

# Euthanasie, suicide assisté et suicide

## Questionnements sur les convergences

Mémoire déposé par l'Association québécoise de prévention du suicide  
à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

Le 16 juillet 2010



### **Association québécoise de prévention du suicide**

1135, Grande Allée Ouest – Bureau 230  
Québec (Québec) G1S 1E7

Téléphone : 418 614-5909

Télécopieur : 418 614-5906

Courrier électronique : [reception@aqps.info](mailto:reception@aqps.info)

Site Web : <http://www.aqps.info>

## **1 Présentation de l'auteur**

### **1.1 L'Association québécoise de prévention du suicide, sa mission, ses membres**

Fondée en 1986, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) a pour mission de promouvoir la prévention du suicide et de réduire le suicide et ses conséquences en mobilisant le maximum d'individus et d'organisations.

Elle représente et réunit plus de 90 membres, dont 33 centres de prévention du suicide répartis sur l'ensemble du territoire québécois.

La permanence de l'organisation comprend aujourd'hui 10 employés (permanents ou temporaires).

### **1.2 La dimension sociale du suicide**

Pour l'AQPS, bien que le suicide soit un geste individuel, il s'inscrit dans un contexte plus large d'interactions entre la personne, sa communauté immédiate et la société. Ainsi, les facteurs sociaux tels que le réseau social, la disponibilité des ressources, les modèles familiaux et sociaux, la perception du suicide par l'entourage et la société en général jouent un rôle important. C'est pourquoi l'AQPS souhaite contribuer au développement de contextes qui favorisent l'attachement à la vie pour tous.

### **1.3 La mobilisation sociale**

Des années 1960 à la fin des années 1990, le Québec a assisté à une augmentation des taux de suicide. Des citoyens de plus en plus nombreux furent touchés ou endeuillés par le suicide. La levée des tabous autrefois liés au suicide s'est progressivement accompagnée d'une certaine acceptation du suicide comme une solution pour mettre fin à une souffrance.

Depuis une dizaine d'années, une baisse des taux de suicide est constatée dans quasiment toutes les tranches d'âge, pour les hommes et pour les femmes.

L'AQPS contribue à diminuer la prévalence du suicide et ses conséquences au sein de la société québécoise. En effet, elle travaille pour éliminer cette option, qui représente une action irrémédiable pour faire disparaître des problèmes temporaires. Pour ce faire, elle invite la population à se questionner sur le contexte social actuel.

### **1.4 Intérêt spécifique pour les aînés**

Le jeudi 23 septembre 2010, l'AQPS organise un colloque provincial sur le suicide des aînés. Cette journée rassemblera des intervenants de la santé et des services sociaux et ainsi que du secteur communautaire, des regroupements d'aînés et des citoyens interpellés par le sujet.

En effet, la question du suicide des aînés au Québec ne manque pas d'attirer l'attention et de susciter les débats. Si l'inversion de la pyramide des âges et le contexte actuel du vieillissement de la population nous invitent à envisager les prochaines années, la problématique doit retenir notre attention dès aujourd'hui.

C'est pourquoi l'AQPS réunira les personnes et organismes interpellés pour observer ensemble la réalité des faits et des chiffres. L'AQPS souhaite également, lors de cette rencontre, être à l'écoute de ce que les aînés, leurs représentants et les intervenants qui travaillent avec eux ont à dire sur la question.

Ainsi, les participants du colloque du 23 septembre prochain seront invités à entendre des conférenciers et panélistes provenant d'horizons variés, mais pourront également donner leur point de vue sur le suicide des aînés. Lors de cette journée, une table ronde abordera le sujet de l'euthanasie et du suicide assisté, en lien avec la question plus large du suicide et de sa prévention.

## 2 Résumé

Compte tenu de sa mission spécifique, la prévention du suicide et de ses conséquences par la mobilisation sociale, l'Association québécoise de prévention du suicide souhaite apporter un éclairage particulier au débat de la fin de vie et des « aides à mourir ».

L'AQPS n'a pas de position ferme dans le débat. Elle est à l'écoute des arguments des autres partenaires. Sa réflexion, nourrie de la confrontation de ses principes et valeurs de base avec la question de l'euthanasie et du suicide assisté, est jalonnée de questionnements.

