constructive.



## Bibliographie

FMOQ Survey:

<http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Affaires%20Syndicales/Prises%20de%20position/ResultatsConsultationEuthanasie.pdf>

FMSQ Survey:

[http://www.fmsq.org/magelectronique\\_1009/actualites.html](http://www.fmsq.org/magelectronique_1009/actualites.html)

Catholic Organization for Life and Family ([www.colf.ca](http://www.colf.ca)), Euthanasia and Assisted Suicide: Why not? Quick Answers to Common Questions

Ganzini et al. "Oregonians` Reasons for Requesting Physician Aid in Dying." Archives of Internal Medicine, vol. 169 (no. 5) March 9<sup>th</sup> 2009

Gevers S, Legemaate J. Physician-assisted suicide in psychiatry: an analysis of case law and professional opinions. In: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kisma GK, Ciesielski-

Carlucci C, editors. *Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998.

Gastmans et al. "Prevalence and content of written ethics policies on euthanasia in Catholic healthcare institutions in Belgium." Health Policy; 76 (2006) 169-178

Hendin, H. "The Dutch experience." Issues in Law and Medicine; vol. 17 nbr 3 March 2002

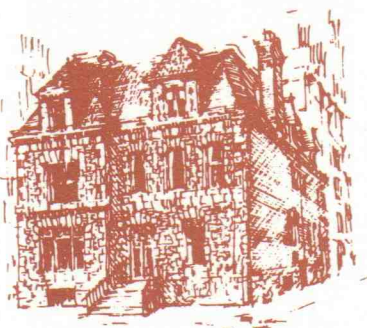
Hendin H. and Foley K. "Physician assisted Suicide in Oregon: a Medical Perspective." Michigan Law Review, Vol. 106:1613-16406

Kenneth R. Stevens Jr. "Emotional and Psychological effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians." Issues in Law and Medicine; Spring 2006, 21,3; pg 187 – 200

Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliat Med* 2006;20(1):3–10.

Sheldon T. Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer's disease. *BMJ* 2005;330(7499):1041. [[Free Full Text](#)]

Somerville M. "Dying as the last great act of living – Keeping euthanasia out to keep death and dying in a moral context", presented May 1<sup>st</sup> 2010.



2005 St. Marc, Montréal, Québec  
H3H 2G8

*Le conseil catholique d'expression anglaise*

---

*The English Speaking Catholic Council* (514) 937-2301

CSMD – 030M  
C.G. – Question  
de mourir dans  
la dignité

**BRIEF**

**SUBMITTED TO THE SELECT COMMITTEE ON DYING WITH DIGNITY**  
**BY THE ENGLISH SPEAKING CATHOLIC COUNCIL**

In 1980, a group of individuals who represented various sectors of the English-speaking Catholic community and its organizations met with the idea of consolidating our human and material resources for the development of our community. This led to the formation in 1981 of the English Speaking Catholic Council (ESCC) with a mandate to act as a focal point in coordinating the English-speaking Catholic community of Greater Montreal. Over the years, the ESCC has assumed a higher profile which now extends throughout the Province and beyond.

Inspired by the contemporary Catholic understanding of the role of the laity in the modern world, the English Speaking Catholic Council assists in the promotion of its community's values and advocates those values in the resolution of issues affecting this community. The Board of Directors is made up of women and men from both the private and public sectors, all volunteers, who come together with a commitment to support their community in education, health and social services, community animation, culture and social justice.

The English Speaking Catholic Council acknowledges with deep gratitude the invaluable contribution of the principal authors of this brief: Dr. Ramona Coelho, a family physician who works at CLSC Metro in Montreal. Her training included a focus in palliative care. She spends half of her practice caring for disabled and frail elderly persons who are homebound. And Dr. Philippe Violette, a fourth year urology resident currently completing his training at the McGill University Health Centre and a Director on the Board of the ESCC.

The English Speaking Catholic Council is pleased to submit this Brief to the Select Committee on Dying with Dignity. We would appreciate receiving an invitation to present our Brief at the public hearings.

