

# MÉMOIRE

Présenté à la  
Commission spéciale MOURIR DANS LA DIGNITÉ

25 novembre 2010



---

Vivre dignement jusqu'à la mort



La Maison  
Aube-Lumière

## RÉDACTION

### Jean-Marc Bigonnesse MD FMFC

Médecin à la Maison Aube-Lumière  
Professeur agrégé  
Département de médecine de famille  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke

## RÉVISION

### Marie-Paule Kirouac

Directrice générale de la Maison Aube-Lumière

### Jean Desclos PhD

Président du Comité d'éthique à la Maison Aube-Lumière  
Professeur titulaire  
Faculté de théologie et d'études religieuses  
Université de Sherbrooke

## LA MAISON AUBE-LUMIÈRE



Établissement privé et sans but lucratif, La Maison Aube-Lumière a accueilli le premier malade le 1er décembre 1997. Depuis, chaque année, 200 personnes viennent y trouver un chez eux pour leurs derniers jours. Nous leur ouvrons grand les bras, ainsi qu'à leurs proches, dans l'espoir de leur fournir des soins de haute qualité dans un climat de dignité et de soutien global.

Le bien-être des malades est la préoccupation première des gens de La Maison Aube-Lumière. La Maison Aube-Lumière s'est donné pour mission d'accompagner des personnes atteintes du cancer en phase palliative en répondant avec amour, douceur et sérénité à leurs besoins physiques, psychologiques, spirituels et sociaux, dans le plus grand respect de leur cheminement personnel. Les soins prodigués à la Maison, repose sur la philosophie des soins palliatifs telle que mise de l'avant par le Réseau de soins palliatifs du Québec. Il est clair que de recourir à l'euthanasie va totalement à l'encontre de la philosophie des soins qui sont offerts ici depuis maintenant 13 ans.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé</b>	p. 4
<b>Introduction</b>	p. 7
<b>1. Éléments historiques</b>	p. 8
1.1 Quelques données	p. 9
1.2 Ce besoin de clarification	p. 9
1.3 Ces frontières qui alimentent le débat	p. 11
<b>2. La dignité, qu'est-elle au juste ?</b>	p. 15
2.1 Définition et concepts	p. 15
<b>3. La dignité réclamé : le droit de choisir en toute liberté</b>	p. 16
3.1 La dignité comme une convenance personnelle : « On n'a jamais honte tout seul »	p. 16
3.2 La dignité exprimée à travers la liberté, le libre choix	p. 17
<b>4. La dignité réclamé : le droit à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité</b>	p. 17
4.1 Dignité au delà des apparences	p. 18
<b>5. Médecins et soignants à risque</b>	p. 20
<b>6. Conclusion</b>	p. 22
6.1 Prise de position	p. 22
6.1.2 La dignité centrée sur la vision de l'individu	p. 23
6.1.3 La dignité centrée sur la vision de la société	p. 24
6.1.4 En finissant	p. 25
<b>Bibliographie</b>	p. 26

## RÉSUMÉ

Nous souhaitons tous au plus profond de nous-même, mourir sereinement dans la plus grande dignité possible. Que voulons-nous affirmer au juste? Partir entouré de mes êtres chers, calmement, aimé tendrement, sereinement, sans souffrance? Mourir dans la dignité, ou vivre dignement jusqu'à la mort? Mais à coup sûr, mourir sans indignités... surajoutées.

La question de l'euthanasie, intimement liée à notre rapport à la mort, n'est pas nouvelle. Le débat autour de l'euthanasie resurgit régulièrement depuis plus de 100 ans. Si au départ la profession médicale participe peu aux débats, celle-ci prendra de l'ampleur avec l'arrivée, entre autres, des nouvelles techniques de réanimation faisant resurgir le discours sur l'euthanasie. Depuis 20 ans, les opinions changent, et la profession médicale est au cœur du débat.

Plusieurs études mentionnent que les professionnels de la santé sont confrontés directement à des demandes d'euthanasie. D'autres sur l'évaluation de position du grand public en regard de l'euthanasie, semblent démontrer une progression en sa faveur au fil des années, le Québec n'y échappant pas. Des pourcentages rapportés pour la population générale, on note un décalage entre le nombre en faveur et le nombre réel qui l'exigeront rendu en fin de vie. Cela ne traduit-il pas la confusion entretenue par le manque de définitions claires? Toutefois, il ne faut pas conclure que la légalisation serait sécuritaire pour autant.

### Le devoir de clarifier

Les auteurs s'entendent tous sur l'importance de rappeler les distinctions entre suicide assisté, euthanasie, arrêt de traitements, omission ou abstention de traitements. La jurisprudence a clairement établie le droit à la dignité, à l'autonomie et l'autodétermination, impliquant ainsi, le droit de refuser un traitement, de le débiter ou même de le cesser, même aux risques d'écourter la vie. L'assimilation du droit de mourir dans la dignité au droit à la mort ne saurait être cautionné par la justice. Mais malgré cela, il persiste un flou important chez la plupart des gens – y compris les professionnels de la santé – à propos de ce qu'est l'euthanasie et ce que peuvent apporter les soins palliatifs. D'où l'importance pour la Commission de bien préciser ces termes afin de dissiper toute confusion et permettre ainsi d'ouvrir la porte aux vraies questions, fondamentales pour notre société, que soulève ce débat alimenté par ces frontières imprécises.

### Déni de la mort

Derrière le déni de la mort, dans un contexte médical instrumentalisé et impersonnel, se cache l'illusion de la toute-puissance. Ce déni de la mort est la face cachée de la volonté de contrôle sur la vie. N'est-il pas présent autant chez celui qui refuse d'en voir l'horreur ou le non-sens, que chez le médecin qui cherche à lui faire obstacle? Ce déni est aussi le désir de l'individu qui s'exprime dans l'espoir d'une mort dans leur sommeil, souvent qualifiée de la plus belle des morts n'est réservée seulement pour 10% d'entre nous. Cet espoir est « *une tentative de maîtrise et de déni (de la mort) à travers le souhait d'un court-circuit final [...], mort idéale permettant de s'éteindre brutalement en évitant la souffrance et la déchéance, l'agonie ou le questionnement anxieux.* »

### Solidarité et individualisme

L'impératif de la belle mort s'inscrit, par logique, dans la série des impératifs de la vie, de la santé, du bonheur à tout prix : « *être bien dans sa peau* », qui reflète bien la société de laquelle les individus sont issus. En un peu plus de soixante ans, nous sommes passés d'une société solidaire qui avait le sens de la communauté, le souci de l'autre, à une société solitaire individualiste, axée sur la productivité, la performance et la consommation. D'une conception « *collective de la destinée [où] la familiarité avec la mort est une forme d'acceptation de l'ordre de la nature* », nous en sommes progressivement venus à une vision individuelle du destin de chacun. Alors qu'« *à la solidarité qui se manifestait autrefois autour des mourants [s'est] substituée une solitude, un chacun pour soi qui n'encourage pas à faire confiance aux autres et qui fait que l'on préfère compter sur soi* ». Un individualisme qui n'est pas sans danger et qui est porteur du risque de « *dérives liées à l'atomisation et à l'isolement de l'individu* », celui-ci étant appelé à exister « *pour soi, dans une indépendance voulue [...] qui le conduit, par conséquent, à vivre et mourir seul* ». C'est de cette solitude, de cet isolement que naît cette peur tant appréhendée, la peur de mourir seul, abandonné. Cette crainte en apparence justifiée, porte certains à légitimer la légalisation de l'euthanasie.

L'individualisme extrême approuve l'euthanasie pour plusieurs raisons. La perte de sens de la communauté qui nous livre à des sentiments de solitude et d'abandons face à la mort et au deuil. La perte du sentiment d'appartenance, l'individualisme et les appels à la légalisation de l'euthanasie se renforcent mutuellement.

Ce flou des frontières, ces pertes de repères, l'absence de consensus pour prioriser la pluralité des valeurs en cours, l'accélération du gain de contrôle et du désir de maîtrise, forgent l'illusion de notre toute-puissance. Devant la mort omniprésente, face à l'angoisse paralysante, on s'en remet alors à la science, avec l'illusion que celle-ci peut tout expliquer, tout dominer. Et voilà toute notre ambivalence. Nous voilà entraînés de réagir face à cette même science, cette médecine que l'on veut gardienne de la vie mais à qui, paradoxalement, bien qu'elle nous éloigne de la mort, nous sommes prêts lui confier ce rôle : le pouvoir sur notre fin de vie.

### La dignité, qu'elle est-elle ?

Tous, nous réclamons plus de dignité, plus de respect. Mais comment? Est-ce en donnant à la médecine ce pouvoir de donner la mort selon nos volontés, nos désirs? Ou plutôt en travaillant avec elle, à lui permettre de nous redonner ce qu'on lui reproche? Cette ambivalence face à cette médecine décriée, commande la plus haute prudence. Ce discours en faveur de l'euthanasie accentue grandement le flou des frontières discuté plus haut. Cette perte de contrôle sur nos vies et notre fin de vie, bien que tous nous voulons se la réapproprier, même au nom de l'autodétermination, il nous semble aussi, tout à fait paradoxal que de la réclamer en

utilisant l'acteur fautif à qui nous reprochons son manque d'humanité afin de répondre à cette demande... , celle de devenir l'acteur de l'euthanasie et du suicide assisté.