La préoccupation essentielle de l'AQPS est que les bénéfices attendus de l'euthanasie et/ou du suicide assisté pour une minorité de personnes ne soient pas contrebalancés par un effet sur l'ensemble de la société, via une augmentation des suicides.

Le présent mémoire s'ouvre sur un relevé des divergences entre les problématiques de l'euthanasie et du suicide assisté d'une part, et du suicide d'autre part.

Il se poursuit avec l'exposé de points communs entraînant des rapprochements entre ces phénomènes.

D'après l'AQPS, la convergence majeure réside dans le fait que la personne suicidaire, comme celle qui demanderait l'euthanasie ou le suicide assisté, souhaite avant tout l'arrêt de sa souffrance.

Dans une seconde partie de ce document, l'AQPS attire l'attention du lecteur sur ses questionnements relatifs aux impacts potentiels des « aides à mourir » sur le suicide. Le questionnement principal est le suivant : Comment s'assurer que l'euthanasie et le suicide assisté, s'ils sont légalisés, ne contribuent pas à renforcer l'idée collective que se donner la mort est une solution acceptable à la souffrance?

Sont abordés dans cette partie l'acceptation sociale du suicide, le rapport à la souffrance ainsi que les effets possibles sur les personnes souffrant de dépression et sur les aînés.

Le mémoire s'achève sur un rappel des valeurs fondamentales de la prévention du suicide et sur quelques suggestions adressées à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.

### 3 Exposé général

Concernée par le débat en cours, l'AQPS suit les travaux de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité et a notamment assisté à une audience.

Par sa mission spécifique, soit la prévention du suicide et de ses conséquences par la mobilisation sociale, l'AQPS estime être en mesure d'apporter un éclairage particulier au débat actuel. À travers ce document, l'AQPS profite donc de l'invitation faite à la population pour prendre part au débat et exprimer ses questionnements et préoccupations essentielles relativement aux « aides à mourir ».

Consciente que les échanges actuels concerne la problématique globale de la fin de vie, l'AQPS propose cependant un propos essentiellement centré sur l'euthanasie et le suicide assisté, pratiques qui présentent le plus de rapprochements avec le suicide.

Elle apporte ainsi un point de vue qui réfère essentiellement (mais non exclusivement) aux questions 8 et 12 du document de consultation, portant sur le suicide des personnes âgées et sur les impacts supposés de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté sur les efforts faits en prévention du suicide.

Malgré les différences, l'AQPS ne fait pas, dans le présent document, de distinction majeure entre euthanasie et suicide assisté relativement à leur impact potentiel sur le suicide et sa prévention.

### 3.1 Euthanasie, suicide assisté et suicide...

#### Des débats différents, mais ayant une même trame de fond : la souffrance

##### 3.1.1 Les divergences

Le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté qui a lieu actuellement au sein de la population québécoise est distinct de la question du suicide.

###### - *Du point de vue légal*

Depuis 1972, **le suicide** comme tel est décriminalisé au Canada<sup>1</sup>. Le fait de se tuer n'est plus considéré comme un délit. Il est donc toléré, même s'il n'existe pas de « droit au suicide ».

**L'euthanasie et le suicide assisté** sont des actes criminels selon le Code criminel du Canada. Toutefois, l'application de ce code est provinciale : le Procureur général de chaque province est responsable de porter des accusations et d'engager des poursuites criminelles et pénales.

###### - *La personne en cause*

**Le suicide**, défini comme l'acte de mettre fin à sa propre vie, renvoie à la personne qui le commet sur elle-même.

**L'Euthanasie et le suicide assisté** renvoient à l'acte de la personne qui provoque ou aide le décès d'un autre individu.

###### - *Des niveaux de consensus inégaux*

La société s'accorde globalement sur le fait que **le suicide** est un problème, un événement douloureux qui doit être évité. La population se donne d'ailleurs des outils de lutte contre ce fléau : des organisations comme l'AQPS, les centres de prévention du suicide et les CSSS, par exemple, sont soutenues par des fonds publics pour remplir leur mandat de prévention du suicide.

Il est évident que **l'euthanasie et le suicide assisté** ne font pas l'objet du même consensus social. Les débats actuels et la consultation populaire en cours nous éclairent sur les multiples opinions et prises de position qu'ils suscitent.

