

**Mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de
mourir dans la dignité
par Odile Marcotte**

Résumé

Dans ce mémoire j'explique pourquoi je suis opposée à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté ou à leur introduction dans le système de santé québécois. En particulier, la question du lien entre santé mentale, euthanasie et suicide assisté est cruciale mais ne semble pas avoir reçu assez d'attention. La question de la cohérence dans l'action du gouvernement me semble aussi un point très important: l'État peut-il d'un côté consacrer des ressources aux soins en fin de vie et à la prévention du suicide et de l'autre introduire l'euthanasie et le suicide assisté dans le système de santé? Enfin on peut penser que l'introduction de l'euthanasie et du suicide assisté modifiera de manière durable le regard porté par certaines personnes et même l'État sur les personnes handicapées ou affligées de maladies incurables.

Mémoire

1. L'expression « mourir dans la dignité »

Le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté qui a lieu au Québec (et plus généralement dans le monde) révèle que l'expression «mourir dans la dignité» peut avoir deux sens distincts et même opposés. Pour une personne en fin de vie, mourir dans la dignité peut signifier mourir dans un environnement où ses besoins médicaux (en particulier le soulagement de la souffrance physique et morale), affectifs et sociaux sont satisfaits dans toute la mesure du possible et dans une atmosphère de respect. Dans ce cas le mot dignité fait référence à la dignité intrinsèque de la personne humaine, sur laquelle repose le droit à la vie et la sécurité de la personne reconnu par les chartes de droits. D'autre part l'expression « mourir dans la dignité » est utilisée depuis longtemps par les groupes militant en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté. Dans ce deuxième cas, la notion de dignité est subjective puisqu'on reconnaît à une personne le droit de recevoir une « aide médicale à mourir » ou «

aide au suicide » lorsqu'elle estime que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Remarquons qu'un tel « droit de mourir » ne figure pas dans les chartes de droits et que sa mise en oeuvre éventuelle poserait beaucoup de problèmes. Premièrement, comme le document du Collège des médecins intitulé *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie* le rappelle souvent, un médecin ne peut être un simple exécutant. Même si un patient désire être euthanasié, rien ne peut forcer son médecin à accepter cette requête. Deuxièmement, l'attitude du médecin, même et surtout s'il accepte cette requête, n'est pas une attitude « neutre » ou inspirée par le seul devoir professionnel. En effet, en euthanasiant un patient, le médecin confirme aux yeux de tous qu'il partage le point de vue de celui-ci et que la vie du patient ne vaut plus la peine d'être vécue. L'euthanasie a donc nécessairement un aspect social, même si elle apparaît comme une démarche individualiste.

2. Balises et santé mentale

N'y a-t-il pas une catégorie de médecins qui s'interrogent sur le « désir de mort » de leurs patients? Cette remarque nous amène à poser la question des balises. Les promoteurs de l'euthanasie utilisent souvent l'expression « aide médicale à mourir balisée ». Il est frappant de constater qu'on a très peu parlé de ces balises depuis septembre 2009, date à laquelle le débat actuel sur l'euthanasie a commencé. Par exemple, il me semble essentiel qu'un psychiatre puisse évaluer et aider les personnes qui expriment leur désir de mourir. Or dans le document du Collège des médecins mentionné ci-dessus, le mot « processus » apparaît 91 fois (la plupart du temps il s'agit d'un processus décisionnel) et l'expression « maladie mentale » n'apparaît jamais. Cet oubli m'étonne et m'inquiète, puisqu'on estime qu'une personne sur six souffrira de maladie mentale pendant sa vie et qu'il y a une forte corrélation entre maladie mentale et idées suicidaires.

Le document du Collège des médecins ne présente pas non plus d'analyse des expériences des états et pays où l'euthanasie est permise. La population combinée de ces états et pays représente moins de 4 pour cent de la population mondiale, mais leur expérience

devrait être étudiée attentivement parce qu'ils servent pour ainsi dire de laboratoire. Par exemple, un document belge mentionne que le nombre d'euthanasies ayant eu lieu dans des maisons privées est beaucoup plus élevé que ce à quoi les autorités s'attendaient. Que proposent les groupes qui sont en faveur de l'euthanasie? Doit-on permettre que l'euthanasie soit pratiquée dans une maison privée? Doit-on laisser à un seul médecin et aux proches la décision d'euthanasier une personne en fin de vie ou souffrant de maladie chronique?