On reconnaît la difficulté de définir ce qu'on entend par dignité, reflet de la complexité et de la confusion soulevée lorsqu'elle est réclamée en fin de vie. Aujourd'hui, le sens généralement reconnu au mot "dignité" est influencé par les écrits de grands philosophes et penseurs tels que Kant et autres. La philosophie des soins palliatifs se base sur cette définition de la dignité.

La dignité est le « *sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui. Prérrogative ou prestige inaliénables dont jouit une personne en raison de son comportement [...]* ». Kant précise ce principe selon lequel un être humain ne doit jamais être traité comme un moyen, mais comme une fin en soi. Ce principe doit se traduire dans l'action.

### **Droit de choisir en toute liberté**

Dans le discours en faveur de l'euthanasie, la dignité est revendiquée essentiellement à partir de deux arguments qui soutiennent la plupart des interventions. Le premier, la dignité comme une *convenance personnelle*, une libre appréciation de la personne. Le deuxième, la dignité exprimée à travers *l'autonomie et la liberté de choix*. L'objectif poursuivi en bout de ligne est de s'assurer une mort digne, en manifestant ce qui, à leurs yeux, apparaît comme un absolu : le respect de leur corps et de leur volonté à éviter ce qu'ils considèrent comme inacceptable en fin de vie : la déchéance, la perte d'autonomie ou encore l'altération des fonctions essentielles. Les menaces que représente la fin de la vie sont incompatibles avec l'essence de ce qu'est l'être humain et à l'idée de ce qu'il se fait de lui-même. La base des deux arguments principaux tient essentiellement, sur le respect absolu des volontés de la personne.

### **Des soins palliatifs et de fin de vie de qualité**

Le mouvement des soins palliatifs, en réponse à la déshumanisation des soins de santé, réintroduit la dignité de la personne en privilégiant des soins de fin de vie axés sur le confort et le soulagement des souffrances plutôt que la guérison à tout prix. En reconnaissant que la mort survient naturellement à la fin de la vie, ou que parfois la maladie ne peut être guérie malgré les traitements disponibles, les soins palliatifs se positionnent différemment dans son rapport au patient. En faisant valoir la nécessaire reconquête de la fin de sa vie par la personne mourante, les soins palliatifs redonnent place à la dignité fondamentale de l'être humain en travaillant à améliorer *la qualité de la fin de la vie*. Le but est d'atténuer le plus possible les souffrances, tant physiques, psychologiques que morales, dans une vision globale de l'être humain. La fin de la vie peut être difficile avec l'idée de la mort qui est proche. Elle soulève en nous l'angoisse qu'on ne peut s'avouer. Ces souffrances, parfois si grandes, cette peur, ces regrets possibles, portent atteinte à notre dignité. Est-il possible alors de vivre dignement jusqu'au bout ?

Ils mettent tout en oeuvre pour préserver la relation, à travers laquelle s'exprime la confiance. Être solidaire face à la souffrance de l'autre exige alors de la soulager avec tous les moyens que la science nous permet, soigner avec dignité.

C'est à travers l'unité avec ses semblables que l'individu pourra composer avec les inévitables forces destructrices de la mort. Il découvrira l'expérience de la dépendance étroite par rapport aux autres. Les hommes seront solidaires entre eux face au pouvoir annihilateur de la mort. La société sera là pour aider l'homme à repousser la mort, à préserver la vie. Mais elle sera là aussi pour s'occuper d'eux en fin de vie et de leurs corps après sa mort. C'est justement à travers l'acte de soigner — de prendre soin — que la dignité de la personne en fin de vie est préservée. Si nous préservons cette dignité, jusqu'aux derniers retranchements de la vie, nous aurons, nous aussi, l'assurance que nous ne serons pas abandonnés, que nous serons soignés et respectés par l'autre — notre semblable — qui sera là, à nos côtés.

Mais ce principe de solidarité s'estompe devant l'« *hyper-individualisme* » qui anime nos sociétés occidentales matérialistes, axées sur les droits individuels au détriment des droits collectifs, gardiens de la cohésion. Un contrepoids qui fait obstacle à la recherche de la dignité humaine. Obstacle tel, que d'aucun craignent justement que ce manque de solidarité fasse défaut, justement en fin de vie. La peur d'être abandonné, de mourir seul.

La dignité intrinsèque exige donc le respect mutuel que les personnes se doivent les unes aux autres. En cette « *voix de la conscience [qui] me dit que toute vie autre est aussi importante que la mienne* ».

La crainte de perdre la dignité, ne serait-elle pas en réalité, la crainte de la mort ? On réclame à grands cris de mourir dans la dignité, mais, comme le souligne Bourgeault, la dignité est niée par cette vie même, axée sur le travail, la production et la consommation. Niée par le fait que le travail impose à « l'esclave » son plan, ses objectifs, ses directives. Faisant en sorte que les individus ont perdu le "sens de la vie". Ainsi, ne plus reconnaître cette dignité intrinsèque ouvre la porte à une euthanasie sans restrictions. Un risque d'abus qui fait paradoxalement écho à l'acharnement thérapeutique, qui les tenants à la légalisation craignent, à leur façon, tout autant.

### **Médecins et soignants à risque**

Mais toute cette souffrance, que traduit-elle au juste ?

Le décalage dans les pourcentages des gens qui sont en faveur et ceux qui, réellement, demandent l'euthanasie lorsqu'ils se retrouvent en fin de vie est paradoxal. Nous croyons qu'en fait cela pourrait traduire la peur de souffrir, la peur de mourir seul et en détresse. Très souvent, une fois les souffrances et inconforts soulagés, le soutien offert, la demande initiale s'estompe.

À coup sûr, confusion, malaises, conflits de valeurs seraient d'autant de tensions qui ruinent la qualité et la cohésion des équipes soignantes, si précieuses en soins palliatifs et de fin de vie. Ainsi, faire place à l'euthanasie signifie alors d'ouvrir une brèche dans

l'ordre des choses, dans notre rapport à la vie. Ce serait donc de mettre le personnel soignant dans une situation intenable. L'interdit de meurtre est une valeur trop fondamentale et la remettre sous la responsabilité des médecins – qui sont formés avant tout pour soigner, résolument tournés vers la vie – ferait en sorte d'ébranler les fondements sociaux et la confiance dans le système de santé et ses médecins. Les médecins et les autres soignants sont eux aussi pris avec leurs contradictions, leurs peurs. L'ambivalence que traduit tout le débat autour de l'euthanasie met en relief toute la complexité des êtres humains, la complexité de la relation entre eux, particulièrement dans un rapport vulnérable comme celui qui s'inscrit en fin de vie.

Le devoir de protection de la société, de sa cohésion, s'applique aussi aux équipes soignantes qui oeuvrent auprès des personnes en fin de vie et leurs familles. Il faut protéger la cohésion dans les équipes de soins qui, devant de telles situations d'ambiguïté, deviennent vulnérables elles aussi. Ainsi la démarcation de la limite entre ce qui est « raisonnable » et ce qui ne l'est pas est parfois bien mince, d'où le devoir de clarification. C'est souvent cette confusion qui amènent certaines personnes à en faire la demande ou encore pire, à nous prêter une telle intention. Donner le droit légal aux médecins de pratiquer l'euthanasie, revient à leur donner le droit de protéger ou sauvegarder la vie, et le droit de l'enlever ou d'y mettre fin. À partir de ce moment, nous ouvrons une brèche où « une fondamentale relation de confiance entre les citoyens s'en trouve ruinée ».

### Conclusion

L'euthanasie cache multiples volets qui, si on ne s'y arrête pas, risquent d'appauvrir la réflexion. L'euthanasie soulève les passions. Elle vient nous questionner, chercher en chacun de nous des éléments de notre humanité auxquels on ne s'arrête pas souvent. On n'ose pas la visiter, de peur de rester paralysé devant ce qui s'y cache... Ces éléments s'expriment en nous, à travers nous, probablement de façon inconsciente, mais colorent assurément, nos comportements émotifs, non verbaux qui transparaissent dans notre relation à l'autre, notre relation à la vie.

Deux avenues qui se dégagent, à parler *dignité*, particulièrement en fin de vie. D'une part, la dignité vue sous l'angle de l'individu. La dignité est interpellée par l'individu afin que nous le respections dans ses droits, sa liberté et ses valeurs. D'autre part, la dignité vue sous l'angle de la collectivité, de la société. La dignité interpellée par la société en raison des droits mais aussi de ses obligations de protection et du maintien de sa cohésion.

Tout le défi est là. Posons-nous la question, pourquoi l'individu, à ce stade-ci du développement de nos sociétés occidentales, sent-il le besoin de se protéger contre la collectivité, jusqu'à en réclamer le droit de mourir comme il l'entend? La société aurait-elle manquée à son devoir de protection, sa raison d'être?

Deux visions pour réclamer la dignité en fin de vie, le droit de mourir avec dignité, mais devrait-on plutôt dire : le droit de vivre dignement jusqu'à la mort.