Clifford Lincoln, President  
Montreal, June 28, 2010

The English Speaking Catholic Council  
2005 St. Marc  
Montreal, Quebec H3H 2G8  
Tel.: (514) 937-2301; Fax: (514) 907-5010; E-mail: [esc@bellnet.ca](mailto:esc@bellnet.ca)  
Contact person: Martin P. Murphy, Executive Director

## Introduction

In the consultation document, *Dying with Dignity*, euthanasia is defined as an act that consists in deliberately causing the death of another person to put an end to that person's suffering. One might infer from this definition that there is an element of compassion that underlies the act of killing. This is highly debateable. Let us be clear: Euthanasia is giving someone a lethal medication or withholding basic treatment with the *intention* to kill.

It has become more apparent over the past year that many physicians do not understand the difference between letting someone die from natural causes and providing adequate pain control as opposed to actively injecting a person with a lethal substance. This troubling fact shows the lack of knowledge of basic palliative care among our health care professionals. It leaves one wondering what greater societal misconceptions must also exist which fuel and confuse this debate.

Several committees and individuals have recently come forward advocating euthanasia, that is, mercy killing. The argument that holds the greatest traction with many people is that there is a state of intolerable pain for which there is no medical solution. Adding further misunderstanding to the current euthanasia discussion has been the introduction of the phrase "dying with dignity". The general public is being misled by these terms to implicitly understand that without euthanasia, death is undignified. There is a clear bias in all this that is pro-euthanasia and it is a slanted way to start off such an important discussion.

It is true that people have suffered through terrible pain in the past and continue to, where there is a lack of medical resources. However, pain medication and interventions are not very costly in comparison to other common medical interventions. In Quebec, the health care system facilitates a patient's access to pain medication. If pain control remains a problem, it is due to the lack of expertise and compassion of medical practitioners. Specifically, it is most frequently caused by an inability to recognize or acknowledge pain and ignorance of the principles of palliative care.

## **Ethical Priorities: Autonomy vs. Protecting the Majority from Harm**

Many people feel they are entitled to choose exactly how they live their lives. For the most part, the freedom to make decisions and to self-determination is what allows us to plan, and allows for a sense of control and peace. This right is worth upholding. However, there are reasonable limits to this right to self-determination. For example, if a patient has tuberculosis and refuses treatment, in order to protect the rest of our society, we deem it acceptable to quarantine this infectious patient, even against his/her will. Likewise, with the recent SARS outbreak, people were detained in their homes for up to ten days on the suspicion of having come into contact with an infected individual. Both these examples clearly demonstrate how in many cases, we naturally understand the struggle between the greater good and the autonomy of the individual. When an individual's behaviour puts others at undue risk, his/her autonomy is superseded by the good of society.

With the question of euthanasia, there is a tendency among us to see it as progressive and compassionate. We may want to allow the few people who want to die on their own terms this wish. However, this question must be asked: How will legalizing euthanasia affect the greater good? We will argue that by legalizing euthanasia to satisfy the desire of very few, we would embark on a path that puts the most vulnerable members of our communities at enormous risk.

## **The dissatisfaction with our current health care system**

Recent surveys conducted by the two medical federations (unions) in Quebec among their constituents have made it apparent that many physicians in Quebec do not adequately understand the area of pain control and comfort for the dying (FMOQ, FMSQ surveys).

The problem is twofold: Firstly, most physicians in Quebec do not know basic treatment regimens for common end-of-life symptoms such as pain, nausea, loss of appetite and

depression. Secondly, physicians generally remain unaware of the ethical considerations involved in end-of-life decisions.

The dangerous consequence of legalizing euthanasia would be to mandate that a group of people who do not have adequate expertise in pain control be given the right to end life in cases where they deem that the patient is experiencing uncontrollable pain. That is an unsettling proposition.

