

Montréal, le 15 juillet 2010

M. Geoffrey Kelley

Président de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité
Assemblée nationale du Québec

Objet : Mémoire sur la question de l'euthanasie

Monsieur Kelley,

Je suis une étudiante terminant actuellement un doctorat (Ph.D.) en sciences biomédicales à l'Université de Montréal, et je travaille dans un laboratoire de recherche en neurosciences au centre de recherche du CHUM. Étant dans le domaine de la santé, je suis particulièrement préoccupée par l'aspect médical entourant le débat sur l'euthanasie.

Le principal argument en faveur de l'euthanasie est que celle-ci serait parfois le seul moyen de mettre fin à la souffrance de certains patients. Si nous faisons d'abord un bref survol de la réalité actuelle sur la douleur au Québec, nous constatons qu'un individu sur cinq souffre de douleur chronique, et que ce nombre augmente de façon alarmante dans notre population vieillissante¹. En même temps, nous constatons que l'accès aux soins palliatifs demeure largement limité en raison d'un manque de ressources financières et de ressources humaines spécialisées. De plus, les classes de médicaments pour traiter la douleur utilisées en clinique ont relativement peu évolué depuis plusieurs décennies², et la prise en charge de la douleur, spécialement de la douleur chronique, demeure bien souvent sous-optimale³. Le résultat est qu'un nombre élevé de patients atteints d'une maladie incurable, en phase terminale ou non, souffrent et perdent espoir.

En tant que scientifique œuvrant dans le domaine biomédical, j'aimerais éclairer la Commission sur le fait que malgré le sombre portrait de l'état actuel du traitement de la douleur en clinique, l'état actuel de l'avancement des travaux de recherche en pharmacologie de la douleur est pour sa part très encourageant. En effet, le traitement de la douleur fait l'objet de nombreuses recherches et il apparaît qu'une panoplie de nouvelles avenues thérapeutiques s'avèrent fortement prometteuses, certaines ayant même déjà été testées en clinique. Selon le Dr Pierre Beaulieu, expert dans le domaine, certaines pistes sont à exploiter avec grand intérêt étant donné leur potentiel pour le traitement de la

¹ <http://www.colloquedouleur.ca/> (consulté le 15 juillet 2010)

² Beaulieu P. et Walczak J.-S. (2005) Nouvelles approches pharmacologiques dans le traitement de la douleur. *Pharmacologie de la douleur* (ch. 8), p.235, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

³ Référence 1

douleur chronique, celle-ci étant réfractaire aux traitements analgésiques classiques utilisés couramment en clinique⁴. Ce ne sont donc pas les possibilités de traitement de la douleur qui manquent, et à cet effet les chercheurs du domaine tiennent à rappeler que « l'amélioration de la prise en charge de la douleur doit, par ailleurs, passer par l'établissement de nouvelles formes de dialogues entre les chercheurs, les cliniciens et les patients »⁵. Toutefois, il est bien évident que d'ici à ce que la médecine en soit rendue à pouvoir maîtriser de façon optimale toute forme de douleur, la réalité est que certains cas de douleur peuvent ne pas être parfaitement contrôlés en ce moment. On peut alors dans les cas extrêmes recourir à la sédation palliative ou terminale, qui pourra soulager le patient, sans le tuer.

Considérant tous les points mentionnés ci-haut, il m'apparaît évident que l'euthanasie n'est en aucun cas le seul et unique moyen de soulager la douleur de certains patients; il existe en effet déjà d'autres possibilités et plusieurs autres sont à développer. Cet argument de la douleur, central dans le débat sur l'euthanasie, ne me semble donc pas valide. Ceci étant dit, puisqu'il existe des solutions alternatives à l'euthanasie pour soulager la douleur, je m'interroge sur les vraies raisons poussant certaines personnes à souhaiter la légalisation de cette pratique. Ce qui me préoccupe, c'est que l'enjeu me semble d'abord et avant tout économique. En effet nous savons tous que le système de santé au Québec connaît actuellement déjà des difficultés financières, et que cette situation risque fort probablement de s'aggraver dans un futur rapproché en raison du vieillissement de la population. Certaines personnes voient la pratique de l'euthanasie comme étant bénéfique, puisque selon eux, cela permettrait de « libérer des places dans les hôpitaux », et aussi d' « éviter des coûts dépensés inutilement pour des patients pour qui rien n'est plus possible pour améliorer leur état de santé »⁶. Ce type de discours m'inquiète au plus haut point et je tiens à mentionner à la Commission qu'il serait dangereux de laisser l'aspect économique influencer le présent débat puisque, comme l'a bien exprimé Mme Véronique Hivon, vice-présidente de la Commission, notre « seul guide » dans ce débat doit demeurer « le bien-être et le respect de la personne humaine dans toute la complexité de sa vie, de sa fin de vie et de sa mort »⁷.