Il est possible de vivre dignement en fin de vie, à condition de rétablir l'équilibre des forces en jeu. La reconnaissance de l'individu comme personne, un acteur-sujet, maître des décisions qui le concerne. Le choix s'exerce alors à part entière dans un dialogue, dans la relation ainsi que dans l'engagement de ses semblables à l'aider, à le supporter en fin de vie et jusqu'au bout de sa vie. L'engagement de lui assurer une qualité de fin de la vie, en lui garantissant de ne pas ajouter d'affronts à sa condition déjà difficile, minimiser l'indignité, pour que la dignité puisse surgir. Rétablir cet équilibre est en fait de recréer une société solidaire, reconstruire le tissu social qui a longtemps été ce filet de sécurité et de confiance qui s'est malheureusement étioilé depuis quelques décennies. Redonner confiance en notre collectivité qui pourra nous assurer, qu'à la fin de notre vie, nous serons tous et chacun et qui que nous soyons, soutenus, accompagnés et soignés, dans le sens noble du terme. Une société solidaire, qui, basée sur la réciprocité et la reconnaissance de chacun de ses sujets, reconnaîtra leur noblesse, permettant ainsi l'expression de la dignité de chacun la constituant.

Tel est le travail à poursuivre à notre avis. Non pas de nous laisser emporter par ce que nous proposent les acteurs du postmodernisme. Non pas d'emprunter la voie de l'euthanasie, porte ouverte vers la perte de cet équilibre déjà trop fragilisé. C'est plutôt dans la recherche constante de l'harmonie qu'il faut tendre à tout prix. Se réapproprier la vie, le sens de la vie. Mais aussi la mort, comme phénomène naturel sur laquelle, l'utopie du contrôle acharné, n'est qu'illusion et perte. Il faut poursuivre à développer des soins humains, des soins globaux, centrés sur la personne. Poursuivre à donner accès aux soins palliatifs et de fin de vie à tous, c'est un devoir de les offrir, à tous.

## INTRODUCTION

À l'instar des changements sociaux engendrés par le pluralisme des valeurs et à l'évolution de la médecine techno-scientifique, les rapports qu'entretiennent les citoyens avec leur fin de vie suscitent de nombreuses réflexions depuis les dernières décennies. Les développements de la médecine depuis 150 ans, ont permis de repousser sans cesse l'échéance de la mort.<sup>1</sup> L'évolution constante, les progrès de la médecine, ses technologies et ses méthodes thérapeutiques, l'amélioration des conditions et des habitudes de vie, tous ont contribué à accroître l'espérance de vie. Toutefois, ces moyens qui améliorent la longévité donnent à croire qu'il est possible de vaincre la mort. Les indices, comme l'espérance de vie à la naissance ou le taux moyen de mortalité, ont constamment évolué depuis 100 ans et ce, d'une façon inversement proportionnelle, l'un par rapport à l'autre. Ils sont le reflet de gains incontestables de cette lutte<sup>3</sup>. Toutefois, tous ces moyens, aussi puissants qu'ils puissent paraître, ne changent en rien au caractère inéluctable de la mort. Chacun de nous est un jour ou l'autre confronté à la maladie, puis à la mort. De tout temps, des enfants, des hommes et des femmes de toutes conditions cheminent inexorablement vers cette étape ultime de leur existence. Pourtant, tout comme la naissance, la mort est un phénomène naturel qui nous interpelle, tous et chacun dans nos valeurs profondes. Tous, autant que nous sommes, reconnaissons et appuyons sans réserve la vertu. Nous souhaitons tous au plus profond de nous-même, mourir sereinement dans la plus grande dignité possible. Mais que voulons nous signifier à nos proches, à nos amis, à nous-même lorsque nous leur mentionnons : « *je désire être respecté dans ma dignité* » ? Partir au bon moment ? Partir quand moi je déciderai que c'est le bon moment ? Partir entouré de mes êtres chers, calmement, aimé tendrement, sereinement, sans souffrance? Que voulons-nous affirmer au juste ? Mourir dans la dignité, ou mourir avec dignité. Ou encore, à coup sûr, mourir sans indignités... ce que les progrès de la médecine permettent maintenant et nous donnent à espérer.<sup>2</sup>

L'Association canadienne des soins palliatifs (ACSP)<sup>3</sup> affirmait en juin 2010, citant le rapport Carstairs : « *Nous sommes une société de déni de la mort (sic). Nous refusons d'accepter notre mortalité et nous raccrochons à l'espoir d'une mort rapide et indolore. Cependant, c'est une toute autre réalité qui attend 90 % d'entre nous* ». Comme Vovelle<sup>4</sup> et plusieurs autres<sup>1</sup> nous le rappellent, les manifestations du tabou de la mort, propres au XX<sup>e</sup> siècle, sont bien présentes dans la plupart des sociétés occidentales, incluant la société québécoise. « *La mort demeure taboue chez les individus comme dans la collectivité* »<sup>5</sup>. Ce déni de la mort est puissant et influence tous les aspects de la vie en société, y compris le système de soins. De plus, si avant 1960 on mourait chez soi, en présence ou non du médecin, aujourd'hui on meurt en institution dans 75% des cas<sup>6</sup>. Ce sentiment de sécurité relative que procurent les possibilités techniques de la médecine moderne entretient cette attitude sociale envers la mort. Les progrès de la médecine, auront donc permis d'ajouter des années, mais souvent la dernière décennie de vie est entachée de maladies débilantes, limitant la qualité de la vie.<sup>3</sup> On viendra à donc à

<sup>1</sup> Ce thème a été bien documenté tant par Edgar Morin (1970), Michel Vovelle (2000), Philippe Ariès (1975), Jean Ziegler ou encore Louis-Vincent Thomas (1983), et d'autres plus récemment.

<sup>2</sup> Allmark, Peter (2002)

<sup>3</sup> Sommaire et points clés du Rapport sénatorial « *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada, Honorable Sharon Carstairs* », publié en juin 2010.

<sup>4</sup> Vovelle, Michel. *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Gallimard, 2000, 793 pages.

<sup>5</sup> Direction générale des services à la population, Santé et services sociaux. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, Gouvernement du Québec, Avril 2004, p. 12.

<sup>6</sup> En France : 15% en 1840 / 30% en 1910 / 35% en 1960 / 75% en 2000.

réclamer plus de qualité, même si elle est assortie d'une diminution de la quantité.<sup>7</sup> Ce déni influence la prestation même des soins.

Depuis les années soixante, les questions entourant la dignité en fin de vie, l'euthanasie et les soins palliatifs sont ramenées à l'avant plan, alimentée par une volonté de plus en plus présente de faire valoir les arguments en faveur de la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie volontaire.<sup>8</sup>

Ce courant de pensée soulève de vives passions. Le triste constat des conditions en fin de vie fait par certains, l'accès limité à des soins palliatifs et de fin de vie de qualité — tel que mentionné par Sharon Carstairs en juin 2010<sup>9</sup> —, ont contribué à l'émergence d'une littérature qui s'intéressait au vécu de la mort et ses impacts dans les sociétés occidentales.<sup>10</sup> Les auteurs soulèvent plusieurs questions : l'instrumentalisation de plus en plus marquée du corps ; le contrôle de la gestion de la vie et de la mort par une médecine technoscientifique et sa vision hospitalo-centriste ; le déni croissant de la mort et de sa mise à distance dans nos sociétés matérialistes.<sup>10</sup> Toutes ces questions — qui sont inquiétudes en fait — entourant la fin de vie font en sorte que la dignité est réclamée haut et fort, mais dans un paradoxe confrontant les tenants et les opposants à l'euthanasie.

## 1. Éléments historiques

La question de l'euthanasie, intimement liée à notre rapport à la mort, n'est pas nouvelle<sup>11</sup>. Le débat autour de l'euthanasie resurgit régulièrement, particulièrement depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'à nos jours. Carol<sup>12</sup> mentionne trois moments au cours du 20<sup>e</sup> siècle où les discussions concernant l'euthanasie sont plus vives, mais dorénavant publiques. Au début du siècle dernier, où l'utilisation de la morphine se répand et que s'intensifient les liens inquiétants entre le discours sur l'eugénisme et l'euthanasie, le débat reprend de la vigueur. Entre les deux Grandes guerres, la montée des meurtres par compassion et les discours sur la légalisation de l'euthanasie donnent lieu, dans divers pays (Etats-Unis, Allemagne), à plusieurs projets de loi, mais qui sont tous défaits. Par contre, les peines en cas de meurtre par pitié seront allégées.<sup>12</sup> La profession médicale participe aux débats mais de façon variable lors des périodes de recrudescence.

Mais cette participation prendra de l'ampleur à partir des années 1960-70 avec l'arrivée, entre autres, des nouvelles techniques de réanimation faisant resurgir le discours autour de l'euthanasie<sup>13</sup>. Le débat devient alors plus actif, tant au plan académique que publique, particulièrement aux Pays-Bas<sup>14</sup>. Les discussions et projets de loi ne visent pas seulement à abrégé les souffrances de l'agonie, mais aussi abrégé les vies qui

---

<sup>8</sup> Chao et al (2002) ; Doucet (1990) ; Carol (2004) ; de Hennezel (2000) ; Léonetti (2004) ; Crépeau (2005) ; De Beer, T. Gatsmans, C. et al (2004) ; European Society for Medical Oncology (2002)

<sup>9</sup> Sommaire et points clés du Rapport sénatorial « *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada, Honorable Sharon Carstairs* », publié en juin 2010. 70% des canadiens n'y ont pas accès.