In Quebec, there is also the issue of a frustrated and overworked hospital staff and increasing costs in health care. The authors have seen many patients who have horror stories about their hospital experiences. They feel ignored and put away in a room where they have to fight for attention. Within the hospital system, there are many competing factors that already limit the care and compassion we give to patients. Despite the heroic examples of some health care workers, there are an un-numbered proportion who are just managing to do their job and do not have extra time or energy to address the more human aspects of suffering. The reality is that our healthcare system is not meeting basic standards of care of these medical problems.

We would like to share two recent cases that one of the authors, Dr. Coelho, recently experienced to illustrate this point. They are told from her perspective:

1. Amy<sup>1</sup> is a healthy 84 year old woman who suffers from osteoporosis (poor bone integrity). She was scheduled to have an elective hip surgery but unfortunately had a fall and broke her wrist. During her convalescence she developed diarrhea secondary to C.difficile and on her way to the bathroom, fell and broke her hip. On returning to the hospital, the house staff (including physicians, nurses and aids) clearly perceived Amy's quality of life as poor and gave her little attention. When I came to visit her, this was painfully clear to me. They were surprised she knew someone as young as I was and told me it was a shame that her quality of life was what it was. In fact, Amy's quality of life was anything but poor. She had been a volunteer at a hospital in Montreal for over twenty years, she is the former principal of an excellent school in Westmount and she has an active social life. Unfortunately, the house staff made assumptions about Amy's life

---

<sup>1</sup> Names have been changed to protect the individuals.

based on her acute illness and current deteriorated state. One day, I called Amy to talk after she was admitted, only to find her short of breath and in terrible pain. I rushed to the hospital to find her acutely dying. The nurse had taken her vital signs but had not alerted anyone to her condition and had not given Amy any pain medication. After an hour of arguing with the nurse, calling the resident and talking to the internal medicine staff on call, Amy was taken to the operating room for a surgery that saved her life. She is now recovering and planning for her elective hip surgery, still has a dynamic social life and is very happy to be alive. The house staff clearly had misjudged her quality of life and her potential for recovery. If euthanasia were legal, it is doubtful that people like Amy would have survived. That is, she might not simply have been neglected, but they may have decided to euthanize her to rid her of her pain and poor quality of life.

2) Tom is a 44 year old patient whom I visit at home. He has myotonic dystrophy and he is disfigured from his disease (he has little muscle mass). Physicians, like others, don't like to see this kind of deterioration, especially when we have no effective treatment. However, despite his appearance, Tom himself is happy to be alive and constantly says he would like to live as long as possible. He speaks to his family daily although they are in Ontario, and his mental capabilities are normal. Recently, Tom had increasing weight loss so I sent him to the hospital for an evaluation. He spent a long time in the emergency room (ER) despite my multiple attempts to discuss his case with the staff physician in the ER and having personally asked my husband (a physician at that hospital) to intervene. In short, no one wanted to admit Tom. Not that he did not deserve or want investigations. Put bluntly, beds are tight and he looked like a long admission. In the end, Tom signed out of the ER because he felt he was treated as a non-entity. This kind of callous attitude is commonplace in our hospital system. Tom tells me that he would rather die than go back to the hospital. But his reason for "preferring to die" is not because of his health or pain, but because of the lack of humanity and compassion he experienced at the hospital.

The fear inspired in patients by our healthcare system is real. Wanting euthanasia is not a solution but a fatal symptom of the inhumanity of our hospital system. There is a tremendous amount of work that needs to be put into our hospitals and healthcare to create an atmosphere

that is welcoming and caring. If we truly value each citizen of our nation, if mercy and compassion are the primary goals, this is where our efforts should be spent rather than the promotion of death by euthanasia. In effect, euthanasia would simply be a furthering of the already present inhumanity and malaise in our healthcare system, rather than a compassionate reform.