Dans un article publié récemment dans *Le Devoir*, le docteur Lamontagne, président du Collège des médecins, a expliqué qu'il était nécessaire de faire une évaluation complète des effets thérapeutiques de la marijuana. Il a même mentionné que les études menant à l'approbation d'un médicament prenaient en général plus de 15 ans. Je regrette que le Collège des médecins ait jugé bon de se prononcer en faveur de l'euthanasie dans certaines circonstances, même si les Pays-Bas n'ont légalisé l'euthanasie qu'en 2002. D'autre part, des personnes déprimées ou n'ayant jamais donné leur consentement ont subi l'euthanasie aux Pays-Bas. Quelles mesures le Collège des médecins et les promoteurs de l'euthanasie ont-ils proposées pour éviter que ces abus se produisent au Québec?

Je pense que le manque de précisions concernant les balises devrait nous inciter à rejeter l'euthanasie et le suicide assisté. Lorsque la peine de mort était en vigueur, elle était entourée de balises beaucoup plus strictes que celles qui sont proposées pour l'euthanasie; malgré cela elle a été abolie, en grande partie parce qu'il est impossible de garantir qu'il n'y aura pas d'erreur judiciaire.

3. Cohérence dans l'action gouvernementale

Nous vivons dans un état qui, en principe, tente d'assurer le bien-être de ses ressortissants et de régler certains problèmes « sociaux » jugés graves par la population. Il y a quelques années le taux de suicide était plus élevé au Québec que dans les autres provinces canadiennes et beaucoup de pays européens. De grands efforts ont été consentis pour faire diminuer ce taux et le taux de suicide a diminué au Québec. Les valeurs du gouvernement du Québec ont apparemment changé depuis cette époque puisqu'il est maintenant

question d'introduire le suicide assisté dans le système de santé. En tant que citoyenne, je déplore ce manque de cohérence dans l'action gouvernementale.

D'autre part, un des buts affichés du gouvernement est de protéger les personnes vulnérables et handicapées. Quel regard portera le gouvernement sur ces personnes si l'euthanasie et le suicide assisté deviennent des pratiques courantes? Il y a quelques semaines un journaliste de La Presse a écrit un article sur une personne souffrant de la sclérose en plaques. Cette femme a choisi d'aller en Suisse pour qu'on l'aide à se suicider. Naturellement le journaliste en question n'écrira jamais d'article sur les malades qui souffrent de la sclérose en plaques et désirent continuer à vivre. Si j'étais handicapée ou souffrais d'une telle maladie, j'aurais peur que l'introduction de l'euthanasie et du suicide assisté ne mène à une diminution des soins palliatifs ou de l'assistance aux malades. Je m'inquiéteraï aussi du regard que la société et l'état portent sur moi.

4. Le questionnaire et l'opinion de la population

Un coup d'oeil rapide sur le questionnaire de la Commission révèle qu'elle donne à l'expression « mourir dans la dignité » le même sens que les promoteurs de l'euthanasie. En particulier, la formulation de la question no 9 ne permet pas à un citoyen ou une citoyenne d'exprimer son opposition à l'euthanasie et au suicide assisté. Les énoncés de plusieurs questions ne spécifient même pas si les cas dont on parle sont des cas de personnes en fin de vie, souffrant de maladies chroniques ou simplement malades. J'invite donc la Commission à publier toutes les réponses qu'elle a reçues, y compris les commentaires accompagnant chaque question. Si elle ne le fait pas, le public ne pourra accorder aucun poids à un tel sondage. Je regrette aussi que la Commission ait renoncé à faire parvenir à chaque foyer québécois un document décrivant les enjeux de l'euthanasie et du suicide assisté.

Certains promoteurs de l'euthanasie affirment que 70 ou 75 pour cent des Québécois sont en faveur de l'euthanasie. Cette affirmation ne pourrait être prise au sérieux que si la population avait reçu une information substantielle et comprenait la différence entre euthanasie et interruption de traitement (pour ne donner que cet exemple). De

plus d'autres sondages du même type indiquent que presque 70 pour cent des Québécois sont en faveur de la peine de mort. Le gouvernement du Québec a-t-il l'intention de créer immédiatement une commission pour rétablir la peine de mort? Notons qu'il s'agit là d'un domaine de juridiction fédérale, comme l'euthanasie. Le devoir du gouvernement est de veiller au bien collectif, et non pas de gouverner en se basant sur des sondages. Pour toutes les raisons exposées dans ce mémoire, j'invite la Commission à adopter le premier sens de l'expression « mourir dans la dignité » et à recommander au gouvernement de promouvoir les soins palliatifs et les autres soins nécessaires à une vie digne pour les personnes vulnérables et handicapées.