###### - *La perception populaire*

Malgré le fait que ce débat doive d'abord se faire en fonction des principes en cause, il est essentiel pour une société de tenir compte des perceptions populaires des trois phénomènes étant donné leur caractère émotif qui relève des valeurs fondamentales et des croyances profondes. En effet, c'est la perception du phénomène, autant ou davantage que le phénomène lui-même, qui est susceptible d'avoir un impact social.

---

<sup>1</sup> Article 225 du Code criminel abrogé en 1972

Ainsi, dans la population générale, les situations de suicide et les situations des personnes qui demandent l'euthanasie ou le suicide assisté sont perçues comme différentes. Voici quelques-unes de ces différences de perception :

- L'euthanasie et le suicide assisté sont d'abord perçus comme des issues à une vie finissante, tandis que le suicide interrompt le cours d'une vie ;
- L'euthanasie et le suicide assisté devraient, selon certains, soulager une souffrance validée par un ou plusieurs médecins, validation donnant droit à la mort ; le suicide, par contre, est souvent perçu comme le fait d'une personne dont la souffrance n'est pas nécessairement reconnue comme suffisamment importante pour se tuer ou pour « mériter » la mort ;
- L'euthanasie et le suicide assisté sont perçus comme des issues à une souffrance physique, tandis que le suicide est souvent vu comme la porte de sortie à une souffrance de nature psychologique ;
- Le problème de la personne suicidaire est souvent perçu comme temporaire, alors que celui de la personne qui souhaite l'euthanasie ou le suicide assisté est perçu comme permanent ;
- L'euthanasie et le suicide assisté sont souvent perçus comme des gestes devant avoir lieu dans un cadre médical, de soins ;
- Le candidat à l'euthanasie ou au suicide assisté, du fait de l'implication d'une autre personne, est accompagné dans sa démarche, tandis que le suicide est davantage vu comme un acte solitaire.

Ces exemples de perception mettent en évidence le fait qu'au premier abord, les deux problématiques puissent paraître distinctes.

### **3.1.2 Les convergences**

Bien que les deux problématiques soient différentes, elles convergent cependant en deux points principaux :

#### **- *Un vocabulaire commun***

*Mourir, vouloir mourir, ne pas voir d'autre issue, abrégier sa souffrance, la seule option possible...*  
La terminologie utilisée dans le cas de l'euthanasie et du suicide assisté rejoint celle qui, dans le langage commun, caractérise le suicide. De plus, le libellé même de « suicide assisté » renvoie directement à une forme de suicide.

À cet égard, l'AQPS s'interroge sur l'utilisation normalisante de certains termes. En effet, l'AQPS craint que des formulations telles que « n'en pouvant plus de souffrir, il estime que c'est la seule

option possible »<sup>2</sup> aient une résonance particulière chez ceux qui ont également le sentiment qu'ils n'en peuvent plus de souffrir.

L'AQPS s'interroge :

- Dans les discussions actuelles, ne faudrait-il pas éviter les libellés qui peuvent faire légitimer, auprès du grand public, le choix de mourir comme une solution reconnue à la souffrance?

- Ne serait-il pas opportun de trouver un autre libellé que « suicide assisté », pour éviter l'évocation même du suicide? Au moins, il serait nécessaire de préférer « aide ou assistance au suicide », plus exact d'un point de vue sémantique, puisque le débat ne concerne pas la décriminalisation du suicide-même, mais bien du fait de l'aider.

### **- La perception individuelle et le rapport à la souffrance**

Si les problématiques sont perçues comme distinctes par le grand public, il n'en est pas de même pour un individu souffrant.

Du point de vue subjectif de la personne qui envisage le suicide, sa propre souffrance est perçue dans l'immédiat comme intolérable, inévitable et interminable, au même titre que celle de la personne qui aspire à l'euthanasie ou au suicide assisté.

D'une part, nous savons que la **personne suicidaire** ne cherche pas la mort : elle désire l'arrêt de sa souffrance.

Si cette souffrance est le plus souvent liée à un problème temporaire, elle peut aussi être la conséquence d'un problème permanent. Les centres de prévention du suicide reçoivent en effet des appels de personnes qui souffrent de maladies incurables, dégénératives ou non, y compris de troubles de santé mentale (troubles bipolaires, schizophrénie, troubles de personnalité majeurs). Dans l'immédiat, celles-ci envisagent la mort par suicide comme une option pour répondre à leur désir d'arrêter de souffrir. Néanmoins, l'expérience démontre que celles qui reçoivent de l'aide dans la recherche de solutions à leur détresse n'envisagent généralement plus le suicide.