<sup>10</sup> Rappelons ici les écrits prolifiques de Louis-Vincent Thomas, d'Edgar Morin, de Jean Ziegler, de Philippe Ariès ou encore de Michel Vovelle, qui ont inspirés plusieurs autres -- Anne Carol ; Jacques Attali, Helen Kübler-Ross, Luce Des Aulniers.

<sup>11</sup> Chao et al (2002) ; Doucet (1990)

<sup>12</sup> Carol, 2004, p. 98

<sup>13</sup> Chao et al (2002) p. 129 ; Carol (2004) p. 98

<sup>14</sup> Chao et al (2002)

sont tortures pour les victimes et pour la société. Ce choc entre ces pratiques feutrées, dont on n'ose parler, et les projets publics qui visent à les légaliser, crée une fracture qui influencera la position de la majorité des médecins à être contre l'euthanasie<sup>15</sup>. Mais, depuis 20 ans, les opinions changent, et la profession médicale est maintenant impliquée au cœur du débat.

## 1.1 Quelques données

Plusieurs études menées à travers le monde mentionnent que les professionnels de la santé sont confrontés directement à des demandes d'euthanasie de la part de leurs patients.<sup>16</sup> On peut noter dans ce recensement d'études, que cette information — les demandes d'euthanasie — n'est pas systématiquement partagée soit entre les professionnels ou aux familles. Plusieurs études rapportent le pourcentage de demandes, directes ou indirectes, reçues par les médecins de la part de leurs patients.<sup>17</sup> De l'ensemble des études, retenons que 18 à 21% des médecins ont reçu une demande, dont 3 à 7% y ont donné suite en Oregon (EUA) ; 45% en Grande-Bretagne où jusqu'à 14% ont répondu avec un moyen approprié ; 88%, aux Pays-Bas, où 53% affirme avoir posé un tel geste au moins une fois dans leur carrière.

Des études sur l'évaluation de position du grand public en regard de l'euthanasie, semblent démontrer une progression en faveur de l'euthanasie au fil des années, le Québec n'y échappant pas<sup>18</sup>. Toutefois, comme le soulève Marie de Hennezel<sup>19</sup>, il y a un paradoxe à propos de ces pourcentages rapportés pour la population générale : « *Pourquoi y a-t-il un tel décalage entre le nombre de personnes qui se disent favorables à l'euthanasie [...] et ce très petit nombre de demandes explicites et réfléchies d'euthanasie ?* » Comme si, de ce nombre important de gens, le vrai pourcentage de ceux qui meurent sous euthanasie était sous-estimé. Cela ne traduirait-il pas ici confusion entretenue par le manque de termes clairs ? Toutefois, bien que ce décalage semble exister, il ne faut pas conclure que la légalisation serait sécuritaire pour autant.

## 1.2 Ce besoin de clarifications

Devant ce malaise qui persiste, plusieurs s'entendent sur la nécessité de clarifier les termes et bien définir ce qu'on entend par euthanasie. De l'ensemble des auteurs<sup>20</sup>, je retiens celle Margaret Somerville<sup>21</sup> qui pose les termes du débat ainsi : « *L'euthanasie est un acte délibéré qui entraîne la mort [...] dans l'intention de mettre fin aux souffrances d'une autre personne. L'euthanasie vise principalement à infliger la mort afin de mettre un terme à la douleur ou à la souffrance* ». Au sens du droit, l'euthanasie est un homicide et non pas un suicide – non plus un aide au suicide [médicalement assisté] (p. 127).

---

<sup>15</sup> Carol (2004) p. 102

<sup>16</sup> De Beer et al, (2004)

<sup>17</sup> Magnusson (2004) ; Chao et al, (2002) (en rapportent 6) ; Gatsmans et al (2004)

<sup>18</sup> Enquêtes nationales sur les médecins (2003 et les suivantes) / Sondage récent de la FMSQ, rapporté par le Président, le Dr Gaétan Barrette / et autres.

<sup>19</sup> Son livre intitulé « Nous ne nous sommes pas dit au revoir. » (2000)

<sup>20</sup> Lapointe (2003) ; Chao et al (2002) ; Bondolfi (2004); Doucet (1998) ; Montero et Ars (2005)

<sup>21</sup> Tirée de son livre intitulé : *Le canari éthique / Science, société et esprit humain*. Montréal, Liber, 2003, 313 pages.

Les auteurs s'entendent tous sur l'importance de rappeler les distinctions entre suicide assisté, euthanasie, arrêt de traitements, omission ou abstention de traitements. La jurisprudence a clairement établi le droit à la dignité, à l'autonomie et l'autodétermination, impliquant ainsi, le droit de refuser un traitement, de le débiter ou même de le cesser, même aux risques d'écourter la vie. L'assimilation du droit de mourir dans la dignité au droit à la mort ne saurait être cautionné par la justice. Le système de droit reconnaît « *qu'un patient en phase terminale a un droit [...] principal à mourir avec dignité* ». <sup>22</sup> Mais la « *différence entre "laisser s'achever un processus naturel irréversible qui mène à la mort" et "donner la mort"* » <sup>23</sup> est clairement établie. « *Provoquer délibérément la mort revient à tuer [et] la permission légale de l'euthanasie revient à inscrire dans la loi le caractère relatif de la dignité humaine* ». <sup>24</sup> [Dignité humaine qui est abordée plus bas]. Lesage rappelle qu'il ne faut pas confondre le droit de mourir et le droit à l'autodétermination (ou son équivalent pour la personne : son droit de refus). « *Avec Baudoin, nous croyons que si le droit actuel reconnaît l'autonomie de la personne, il ne sanctionne pas un véritable droit à la mort. [...] Si le droit [interdit] de la tuer, il n'interdit pas pour autant d'aider le patient à mourir dignement, en soulageant ses symptômes et en lui apportant le support nécessaire* ». <sup>25</sup> Le droit de disposer de sa vie en toute autonomie, le droit de décider seul de sa mort, alors qu'on est en phase terminale est-elle réaliste? Disposer de sa vie, en toute autonomie, libre de prendre des décisions nous concernant, faire des choix éclairés, sont tous reconnus maintenant par la législation <sup>24</sup>. Toutefois, faut-il le rappeler, la fin de vie, la phase avancée d'une maladie demeure une période de grande vulnérabilité. Plusieurs facteurs parfois subtils entrent en jeu et peuvent altérer le jugement. La prise de décisions, faire des choix libres et éclairés, demeurent un exercice pas nécessairement facile et ouvert aux pressions et aux influences qui ne sauraient être toujours dans le meilleur intérêt de la personne.

Mais malgré cela, il persiste un flou important chez la plupart des gens – y compris les professionnels de la santé – à propos de ce qu'est l'euthanasie et ce que peuvent apporter les soins palliatifs. D'où l'importance pour la Commission de bien préciser ces termes afin de dissiper toute confusion et permettre ainsi d'ouvrir la porte aux vraies questions, fondamentales pour notre société, que soulève ce débat.

À ce propos, Bernard Lapointe <sup>26</sup> note que dans tout ce débat, la confusion persiste dans le grand public entre l'euthanasie, le refus de traitement et l'arrêt des traitements. « *On a besoin d'une plus grande rigueur, en tant que médecins, avec nos malades, sur ce qu'on entend par "arrêt de traitement". Soyons clairs : il n'existe pas d'euthanasie passive. L'euthanasie, c'est un geste actif, déterminé, qui demande de faire une intervention qui va entraîner la mort immédiate d'un malade. Arrêter un traitement ne s'appelle pas de*

---

<sup>22</sup> 46 Commission de réforme du droit au Canada, citée par Lesage, P. (1990), p. 19. Elle rappelle que ce droit est également reconnu par les associations médicales et inscrit dans le Code de déontologie du médecin qui exige que « *le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité* » (p. 19). La *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec réaffirme : « *Le respect de la dignité de l'être humain [...] constitue le fondement de la justice et de la paix* ».

<sup>23</sup> Étienne Montéro, dans Montero et Ars, « *Euthanasie, les enjeux du débat* », 2005, p. 255.

<sup>24</sup> Lesage, Pauline. *La cessation de traitement, au carrefour du droit et de la médecine*. Cowansville (Qc), Les Éditions Yvon Blais, 1990, 246 pages, citant la Commission de réforme du droit au Canada, p. 21.

<sup>25</sup> Lesage, P. (1990), p. 22. Elle ajoute : « *Or le respect même de la vie, de la dignité et de la liberté n'impliquent-ils pas de reconnaître les limites de la science et de la finalité thérapeutique ? L'emphase porte sur le respect et non exclusivement sur la vie en tant qu'absolu en soi* » (p. 126). « *Le but n'est donc pas la prolongation de la vie à tout prix, mais le soulagement de la souffrance et du mieux-être du malade* » (p. 127). Chose pas toujours aisée, ajoute-t-elle... entre préserver la vie vs préserver la qualité de la vie.