### **Previous examples of legalizing euthanasia: The potential for abuse**

Examples of how legalized euthanasia has functioned in other countries show that the most often cited reason to choose euthanasia by the patient is the fear of what is to come, not uncontrollable pain (Ganzini et al, 2009). It is known that healthy people often underestimate the quality of life of sick people. Most individuals, at the moment when they realize their prognosis is poor and death is close at hand, are likely to be ambivalent or scared and to request euthanasia to prevent future suffering. However, countless examples show that if they are helped and supported through that initial phase, they often are happy to have lived and feel more closure towards the end of their lives (Hendin and Foley, 1997). This is truly dying with dignity rather than choosing death out of fear.

Possibly the greatest argument against legalization of euthanasia is the abuse that will ensue. There are frequent clearly documented cases in the Netherlands of families, nurses and doctors being the ones who suggest euthanasia, not the patient. This creates an enormous burden on the patient who might already be depressed, scared and concerned about being a burden. Abuse of the elderly is not uncommon in our society and euthanasia opens up the doors to a furthering of such abuse *with* the participation and blessing of the treating physician. Another example from the Netherlands is that of an elderly man who did not have a terminal illness and who was terrified of being placed in a nursing home. His wife found him a burden to care for and gave him two options: euthanasia or a nursing home. He chose euthanasia. Clearly this example shows the potential for abuse (Hendin 2002).

Also, there is the argument for the potential abuse of euthanasia purely based on economics. It has been documented that on refusing to fund certain chemotherapies for patients, insurance companies in Oregon will send an information letter suggesting assisted suicide (Somerville 2010). There are also cases of doctors admitting they are more likely to suggest euthanasia if they need the bed for another patient. In the Netherlands, where there are many reports of abuses of euthanasia, many of the elderly are fleeing to German nursing homes to avoid being euthanized involuntarily should they get sick. Also, there is an emerging trend from the Netherlands placing the onus on the patient to make it clear in writing while they are still competent that they *do not* want euthanasia (Hendin, 2002). This implies that euthanasia is a standard treatment which one must opt out of, and demonstrates the inevitable assault on individual freedom that acceptance of euthanasia by a society creates.

Euthanasia, once accepted, quickly progresses from a novel idea intended to occur under rare circumstances to a commonly occurring cultural norm. Most societies that legalised euthanasia initially had the intention of using it only for terminal cases-- for patients in terrible pain with no possible cure. It had to be voluntary and there needed to be a second opinion from another doctor. After three decades of acceptance of euthanasia in the Netherlands, it has become common there to perform involuntary euthanasia (where the patient is not consulted), as well as euthanasia in non-terminal cases for chronic diseases and without a second opinion (Sheldon). Today, there are patients who are not physically sick, but because of social reasons say they “can’t go on” and are being euthanized because they claim they want it (Hendin, 2002). These people, under any other medical regime, would be admitted to the hospital for depression and for their suicidal thoughts. The risks cannot be underestimated. Once a society learns to view death as just another choice for the living, it becomes easy to justify almost any kind of medical killing. Instead, we should strive to form a society that protects and upholds life, that gives the weak and hopeless strength and hope, and that cares for our dying, allowing them to live to the end of their lives in peace and comfort.

### **Protecting our most vulnerable: The depressed**



The risk of changing societal perceptions of suicide and thus abusing yet another vulnerable group is self-evident. At present, suicidal thoughts are viewed as a clinical sign of depression. People who commit suicide devastate the lives of people who knew them. The rate for suicide and depression increases among those contacts left behind. Most commonly the cry to end one's life is really a cry for help that needs immediate attention. If our society were to view the request for death as normal, as would inevitably be the consequence of legalizing euthanasia, what would happen to these cries for help? In the Netherlands, many of these cries are not understood correctly, and the patient is euthanized (Hendin, 2002).

We have excellent palliative care methods and a well-established psychiatric approach to depression. People asking for death are truly in need of proper palliative or psychiatric interventions, not a lethal injection. We have seen from the example of other countries, that often palliative care diminishes and psychiatry is consulted less if the request for death is seen *as normal*. This does a great disservice to the majority of our vulnerable who need someone to help alleviate their mental suffering and those who loved them and who are left behind.