D'autre part, la **personne qui demande l'euthanasie ou le suicide assisté** cherche elle aussi l'arrêt de sa souffrance. Ainsi, même dans des pays où l'euthanasie est autorisée, l'offre de services parallèles peut diminuer la demande d'aide à mourir :

« Dans les cas de refus [d'euthanasie aux Pays-Bas], ou bien on offre au patient des interventions médicales pour diminuer sa douleur ou bien des interventions psychosociales pour diminuer son angoisse psychologique. Il est très rare que ces

---

<sup>2</sup> Document de consultation, p. 15.



individus reviennent avec leur demande de mourir par euthanasie lorsque les sources de leurs souffrances sont traitées. »<sup>3</sup>

## 3.2 Les préoccupations de l'AQPS

L'AQPS n'a pas adopté de position tranchée dans le débat. Elle souhaite néanmoins exprimer ses réflexions quant aux conséquences sociales et collectives d'une éventuelle ouverture vers l'acceptation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté.

### 3.2.1 Impact potentiel sur l'acceptation sociale du suicide

La souffrance est subjective : il existe de nombreux cas de personnes qui estiment que leur vie n'a plus de sens, que la douleur qu'ils vivent ne peut être apaisée, qu'il n'y aura pas de lendemain meilleur. Leur souffrance leur apparaît comme un obstacle insurmontable. C'est le cas de personnes en fin de vie, mais aussi de toutes les personnes, dans la population, qui pensent au suicide pour mettre fin à leur souffrance.

L'hypothèse fondamentale de l'AQPS est que le taux de suicide d'une société est influencé non seulement par la souffrance vécue par les individus de cette société, mais aussi par l'acceptation collective du suicide comme une solution possible à cette souffrance.

La comparaison internationale des taux de suicide va dans le sens de cette hypothèse : alors que le Québec comptait en 2008 un taux de 14,2 suicides pour 100 000 habitants, des pays où la qualité de vie n'est pas réputée supérieure affichent des taux beaucoup plus bas : l'Espagne (7,8 en 2005), l'Italie (6,3 en 2006), le Mexique (4 en 2006) et la Grèce (3,5 en 2006)<sup>4</sup>.

Au Québec, depuis les années 1960, nous voyons peut-être trop le suicide comme une solution à la souffrance. Le suicide fait partie du répertoire des moyens tolérés et normalisés de réagir à une souffrance. L'AQPS œuvre plutôt en faveur d'une mobilisation sociale contre cette option et sa banalisation, puisqu'elle est une solution définitive et radicale à un problème généralement temporaire, ou du moins qui pourrait être résolu d'une autre manière.

L'AQPS et le réseau des acteurs de la prévention du suicide travaillent avec ardeur pour aider ces personnes à rayer le suicide de la liste des solutions possibles.

---

<sup>3</sup> B. Mishara, Conférence du 7 avril 2006, *L'euthanasie et le suicide assisté : un choix individuel ou collectif*, Institut Santé et société de l'UQAM, p. 5.

<sup>4</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)

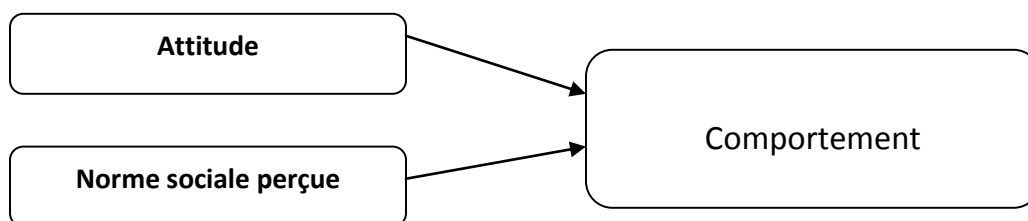
Ils le font :

- en intervenant individuellement : en développant un ensemble de services directs d'aide d'urgence et en offrant une écoute et une intervention professionnelles et spécialisées aux personnes en souffrance à toute heure de la journée ;
- en agissant au sein de la société : en mobilisant la population contre l'idée que le suicide puisse être une solution normale à cette souffrance.