<sup>26</sup> Médecin en soins palliatifs au Hôpital Général Juif de Montréal (Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital) / Le Dr Lapointe a déjà été entendu plus tôt par La Commission.

*l'euthanasie passive, c'est tout simplement un arrêt de traitement. Et lorsqu'on abandonne un traitement, c'est un refus de traitement, ce n'est pas de l'euthanasie passive.* » L'effet pervers de cette confusion dans les termes est sans doute, de priver plusieurs personnes de soins de fin de vie adéquats, en refusant l'utilisation de médicaments ou autres traitements qui pourraient les aider.

### 1.3 Ces frontières qui alimentent le débat

Ces frontières floues alimentent le débat. Tout le mouvement en faveur de la légalisation de l'euthanasie et l'argumentaire avancé de part et d'autre par les deux « clans » qui semblent à premières vues, s'opposer. Hubert Doucet<sup>27</sup> établit les bases du débat en ces termes : « *L'euthanasie prend aujourd'hui valeur de symbole. Pour les uns, elle signifie l'affirmation ultime de la responsabilité personnelle et de la dignité humaine. L'être humain n'a pas à s'avouer défait devant l'inéluctable ; il peut encore, dans un dernier geste d'humanité, exercer sa liberté. Pour les autres, le mot cache le désir humain d'être maître absolu, c'est-à-dire de tout décider par soi. Il est la dernière tentation de l'individu de se proclamer Dieu* » [p. 6].

Comme déjà mentionné, nous vivons dans une société qui dénie la mort, ce qui est relevé à juste titre par plusieurs auteurs<sup>28</sup>. Ce déni de la mort biaise le débat à plusieurs égards. On dit que la mort contemporaine est une mort médicalisée, individualisée et solitaire<sup>29</sup>. Derrière le déni de la mort, dans un contexte médical instrumentalisé et impersonnel, se cache l'illusion de la toute-puissance. Ce déni de la mort est la face cachée de la volonté de contrôle sur la vie. N'est-il pas présent autant chez celui qui refuse d'en voir l'horreur ou le non-sens, que chez le médecin qui cherche à lui faire obstacle ?<sup>30</sup>

Ce déni est aussi le désir de l'individu qui s'exprime ainsi : « il est mort dans son sommeil, il ne s'est pas réveillé, il a eu la plus belle des morts ». Ces paroles sont significatives et sont « *une tentative de maîtrise et de déni (de la mort) à travers le souhait d'un court-circuit final, exemplaire par l'infarctus du myocarde ou la rupture d'anévrisme. Ce serait une mort idéale permettant de s'éteindre brutalement, ou dans son sommeil, en évitant la souffrance et la déchéance, l'agonie ou le questionnement anxiogène* »<sup>31</sup>. Sharon Carstairs,<sup>9</sup> citée plus haut, fait état dans les sondages d'opinion, de cet espoir, celui « *d'une mort rapide et indolore* », alors qu'en fait, seulement 10% des décès surviennent dans ce « *contexte idéal* » et où la majorité d'entre nous mourrons des suites plus ou moins longues d'une maladie qui nous mènera jusqu'à la mort.

À ce chapitre, Guy Bourgeault<sup>32</sup> soulève le doute des discours tenus de part et d'autre sur la mort – celle que l'on cherche à apprivoiser, à rendre bonne ou belle. L'impératif de la belle mort s'inscrit, par logique, dans la série des impératifs de la vie, de la santé, du bonheur à tout prix : « *être bien dans sa peau* ». On a beau vouloir atteindre l'acceptation résignée de cette '*dernière étape de la croissance*', telle qu'énoncée par

<sup>27</sup> L'euthanasie, un concept piégé, dans *Euthanasie*. Montréal, Revue Frontières, vol. 3, No 1, printemps 1990, p. 6 à 10.

<sup>28</sup> Thomas, 2003 ; Ariès, 1975 ; Le Guay, 2004 ; Bacqué, 2004, Schwartzberg, 2003, et plusieurs autres.

<sup>29</sup> Jean Léonetti, Rapport à l'Assemblée Nationale de France, Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, 2004, p. 14.

<sup>30</sup> Bourgeault (2005) ; Copti (2003) ; de Hennezel, (2000)

<sup>31</sup> Marie-Frédérique Bacqué, citée par Léonetti<sup>29</sup>, (2004) p. 17

<sup>32</sup> « *Éthique et soins palliatifs : Tensions, paradoxes et contradictions* ». Québec, Les cahiers de soins palliatifs, volume 6, n°1, 2005, p. 45-54.

Elizabeth Kübler-Ross<sup>33</sup>, il n'en reste pas moins que « [...] *l'instant inarrable de la mort échappe à nos catégories de pensée* » [Bourgeault citant Jankelevitch (1996), p. 50]. Ce que soutient Bourgeault, reflète bien la société de laquelle les individus sont issus. En un peu plus de soixante ans, nous sommes passés d'une société solidaire qui avait le sens de la communauté, le souci de l'autre, à une société solitaire individualiste, axée sur la productivité, la performance et la consommation.<sup>34</sup> D'une conception « *collective de la destinée [où] la familiarité avec la mort est une forme d'acceptation de l'ordre de la nature* »<sup>35</sup>, nous en sommes progressivement venus à une vision individuelle du destin de chacun. Comme le fait remarquer Marie de Hennezel [citée par Léonetti<sup>29</sup>, p. 22] : qu'« *à la solidarité qui se manifestait autrefois autour des mourants [s'est] substituée une solitude, un chacun pour soi qui n'encourage pas à faire confiance aux autres et qui fait que l'on préfère compter sur soi* ».

Damien Le Guay<sup>36</sup> rappelle que « *la logique de l'individu atomique ayant des droits s'oppose à la logique de la Cité. Si la mort a changé de définition, c'est parce que l'homme en a lui-même changé, il est de moins en moins la partie d'un tout et de plus en plus un tout suffisant. Nous serions, comme l'estime Marcel Gauchet, en train de vivre une forme d'individualisme de la déliaison qui ne serait qu'une conséquence ultime de l'individualisme démocratique [...]* ». On rejoint ici le discours de Prigent<sup>37</sup> qui soutient que cette société « [...] *semble vouloir renforcer les positions individuelles, voire individualistes aux dépens de l'engagement social ou de l'intersubjectivité privée* ». Cette rupture façonne notre société. C'est cette perte de solidarité, de réciprocité, d'intersubjectivité que découle cette logique implacable nous menant, à ce jour, à ce débat où l'euthanasie est perçue comme un droit et réclamé comme tel. De cette société plurielle qui faisait de nous des *sujets uniques*, mais en lien avec autrui — le « *je / j'existe* », capable d'engagement —, a fait place à la « *personne avec des droits* », unifiée mais n'étant plus en lien avec autrui. Ce sentiment individualiste favorise la solitude, le manque de solidarité, de fraternité, de rapport à autrui, nous isolant de plus en plus les uns des autres. L'être humain est un être social, de relation. C'est dans cette « *présence à l'autre* », à travers cette « *relation dynamique* » qu'il se réalise. Par contre, nos sociétés occidentales seraient ainsi composées d'individus foncièrement indépendants les uns des autres, le « *chacun pour soi* » ou un de ses équivalents.<sup>38</sup> Un individualisme qui n'est pas sans danger et qui est porteur du risque de « *dérives liées à l'atomisation et à l'isolement de l'individu* », celui-ci étant appelé à exister « *pour soi, dans une indépendance voulue [...] qui le conduit, par conséquent, à vivre et mourir seul* »<sup>39</sup>. C'est de cette solitude, de cet isolement que naît cette peur tant appréhendée, la peur de mourir seul, abandonné. Cette crainte en apparence justifiée, porte certains à légitimer la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté.

---

<sup>33</sup> On death and dying : what the dying have to teach. New York, Touchstone Book, 1997.

<sup>34</sup> Somerville, 2000 ; Thomas, 2003 ; Bourgeault, 2005 ; Prigent, 1994 ;

<sup>35</sup> Ariès, 1975, cité par Léonetti<sup>29</sup> (2004) p. 27

<sup>36</sup> cité par Léonetti<sup>29</sup> p. 27

<sup>37</sup> *La souffrance suicidaire*. Paris, Desclée de Brower, 1994

<sup>38</sup> Prigent, 1994 ; Somerville, 2000.

<sup>39</sup> Danièle Hervieu-Léger, citée par Léonetti<sup>29</sup>, p. 28

D'autres facteurs sociaux peuvent expliquer la montée de l'individualisme et l'éloignement de la mort dans nos vies, d'où la persistance du débat autour de l'euthanasie. La perte des repères <sup>40</sup> qui existent grâce aux valeurs collectives que l'on se donne, qu'elles soient issues des grandes religions ou autrement, ce que Somerville appelle le « *récit collectif qui synthétisant l'ensemble des valeurs fondamentales, des principes et des croyances [...] auxquelles nous adhérons afin de fonctionner en tant que société, et qui nous servent de repères pour donner un sens à notre vie* ». Les progrès de la médecine et ses « miracles » ont remplacé la religion et transformé radicalement nos croyances quant à la nature de la vie humaine, à sa transmission et à sa fin. Les progrès extraordinaires de la médecine nous ont confrontés à l'absence de consensus sur les valeurs qui permettrait de résoudre les problèmes éthiques graves soulevés par ces nouvelles technologies [Somerville, p. 20]. Ce contrôle illusoire sur la vie et la mort accentue un flou au niveau des frontières entre les deux. Le flou nommé plus haut serait-il en fait lié à celui créée par la médecine, où les frontières de la vie et de la mort sont plus imprécises que jamais ?