Ma position dans ce débat est claire : je suis contre la légalisation de l'euthanasie qui je crois comporterait plusieurs dangers. Parmi ceux-ci, je crains d'abord que cela n'ait un effet négatif sur l'image de la médecine au Québec. Sur ce point, j'appuie les propos de Mme Linda Couture, directrice de l'organisation *Vivre dans la Dignité*, déclarant que « nous ne pouvons pas permettre que l'acte de tuer soit reconnu comme un soin dans le système de santé au Québec »⁸. En

⁴ Référence 2

⁵ Référence 1

⁶ <http://www.espacealouer.org/articles/afficher.php?aid=144> (consulté le 15 juillet 2010)

⁷ « Mourir dans la Dignité », Document de consultation, Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, Assemblée Nationale du Québec, mai 2010.

⁸ <http://www.vivredignite.com/> (consulté le 15 juillet 2010)

effet, laisser se développer des mouvements en faveur de l'euthanasie est contraire à l'idée même de la médecine, qui a pour mandat premier de chercher à protéger la vie. Je crois comme certains que la relation de confiance entre le médecin et le patient pourrait être ébranlée, puisque ce dernier pourrait alors craindre que le médecin ne fasse pas tout ce qui est en son pouvoir pour le maintenir en vie. Étant contre l'acharnement thérapeutique, je prône néanmoins « l'obstination thérapeutique » qui consiste pour le médecin à tout tenter, à être imaginatif et à soutenir l'espoir des patients par sa persévérance. La médecine se développe à une vitesse extraordinaire et c'est une raison supplémentaire, en dehors de toutes les raisons de fond, de « s'accrocher aux vies ». Les cas de patients souffrant de maladies graves et incurables jusqu'à ce jour ne doivent pas être considérés comme étant désespérés ; au contraire il faut continuer les efforts de recherche et ne pas baisser les bras, puisque les progrès en recherche biomédicale, notamment les avancées récentes en médecine régénératrice (traitement à base de cellules souches), se sont avérés être fortement prometteurs et démontrent que nos capacités à faire progresser la médecine ne doivent jamais être sous-estimées⁹. Choisir de tuer des patients atteints de maladies pour le moment incurables lancerait selon moi un message de désespoir à notre société, et cela serait en contradiction avec les valeurs fondamentales et les motivations à la base des efforts de recherche en santé.

Alors que choisirons-nous ? Tuer des gens qui de toute façon sont condamnés à mourir ? Ou déciderons-nous de valoriser la vie de ces gens en faisant tous nos efforts pour leur assurer le meilleur soulagement et accompagnement possible jusqu'à la fin ? Selon le Dr Lucien Israël, oncologue et expert en soins palliatifs, « Il suffit de témoigner à un être humain que l'on sait ce qu'il est et ce qu'il représente pour qu'il n'ait pas envie de disparaître. [...] Il est en fait très rare, souligne-t-il, que les malades qui reçoivent des soins et de l'affection demandent la mort. [...] Le malade redoute moins la douleur que l'abandon ; il redouterait la souffrance si on ne faisait rien »¹⁰. Par ailleurs, selon l'*Association Internationale pour l'Étude de la Douleur*, la douleur émotionnelle telle que l'abandon pourrait aussi s'exprimer sous forme de douleur physique¹¹, ce qui démontre d'autant plus le besoin d'offrir des soins palliatifs de qualité aux patients basés sur une approche multidisciplinaire et impliquant un accompagnement et une aide psychologique adéquate. Je termine en demandant quelles valeurs voulons-nous inculquer à la prochaine génération ? Je crois personnellement, tout comme le prône l'organisation *Vivre dans la dignité*, qu'une « société humaine et civilisée porte la responsabilité de respecter et protéger tous ses citoyens et citoyennes, à commencer par les plus faibles et les plus vulnérables »¹². Par la présente lettre, je désire vivement encourager le gouvernement provincial ainsi que les citoyens et citoyennes du Québec, dont moi la première, à orienter ses efforts et ses

⁹ <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201004/13/01-4270019-une-percee-canadienne-permet-de-guerir-le-coeur.php> (consulté le 15 juillet 2010)

¹⁰ Israël L (2002). Les dangers de l'euthanasie. Édition des Syrtes, Paris, 154 p.

¹¹ International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org> (consulté le 15 juillet 2010)

¹² Référence 8

ressources en vue d'offrir aux Québécois et Québécoises en fin de vie des soins palliatifs de qualité, afin de leur assurer une fin de vie naturelle et un accompagnement empreint de compassion. Après tout, n'est-ce pas là le meilleur moyen de leur assurer une mort digne?

Recevez mes meilleures salutations,



Élizabeth Beauchesne, B.Sc.
Étudiante Ph.D. Sciences biomédicales
Université de Montréal
Unité de recherche en neurosciences
Centre de recherche du CHUM-Hôpital St-Luc
1058 St-Denis, Montréal, QC, H2X 3J4
(514) 890-8000 ext. 35236
elizabeth.beauchesne@umontreal.ca