L'AQPS exprime donc les préoccupations suivantes :

- Comment garantir que l'euthanasie et le suicide assisté, s'ils sont légalisés, ne contribuent pas à renforcer l'idée que mourir est une solution à la souffrance?
- Quel pourrait être l'impact d'une légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté sur l'acceptation sociale de la possibilité de choisir le moment et les circonstances de sa propre mort et donc du suicide?
- Pour une personne en souffrance, qui n'entre pas dans les conditions qui seraient fixées pour l'euthanasie ou le suicide assisté, le suicide ne pourrait-il pas apparaître comme une alternative acceptable?
- Ne faut-il pas craindre un impact sur l'intervention des professionnels auprès des personnes en souffrance?

Le modèle de l'action raisonnée<sup>5</sup> nous éclaire sur la façon dont un individu détermine son intention de produire un comportement suicidaire. Cette intention est essentiellement déterminée par ses propres attitudes, mais aussi par la norme sociale :



<sup>5</sup> Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall Inc., sur [http://www.criseapplication.uqam.ca/theme2.asp?partie=partie2\\_3](http://www.criseapplication.uqam.ca/theme2.asp?partie=partie2_3)

Dans ce modèle, l'attitude est définie comme une « prédisposition à agir de façon positive ou négative à l'égard d'un objet, d'une personne ou d'une situation, et ce, à partir des pensées et affects de l'individu. »<sup>6</sup>

Quant à la norme sociale perçue, elle réfère aux pressions sociales que l'individu associe à la production du comportement envisagé.

La problématique du suicide est certes plus complexe. En effet, de multiples facteurs (par exemple individuels, familiaux, contextuels, sociétaux, d'accessibilité) influencent les idées et comportements suicidaires. Néanmoins, il est certain que, parmi ceux-ci, la norme sociale perçue par un individu est un facteur déterminant.

« Appliqué à la conduite suicidaire, le modèle de l'action raisonnée suggère que l'attitude favorable ou défavorable qu'une personne entretient à l'égard du suicide, de même que sa perception des normes sociales en vigueur, influent directement sur la probabilité que celle-ci commette un geste suicidaire dans un moment de crise. »<sup>7</sup>

L'AQPS se demande donc :

- L'euthanasie et/ou le suicide assisté ne risquent-ils pas de modifier la norme sociale québécoise relative au suicide, l'amenant vers plus d'acceptabilité, voire de valorisation?

En outre, nous savons que le fait de compter parmi ses proches quelqu'un qui a commis un suicide est, en soi, un facteur de risque important. Par exemple, une étude de 2004 a noté que 36 % des hommes et 29 % des femmes s'étant suicidés comptaient dans leur réseau social un ami ayant posé un geste suicidaire dans la dernière année<sup>8</sup>.

Dans ce contexte, vu les rapprochements entre les phénomènes, au moins dans la perception individuelle, et en l'absence de résultats d'études sur le sujet dans les pays où l'euthanasie et/ou le suicide assisté est légalisé, l'AQPS se demande :

- Le fait de compter parmi ses proches une personne ayant eu recours à l'euthanasie ou au suicide assisté pourrait-il être un facteur de risque de suicide?

<sup>6</sup> Daigle, M., Beausoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L., & Desaulniers, J. (2002). *Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes: Rapport d'évaluation présenté au ministère de la Santé et des Services Sociaux*. Québec: MSSS.

<sup>7</sup> [http://www.criseapplication.uqam.ca/theme2.asp?partie=partie2\\_3](http://www.criseapplication.uqam.ca/theme2.asp?partie=partie2_3)

<sup>8</sup> Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A [Ed.] (2004). *Suicidal Behaviour in Europe. Results from the WHO/Euro Multicentre study on suicidal behaviour*. Hogrefe & Huber. Washington, USA & Göttingen, Germany, sur <http://www.criseapplication.uqam.ca>.

### 3.2.2 Impact potentiel sur le rapport à la souffrance

Comme relevé à propos des convergences entre suicide, suicide assisté et euthanasie (en page 6 de ce document), la souffrance jugée insupportable est le principal point commun entre le candidat au suicide et la personne qui demande l'euthanasie ou le suicide assisté.