« *La frontière entre le vivant et le mort s'estompe ; le no man's land s'installe [...]. La mort n'est plus synonyme de rupture du temps, car la technique permet de la remplacer par la durée* ». <sup>41</sup>

L'individualisme extrême approuve l'euthanasie pour plusieurs raisons. La perte de sens de la communauté qui nous livre à des sentiments de solitude et d'abandons face à la mort et au deuil <sup>42</sup>. La perte du sentiment d'appartenance, l'individualisme et les appels à la légalisation de l'euthanasie se renforcent mutuellement. En plus d'être la cause de la légalisation, l'individualisme contribuera à promouvoir cette pratique. <sup>43</sup> L'individualisme privilégie les besoins et les désirs des individus ; les arguments en faveur de la légalisation se fondent sur les désirs de la personne concernée. « *L'individualisme se traduit parfois par la conviction que l'individu est l'unique propriétaire de sa vie* ». <sup>44</sup> Avec le corps perçu comme un objet – instrument de pouvoir et de plaisir – une fois affaibli, ne ressentant plus de plaisir ou vivant un sentiment d'inutilité, l'euthanasie pourrait nous apparaître une solution rationnelle et justifiée.

Nous y voilà : flou des frontières, pertes de repères, l'absence de consensus pour prioriser la pluralité des valeurs en cours, accélération du gain de contrôle, du désir de maîtrise, l'illusion de notre toute-puissance. Devant la mort omniprésente, face à l'angoisse paralysante, on s'en remet à la science, avec l'illusion que celle-ci peut alors, tout expliquer, tout dominer. Et voilà toute notre ambivalence. Nous voilà entraînés de réagir face à cette même science, cette médecine que l'on veut gardienne de la vie mais à qui, paradoxalement, bien qu'elle nous éloigne de la mort, nous sommes prêts lui confier ce rôle : le pouvoir sur notre fin de vie.

Nous pouvons facilement concevoir comment, cette peur indicible, « *l'instant inarrable* » de Jankélévitch, la mort nous pousse à vouloir la contrôler, la maîtriser, ou la fuir. La médecine est ce lieu par excellence pour

---

<sup>40</sup> Somerville (2000), p. 17-18 ; Hervieu-Léger, citée par Léonetti<sup>29</sup>, p. 81.

<sup>41</sup> Thomas, LV, *La mort*, cité par Léonetti<sup>29</sup> (2004) p. 47

<sup>42</sup> Somerville (2003) ; Hanus dans Léonetti (2004) ; Bondolfi (2004).

<sup>43</sup> Somerville, Margaret. *Le canari éthique / Science, société et esprit humain*. Montréal, Liber, 2003, 313 pages (© Viking, 2000).

<sup>44</sup> Somerville p. 129

cette illusoire maîtrise, un contrôle « éventuellement acharné exercé à l'aide d'un arsenal sans cesse plus riche de technologies [...] ». <sup>45</sup>

Bernard Lapointe <sup>46</sup> met en exergue l'ambiguïté, le paradoxe de la médecine moderne face à l'euthanasie. Il rappelle que ce sentiment de toute-puissance est en lien avec un schéma archétypal provenant du mythe d'Asclépios <sup>47</sup>, fils d'Apollon qui, confié au centaure Chiron, apprend la médecine et le soulagement des douleurs. Devenu champion dans la maîtrise de son art, il ira jusqu'à redonner la vie aux morts. « *Inquiet de ce pouvoir qui menace l'ordre du monde et met sa Toute-puissance en péril, Zeus décide de le foudroyer. [...] L'interdit de tuer n'est pas seulement un interdit religieux, c'est un interdit psychologique, celui de se prendre pour un presque-dieu. [...] Avec les progrès de la médecine, nous avons retrouvé l'habileté d'Asclépios, nous pouvons faire reculer la mort, nous pouvons aussi la donner. [Avec] ce pouvoir, nous touchons aux fondements même de l'ordre du monde. Nous en sentons l'immense danger* ».

Somerville <sup>48</sup> indique comment, « [...] ces notions fondent la conception selon laquelle l'euthanasie est acceptable : si on peut créer la vie, on tout aussi bien y mettre fin ». Toucher aux fondements même de la vie, ce jeu avec la mort, ne peut en quelque sorte, que générer des sentiments ambivalents – fascination / frayeur – et se traduire dans des discours totalement opposés mais réclamant la même chose, « *une mort dans la dignité* ». Si nous avons donné toute la place à la médecine et à sa science, jusqu'à en décrier sa perte d'humanité, au nom de la dignité perdue, on la somme, de même souffle, d'humaniser les soins. Humaniser les soins est réclamé par les défenseurs de l'euthanasie d'une part, et par les défenseurs des soins palliatifs et de fin de vie de qualité accessible à tous, d'autre part. Tous, nous réclamons plus de dignité, de respect. Mais comment? Est-ce en donnant à la médecine ce pouvoir de donner la mort selon nos volontés, nos désirs? Ou plutôt en travaillant avec elle, à lui permettre de nous redonner ce qu'on lui reproche? Cette ambivalence face à cette médecine décriée, commande la plus haute prudence. Ce discours en faveur de l'euthanasie accentue grandement le flou des frontières discuté plus haut. Cette perte de contrôle sur nos vie et notre fin de vie, bien que tous nous voulons se la réapproprier, même au nom de l'autodétermination, il nous semble aussi, tout à fait paradoxal que de la réclamer en utilisant l'acteur fautif à qui nous reprochons son manque d'humanité afin de répondre à cette demande... , celle de devenir l'acteur de l'euthanasie et du suicide assisté.

---

<sup>45</sup> Bourgeault (2005) p. 49 et 50.

<sup>46</sup> cité par De Hennezel (2000), p. 161-162

<sup>47</sup> Esculape en français. Esculape est le père de la médecine quant à l'art et la relation, ce qu'Hippocrate l'est dans sa dimension liée à l'esprit scientifique.

<sup>48</sup> Margaret Somerville (2000) fait référence à cet ordre de la vie qui est menacé et réclame un urgent débat sur les valeurs fondamentales à retrouver, à travers le récit collectif – paradigme socioculturel nécessaire dans nos sociétés pluralistes, (p. 28).

## 2. LA DIGNITÉ, QU'EST-ELLE AU JUSTE ?

Nous nous retrouvons donc devant deux mouvements qui veulent se réapproprier la fin de la vie et qui réclament toutes deux la dignité en fin de vie. Hintermeyer<sup>49</sup> définit comment ces deux mouvements se représentent cette recherche de la dignité. D'une part, les soins palliatifs réorientent la démarche thérapeutique en assumant l'impossibilité de guérir, mais en poursuivant le soulagement la douleur et des souffrances tout en veillant à la qualité de la fin de vie. « *Ces soins visent à permettre à la personne malade de vivre la fin de sa vie dans le plus grand respect de sa dignité humaine* »<sup>50</sup>, comme le rappelle Doucet. Tandis que ceux en faveur de l'euthanasie, pour leur part, visent à éliminer l'épreuve de la mort, à éviter le risque de la déchéance et ainsi, choisir le moment et le moyen d'une mort dans la dignité.

### 2.1 Définition et concepts

On reconnaît ici la difficulté de définir ce que l'on entend par dignité, reflet de la complexité et de la confusion soulevée lorsqu'elle est réclamée en fin de vie. Tout de même, pour le bénéfice du propos, tentons de la définir.

La définition du mot *dignité* que l'on retrouve dans les grands dictionnaires de la langue française, a évolué dans le temps. Le premier sens de « *dignité* » semble émerger vers les années 1110-1120 et fait référence au rang social (dignitaires). Il prendra plus tard le sens qui désigne le caractère intrinsèque d'une chose. C'est vers 1370 que dignité désigne « *grandeur, qualité des personnes* ». Aujourd'hui, le sens généralement reconnu au mot « *dignité* » est influencé par les écrits de grands philosophes et penseurs tels que E. Kant, Hegel, ou encore Nietzsche et Engelhardt. La philosophie telle que définie par les soins palliatifs se base sur cette définition de la dignité.

La dignité est le « *sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui. Prérogative ou prestige inaliénables dont jouit une personne en raison de son comportement, ou qui sont attachés à une chose, et qui leur valent considération et respect ou y donnent droit* ». Ce qui implique « *respect qu'on se doit à soi-même* ».<sup>51</sup> Kant précise ce principe selon lequel un être humain ne doit jamais être traité comme un moyen, mais comme une fin en soi. Ce principe doit se traduire dans l'action : « *Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme fin, jamais simplement comme moyen* ».<sup>52</sup> En somme, la dignité est une manière de se comporter comme il convient, relative aux usages en vigueur. Mais « *elle requiert toujours la soumission des penchants et des mouvements spontanés à un ordre* ».<sup>53</sup> On

---

<sup>49</sup> Hintermeyer, Pascal. *La mort consentie. Débats contemporains sur l'euthanasie*, dans Lenoir, F. ; de Tonnac, J.-P. *La mort et l'immortalité. Encyclopédie des savoirs et des croyances*. Paris, Bayard, 2004, p. 1044-1059.