## **Catholic Perspective**

We, the English Speaking Catholic Council, strive to advance principles and policies on human life that are both consistent with the teachings of the Catholic Church and the greater common good. The core principles which inform our thinking include the following convictions: Human life is invaluable; everyone is equal; everyone deserves to be respected, affirmed and loved. Respect for the intrinsic dignity of every person is the center of our ethical approach and this dignity does not depend on our physical or our mental ability. When one is incapacitated by illness or near death, their inviolable dignity remains unchanged.

Respecting this dignity creates obligations for society as a whole. How we organize our society, specifically regarding euthanasia, will directly affect our perception of human dignity. Euthanasia will necessarily corrupt our view of the value of human life and will lead our society to conclude that life is optional. The obligation to "love our neighbour" has an individual

dimension, but it also requires a broader social commitment. That commitment is to treat our most vulnerable members well through improved access to palliative care services and psychosocial support.

## **Conclusion**

1 - Our medical system is under significant stress. This stress has likely been the catalyst behind opening up the discussion to legalize euthanasia. Patients' pain is not being controlled and needs are not being addressed by our medical system. However, euthanasia would actually not be a solution as it ignores the inherent problems in our medical system and even furthers them. We have excellent palliative care techniques and the question of uncontrollable pain should not be an issue in our society. Our true societal problem is the lack of emphasis and priority given to humanity and compassion within the health care system. We can control pain and help people but *we* are failing. Euthanasia is not the solution, it enhances the problem. The discussion of its legalization is a symptom of deeper issues in our health system. It might appear like an easy way to help certain suffering individuals but the consequences for society are grave and irreversible.

2 -Recently and even in this hearing, the term "dignity" keeps resurfacing. People want to die with dignity, and it seems that some equate this with having total control. Control over all functions of our life is impossible. In the case of dying, we are not in control, and we need to ask whether the illusion of control that euthanasia offers is worth the risk that it poses for the many. The control we do have is pain control, support, love and acceptance. These lead to a death with more closure and peace than euthanasia could ever offer.

3 - Euthanasia gives the wrong message to those who suffer. It ignores a true cry for help and misses a chance to intervene positively.

## Bibliography

FMOQ survey:

<http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Affaires%20Syndicales/Prises%20de%20position/ResultatsConsultationEuthanasie.pdf>

FMSQ survey:

[http://www.fmsq.org/magelectronique\\_1009/actualites.html](http://www.fmsq.org/magelectronique_1009/actualites.html)

Catholic Organization for Life and Family ([www.colf.ca](http://www.colf.ca)), Euthanasia and Assisted Suicide: Why not? Quick Answers to Common Questions

Ganzini et al. "Oregonians` Reasons for Requesting Physician Aid in Dying." Archives of Internal Medicine, vol. 169 (no. 5) March 9<sup>th</sup> 2009

Gevers S, Legemaate J. Physician-assisted suicide in psychiatry: an analysis of case law and professional opinions. In: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kisma GK, Ciesielski-

Carlucci C, editors. *Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998.

Gastmans et al. "Prevalence and content of written ethics policies on euthanasia in Catholic healthcare institutions in Belgium." Health Policy; 76 (2006) 169-178

Hendin, H. "The Dutch experience." Issues in Law and Medicine; vol. 17 nbr 3 March 2002

Hendin H. and Foley K. "Physician assisted Suicide in Oregon: a Medical Perspective." Michigan Law Review, Vol. 106:1613-16406

Kenneth R. Stevens Jr. "Emotional and Psychological effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians." Issues in Law and Medicine; Spring 2006, 21,3; pg 187 – 200

Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliat Med* 2006;20(1):3–10.

Sheldon T. Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer's disease. *BMJ* 2005;330(7499):1041. [[Free Full Text](#)]

Somerville M. "Dying as the last great act of living – Keeping euthanasia out to keep death and dying in a moral context", presented May 1<sup>st</sup> 2010.