En outre, nous savons que la souffrance physique est accentuée par le rapport que nous entretenons avec celle-ci. La peur et le rejet de la souffrance que nous pouvons parfois éprouver se répercutent sur ceux et celles qui souffrent.

« La souffrance devient intolérable quand le fait de souffrir isole, quand il exclut, quand il coupe de soi, des autres et de notre humanité. (...) Nous vivons dans une société ayant tendance à isoler les personnes qui souffrent, une société qui tolère mal la souffrance, qui en a peur. »<sup>9</sup>

« Le rapport individuel et collectif, les attitudes que nous entretenons face à la souffrance sont tels que, le plus souvent, ils ajoutent à notre souffrance plutôt que de l'apaiser. (...) Dans tous les cas, on a peur et on essaye de la fuir. »<sup>10</sup>

C'est la souffrance physique et psychologique, et le rapport individuel et collectif que nous entretenons avec celle-ci, qui est au cœur de la décision de demander la mort.

L'AQPS se demande ainsi :

- Un développement des moyens existants d'apaiser la souffrance ne serait-il pas préférable à l'euthanasie ou au suicide assisté?<sup>11</sup>
- Si l'euthanasie et le suicide assisté étaient en voie d'être légalisés, cette légalisation pourrait-elle préalablement s'accompagner d'une réforme globale des soins de fin de vie et des moyens d'apaiser la souffrance physique et psychologique?

<sup>9</sup> Natacha Joubert Ph.D., *La souffrance des « autres »*, décembre 2004, p. 2.

<sup>10</sup> Idem, p. 9.

<sup>11</sup> Réflexion en lien avec la question 23 du document de consultation : « Selon certains, améliorer l'offre de soins palliatifs permettrait d'éviter que des personnes demandent de l'aide à mourir. Quelle est votre opinion à ce sujet? »

### 3.2.3 Impact potentiel sur les personnes souffrant de dépression

On sait que les personnes qui souffrent d'un trouble mental ont un risque 12 fois plus élevé de suicide que celles qui n'ont pas de troubles mentaux.<sup>12</sup>

En fin de vie ou pas, les idées de mort sont inhérentes à la dépression et aux troubles de santé mentale.<sup>13</sup> La maladie mentale, comme telle, affecte le libre arbitre. Mais nous savons aussi que, indépendamment des facteurs liés à cette maladie, il n'est pas facile de prendre des décisions libres et rationnelles quand on est en souffrance.

« Les recherches indiquent que la douleur et la souffrance compromettent nos habiletés à effectuer des choix rationnels. »<sup>14</sup>

Sachant cela, l'AQPS se demande :

- La demande de mourir d'une personne qui souffre de dépression ou d'un autre problème de santé mentale peut-elle être considérée comme libre et rationnelle?<sup>15</sup>
- Dans le cas d'une légalisation de l'« aide à mourir », le dispositif pourra-t-il assurer une évaluation appropriée de façon à garantir que la demande ne soit pas influencée par un problème de santé mentale?
- En acceptant les demandes d'« aide à mourir », quel message passons-nous à toutes les personnes qui souffrent de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale sans être en fin de vie?

<sup>12</sup> B. Mishara, Conférence du 7 avril 2006, *L'euthanasie et le suicide assisté : un choix individuel ou collectif*, Institut Santé et société de l'UQAM, p. 1.

<sup>13</sup> Réflexion en lien avec la question 4 du document de consultation, portant sur les critères de l'euthanasie « Pour les personnes qui ont des souffrances psychologiques insupportables, mais dont les douleurs physiques sont contrôlées. »

<sup>14</sup> B. Mishara, Conférence du 7 avril 2006, *L'euthanasie et le suicide assisté : un choix individuel ou collectif*, Institut Santé et société de l'UQAM, p. 2.

<sup>15</sup> Réflexion en lien avec la question 19 du document de consultation : « Une personne en fin de vie peut-elle prendre une décision libre et éclairée? »

### 3.2.4 Impact potentiel sur les aînés

Bien que la problématique concerne des personnes de tous âges, la question des impacts de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté se pose de manière spécifique pour le public des aînés<sup>16</sup>.

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, le grand âge est peu valorisé et la place des aînés encore à définir. Certains aînés ont la crainte de devenir un poids pour leurs proches. Ils pourraient percevoir dans ce débat une mise en question de la valeur accordée à leur vie.