<sup>50</sup> Doucet, Hubert. L'euthanasie, un concept piégé, dans *Euthanasie*. Montréal, Revue Frontières, vol. 3, N° 1, printemps 1990, p. 6 à 10 (p.10)

<sup>51</sup> Tiré du *Dictionnaire de l'Académie, neuvième édition. Version informatisée* : <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>, consulté le 13 février 2006. Il résume bien la pensée des autres dictionnaires consultés.

<sup>52</sup> E. Kant, cité par Thomas de Koninck (2002), p. 5. ; cité par Léonetti<sup>29</sup> (2004), p. 99.

<sup>53</sup> Hintermeyer, Pascal. *Euthanasie, la dignité en question*. Paris, Buchet-Chastel, 2003, 163 pages, (p.72).

reconnait alors la personne digne, celle qui fait passer le devoir avant ses propres impulsions, en soumission à un ordre supérieur de conduite.

### 3. LA DIGNITÉ RÉCLAMÉE : LE DROIT DE CHOISIR EN TOUTE LIBERTÉ

Dans le discours en faveur de l'euthanasie, la dignité est revendiquée essentiellement à partir de deux arguments qui soutiennent la plupart des interventions.

Le premier, la dignité comme une *convenance personnelle*, une libre appréciation de la personne.

Le deuxième, la dignité exprimée à travers *l'autonomie et la liberté de choix*. L'objectif poursuivi en bout de ligne est de s'assurer une mort digne, en manifestant ce qui, à leurs yeux, apparaît comme un absolu : le respect de leur corps et de leur volonté à éviter ce qu'ils considèrent comme inacceptable en fin de vie : la déchéance, la perte d'autonomie ou encore l'altération des fonctions essentielles. La dignité à préserver est présentée ici comme faisant obstacle aux menaces que représente la fin de la vie, menaces qui sont incompatibles avec l'essence de ce qu'est l'être humain et à l'idée de ce qu'il se fait de lui-même. La base des deux arguments principaux tient essentiellement, sur le respect absolu des volontés de la personne.<sup>54</sup>

#### 3.1 La dignité comme une convenance personnelle, une libre appréciation de la personne : « *On n'a jamais honte tout seul* ». <sup>55</sup>

Pascal Hintermeyer <sup>56</sup> fait valoir que cette conception de la dignité, assujettie à l'assentiment des autres, et qui s'articule essentiellement autour du " paraître ", « *présente un caractère normatif accusé* ». Une dignité qui « *suggère une élévation et le refus d'un abaissement* ». Une conception marquée par la volonté de ne pas déchoir à ses propres yeux et au regard des autres, la « *revendication d'une mort choisie [...] motivée par le souci d'avoir une sortie digne* ». <sup>57</sup> On fait alors référence à la *dignité sociale* en soutenant que l'individu qui affrontera la mort le fera mais en restant conforme à l'image qu'il se fait de lui-même. Une conception individuelle et subjective de la dignité, qui, selon Verspieren, est une question de valeur, ou d'estime de soi. <sup>58</sup> L'individu, dans une telle pensée, ne peut jeter un regard objectif sur sa dignité sans la définir par rapport aux autres individus qui l'entourent. La valeur suprême exprimée ici est *la personne* en elle-même qui se détermine largement en fonction des autres. La dignité, telle que conçue ici, subit l'influence de l'individualisme hautement primé dans nos sociétés occidentales. L'individu en fin de vie, voudra alors éviter toute insulte à sa personne ; ces " indignités " qui feront de lui un être déchu, un être en lequel il ne sera plus reconnu. Les caractéristiques qui le définissaient n'étant plus présentes, il aura alors

---

<sup>54</sup> Peter Allmark (2002), dans son article intitulé « Death with dignity », présente l'idée que la personne doit pouvoir activement faire des choix pour s'assurer d'une mort dans la dignité. Il affirme : « The idea seems to be that certain conditions are such that palliative treatment is insufficient to ensure a death with dignity and that therefore euthanasia should be used. » (p. 255).

<sup>55</sup> Jean-Paul Sartre, cité par Anita Hocquard dans Léonetti<sup>29</sup> (2004), p. 96.

<sup>56</sup> Pascal Hintermeyer (2003), p. 72-73. Op.Cit., note No 42.

<sup>57</sup> Anita Hocquard citée dans Léonetti<sup>29</sup> (2004), p. 95.

<sup>58</sup> Verspieren dans La tentation de l'euthanasie, 2004.

l'impression d'avoir perdu « *toute dignité* ». Ainsi, mourir dans la dignité signifierait mettre un terme à une vie qui ne vaudrait plus la peine d'être vécue. Un désir d'échapper à la honte et la dépréciation tout ayant le souci de respecter la décence et les convenances. Être éliminé plutôt que de rester dépendant ou amoindri.

### 3.2 La dignité exprimée à travers la liberté, le libre choix

Le deuxième argument fondamental avancé est *la dignité exprimée à travers la liberté, le libre choix*. Cette conception de la dignité s'appuie sur la liberté individuelle qu'a chaque individu de disposer de sa vie comme bon lui semble. Le droit de choisir d'écourter sa vie, d'y mettre fin au moment où il le juge opportun, avec le moyen qui respectera ses volontés. « *C'est à chacun de définir pour soi-même ce qu'il considère digne ou indigne de vivre* ». <sup>59</sup> La dignité devient alors une façon pour l'individu d'exprimer sa liberté. Liberté de choisir, non pas de mourir, « *mais des conditions et du moment de sa mort* », où, déjouant la mort qui a toujours le dernier mot, il convient de la devancer dans un geste ultime de liberté. <sup>50</sup>

Ces propos autour de la perte de la qualité de vie sont régulièrement évoqués pour justifier l'euthanasie volontaire. Dans son article cité plus haut, Doucet <sup>43</sup> cible la notion de *qualité de vie*, mais ne devrait-on pas plutôt dire de *qualité de fin de vie* ? Cette recherche de la *qualité* de vie exprime clairement la crainte avouée de la souffrance, de l'agonie ou même de la solitude enfin de vie. <sup>60</sup>

Nous pouvons affirmer qu'un des avantages certain qu'engendrent ces prises de positions fermes et de ces débats soulevés par les partisans en faveur de la légalisation de l'euthanasie, est de clarifier ce que les individus ne veulent pas. Ils ne veulent pas souffrir, ne veulent pas se retrouver dans une situation de dégradation qui serait inacceptable à leurs yeux, etc. Tout comme cette certitude, ayant pour but de conserver leur dignité, de s'assurer de ne « *pas partir en objet* » <sup>61</sup>, perdus, isolés et victimes du système de santé et de ses technologies. Ces craintes exprimées signifient ainsi la volonté de prendre part aux décisions qui concernent leur existence. Le mouvement en faveur de l'euthanasie reflète bien un désir profond de rejeter la « *mort prolongée et douloureuse ainsi que celui de la mort prématurée et imprévue* ». Une résurgence en fait, de la quête de la bonne mort telle que noté plus haut.

## 4. LA DIGNITÉ RÉCLAMÉE :

### LE DROIT À DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE DE QUALITÉ

Le mouvement des soins palliatifs, en réponse à la déshumanisation des soins de santé, réintroduit la dignité de la personne en privilégiant des soins de fin de vie axés sur le confort et le soulagement des souffrances plutôt que la guérison à tout prix. En reconnaissant que la mort survient naturellement à la fin de la vie, ou que parfois la maladie ne peut être guérie malgré les traitements disponibles, les soins palliatifs se

<sup>59</sup> Jacques Pohier (1998), cité par Léonetti<sup>29</sup> (2004), p. 94. / Hintermeyer (2003), cite également Milan Kundera (p. 70) ainsi : « *Il faut au moins une certitude, celle de rester maître de sa mort et de pouvoir choisir l'heure et le moyen* ».

<sup>60</sup> Hintermeyer (2003 et 2004) ; Somerville (2000) ; Léonetti<sup>29</sup> et plusieurs auditionnés (2004).

<sup>61</sup> Hintermeyer, p. 114, citant ici *Mino*, une jeune dame quadraplégique de naissance, qui, à l'âge de 44 ans, a milité en faveur de l'euthanasie en France en 2002. Tout comme le souligne Isaiah Berlin : La dignité, qu'est-elle sinon « [...] *le moyen de ne pas être ignoré, traité avec condescendance, mépris ou indifférence, bref, d'être reconnu dans ma singularité, de ne pas être noyé dans un tout indifférencié, de ne pas être tenu pour un numéro dépourvu d'attributs identifiables et de fins qui me soient propres* », cité par Thomas de Koninck dans Montéro et Ars (2005).

positionnent différemment dans son rapport au patient. En faisant valoir la nécessaire reconquête de la fin de sa vie<sup>62</sup> par la personne mourante, les soins palliatifs redonnent place à la dignité fondamentale de l'être humain en travaillant à améliorer *la qualité de la fin de la vie*, telle que rappelée plus haut.<sup>63</sup> Le but est d'atténuer le plus possible les souffrances, tant physiques, psychologiques que morales, dans une vision globale de l'être humain. La fin de la vie peut être difficile avec l'idée de la mort qui est proche. Elle soulève en nous l'angoisse qu'on ne peut s'avouer. Ces souffrances, parfois si grandes, cette peur, ces regrets possibles, portent atteinte à notre dignité. Est-il possible alors de vivre dignement jusqu'au bout ? Quelle est cette dignité qui se manifeste, alors même que ces moments si difficiles surgissent devant nous ? Tentons de cerner cette dignité retrouvée aux yeux de ceux qui s'opposent à la légalisation de l'euthanasie, sous toutes ses formes.