L'AQPS se demande :

- Comment s'assurer que les personnes vieillissantes, dont la qualité de vie, les aptitudes physiques ou le bien-être psychologique sont diminués, ne perçoivent pas l'euthanasie et le suicide assisté comme des signaux que la société leur adresse sur la valeur de leur vie?
- L'existence de l'euthanasie et du suicide assisté ne risquent-ils pas de générer de l'inquiétude chez les personnes âgées, quant à la qualité des soins qui leur sont ou seront offerts?

---

<sup>16</sup> En Belgique, parmi les patients euthanasiés en 2006-2007, 55% des patients avaient entre 60 et 79 ans, 25% avaient entre 40 et 59 ans et 18% 80 ans ou plus. Cf. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Troisième rapport aux chambres législatives (Années 2006 et 2007)*, p. 15.

## 4 Synthèse

Après avoir offert, dans le présent document, une réflexion sur les rapprochements et divergences entre les phénomènes d'euthanasie, suicide assisté et suicide, nous avons soulevé une série de questionnements, pour la plupart liés aux conséquences potentielles de l'euthanasie et du suicide assisté sur l'acceptabilité sociale du suicide.

C'est en effet la préoccupation essentielle de l'AQPS, qui souhaite que les bénéfices attendus de la légalisation pour une minorité de personnes ne soient pas contrebalancés par un effet sur l'ensemble de la société, via une augmentation des suicides.

L'AQPS rappelle les principes et valeurs qui ont guidé ses actions antérieures et qui ont sûrement contribué, du moins en partie, aux récents succès que connaît le Québec en prévention du suicide. Ces principes, évoqués plus haut, s'articulent autour de trois grands points :

- **La mobilisation sociale** : l'AQPS mobilise les individus préoccupés par le suicide et la société pour qu'ils affirment que le suicide peut être évité. Elle sensibilise la population au fait que la prévention du suicide est l'affaire de tous et que l'attitude collective vis-à-vis du suicide peut avoir un impact sur son acceptabilité.
- **Le suicide n'est pas une option** : le suicide est le résultat d'un ensemble complexe de facteurs personnels, familiaux et sociaux. Il n'est ni une preuve de lâcheté ni une preuve de courage, car il ne relève pas d'un choix rationnel entre plusieurs solutions.
- **La personne qui envisage le suicide veut arrêter de souffrir** : le suicide apparaît souvent comme la seule issue possible à une souffrance jugée insupportable. Même chez une personne suicidaire, le désir de vivre cohabite avec le projet de mourir : elle ne veut pas la mort, elle veut une issue à sa souffrance.

Dans ce document, l'AQPS a livré le fruit de ses réflexions sur l'euthanasie et le suicide assisté envisagés à la lumière de ses valeurs et principes.

## 5 Conclusion

L'AQPS entretient de multiples questionnements et reste à l'écoute des autres partenaires dans les débats qui sont soulevés actuellement.

Dans les réflexions en cours, elle suggère aux membres de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité :

- de prêter une attention particulière à la terminologie utilisée, afin d'éviter les confusions entre les situations d'euthanasie/suicide assisté et de suicide;
- de continuer à explorer et de documenter davantage le lien entre euthanasie/suicide assisté et suicide, notamment en commandant des études spécifiques.

Dans le cas d'une ouverture à position favorable à l'euthanasie ou au suicide assisté, l'AQPS propose :

- de préférer les critères et circonstances qui évitent au maximum les rapprochements avec la perception du suicide (contexte, moyen, mise en œuvre...);
- de veiller à ce qu'une évaluation psychologique fasse partie de la procédure de demande;
- d'investir dès à présent dans la prévention du suicide afin de contrer les effets potentiels de l'euthanasie et/ou du suicide assisté sur le suicide et les efforts de prévention;
- d'apporter une information de qualité à tous les groupes de la population, notamment sur les critères qui seraient retenus pour l'euthanasie ou le suicide assisté, afin de diminuer les risques de confusion avec les autres formes de fin de vie, dont le suicide.

Réitérant son grand intérêt pour le débat public, l'AQPS remercie les membres de la Commission pour leur lecture et se tient à leur disposition pour répondre à leurs questions cet automne, à l'occasion d'une audition.