#### **4.1 La dignité au delà des apparences : la valeur intrinsèque de l'être humain, solidarité et réciprocité, dignité dans l'épreuve.**

Jean-Marie Gomas, cité plus haut, rappelle que « *Kant nous dit que notre dignité n'a pas de prix ni de mesure. C'est sur ces concepts que s'est bâtie la société occidentale. Je suis vivant, donc je suis digne, quel que soit l'état de mon corps.[...] Non, la dignité n'a pas de prix ni de mesure* ». <sup>63</sup> C'est à partir de la compréhension de cette valeur intrinsèque de l'être humain, de la noblesse propre à chacun de nous, que les soins palliatifs ont orienté l'ensemble de leurs interventions en fin de vie.

Un des aspects importants qui aide à la compréhension de la dignité fondamentale de l'être humain, est sa relation aux autres, sa solidarité qui s'expriment en société. Comme l'affirme François-Xavier Dumortier : « *La relation à autrui est instauratrice de la dignité humaine. En elle je reconnais l'autre comme mon semblable et, en m'en faisant proche, je vis la responsabilité que suscite sa présence* ». <sup>64</sup> Je mets tout en oeuvre pour préserver la relation, à travers laquelle s'exprime la confiance. Être solidaire face à la souffrance de l'autre exige alors de la soulager avec tous les moyens que la science nous permet. Soigner avec dignité.

L'homme se résignant mal à sa finitude, refuse son absurdité et fera tout en mesure pour en atténuer la rigueur. « *S'il faut mourir, que ce ne soit pas n'importe comment ! [...] Que quelque chose de l'homme soit préservé (sic) jusque dans la mort, et même après ! Cette exigence, tellement répandue qu'elle semble universelle, est une question de dignité* ». <sup>65</sup> L'absurdité de la mort oblige ainsi l'homme à humaniser la fin de vie — et la mort qu'elle représente — en réaffirmant « *la dignité de celui qui leur a été enlevé, et la leur à travers lui* ». C'est à travers l'unité avec ses semblables que l'individu pourra composer avec les inévitables

<sup>62</sup> Hintermeyer (2003), p. 123.

<sup>63</sup> 28 Jean-Marie Gomas, cité par Léonetti (2004), p. 98. D'autres auteurs mettent de l'avant ce concept de la dignité comme valeur fondamentale attribuée à l'être humain, quelque soit sa condition. Dans son rapport final, Léonetti fait référence aux différents auditionnés qui rappellent la théorie kantienne de la dignité et les résume ainsi : « *Kant ajoutait que "la vie de chaque agent rationnel autonome est une fin en soi douée d'une valeur objective et absolue". C'est ce statut de fin en soi que Kant nommait "valeur inconditionnelle et incomparable" [KANT, Emmanuel. Fondements de la métaphysique des mœurs, Delagrave, 1964, p. 150] attribuée à l'humanité telle qu'elle se réalise dans chaque être humain.* » (p. 98-99). Thomas de Koninck d'ajouter : « *Le patient a toujours la nature d'une fin, la connaissance celle d'un moyen, en l'occurrence. La connaissance est pour le patient, et non le patient pour la connaissance. Dans ce dernier cas, il y aurait violence, comme toujours lorsqu'on réduit la personne à un moyen.* » (Dans Montéro et Ars, 2005, p. 245).

<sup>64</sup> F.-X. Dumortier, dans « *La tentation de l'euthanasie / Repères éthiques et expériences de soignants* », op. cit., p. 257

<sup>65</sup> Hintermeyer (2003), p. 19 et 20.

forces destructrices de la mort. Il découvrira l'expérience de la dépendance étroite par rapport aux autres. Les hommes seront solidaires entre eux face au pouvoir annihilateur de la mort. La société sera là pour aider l'homme à repousser la mort, à préserver la vie. Mais elle sera là aussi pour s'occuper de lui en fin de vie et de son corps après sa mort. C'est justement à travers l'acte de soigner — de prendre soin — que la dignité de la personne en fin de vie est préservée. Si nous préservons cette dignité, jusqu'aux derniers retranchements de la vie, nous aurons, nous aussi, l'assurance que nous ne serons pas abandonnés, que nous serons soignés et respectés par l'autre — notre semblable — qui sera là, à nos côtés. Ce respect qui fait en sorte de ne pas ajouter d'indignités à une situation qui est par elle-même déjà trop difficile.<sup>66</sup>

Thomas de Koninck nous fait part de cette réciprocité, de ce principe de solidarité, en soutenant ses propos à l'aide de ceux de Jean-François Lyotard. Il affirme : « *La solidarité humaine s'établit dans un "nous" où chacun porte en soi la figure de l'autre – cet autre-ci – en même temps que la sienne propre ; dans l'amitié parfaite, forme idéale de communauté humaine, l'autre est un autre soi* ». <sup>67</sup>

Mais ce principe de solidarité s'estompe devant l'« *hyper-individualisme* »<sup>68</sup> qui anime nos sociétés occidentales matérialistes, axées sur les droits individuels au détriment des droits collectifs, gardiens de la cohésion. Un contrepoids qui fait obstacle à la recherche de la dignité humaine. Obstacle tel, que d'aucun craignent justement que ce manque de solidarité fasse défaut, justement en fin de vie. La peur d'être abandonné, de mourir seul.

Dans son souci de faire surgir la dignité de l'être humain en fin de vie, les soins palliatifs tentent de ramener l'équilibre entre le respect de la vie humaine, — l'utilisation de la science médicale pour soulager les souffrances — et la reconnaissance de l'unicité de chaque personne — en reconnaissant les besoins qui sont propres à chacun. Le vécu singulier de chaque personne en fin de vie accentue le sentiment d'unicité propre à chaque être humain. L'axe central des interventions en soins palliatifs est la promotion de la qualité de la vie, qualité du confort et la qualité des relations. Et c'est à travers ces relations que la personne en fin de vie peut manifester sa dignité, en lui offrant l'opportunité de profiter au mieux du temps qui lui reste. En réponse à la crainte de « *finir comme un objet* », les soins palliatifs mettent au premier plan, les valeurs fondamentales de la personne en « *lui confiant une position de sujet* ». <sup>69</sup>

Paradoxe de la dignité, s'il en est un, est la manifestation de la noblesse de l'être humain à travers l'épreuve. De tout temps, la dignité est manifeste dans l'épreuve ou dans le malheur. L'épreuve ou la grande souffrance fait surgir en l'homme des qualités jusque-là insoupçonnées : « *Car le malheur, lorsqu'il a dépassé toute borne, nous donne le sentiment du sacré* ». <sup>70</sup> « *C'est dans la finitude même de l'être humain qu'apparaît d'abord la dignité humaine* ». <sup>71</sup> Là où l'être humain semble le plus démuné, on voit apparaître une

---

<sup>66</sup> Allmark, Op Cit.

<sup>67</sup> Thomas de Koninck. « *De la dignité humaine* ». Paris, PUF,2002, citant Lyotard [*The Other's Rights* (1993)], p. 33.

<sup>68</sup> Des Aulniers (1998) ; Prigent (1994) ; LV Thomas (1983). Ou ce que Somerville appelle « L'individualisme extrême » (2003).

<sup>69</sup> Hintermeyer (2003), op. cit., p. 133.

<sup>70</sup> A.J. Festugière, cité par T. de Koninck dans Montero et Ars, « *Euthanasie, les enjeux du débat* »2005.

<sup>71</sup> Thomas de Koninck, dans Montero et Ars, « *Euthanasie, les enjeux du débat* », 2005.

recherche active et un déploiement de toutes ses énergies pour sortir de sa situation difficile. Là alors s’amorce une quête, la recherche de sens face à cette épreuve, la transcendance, propre à l’être humain. Viktor Emil Frankl<sup>72</sup>, médecin psychiatre ayant vécu les camps nazis, illustre de façon magistrale comment l’être humain peut, dans les pires conditions, découvrir un sens à son existence. Et nous avons l’occasion de l’observer parfois dans l’accompagnement des personnes en fin de vie. Il peut s’opérer un tel changement que même les proches qui en témoignent, ont l’impression de vivre avec une nouvelle personne. Cette transformation est à notre avis l’expression de cette dignité que peut faire surgir des soins de confort globaux, axés sur le respect de la personne. La dignité intrinsèque exige donc le respect mutuel que les personnes se doivent les unes aux autres. En cette « *voix de la conscience [qui] me dit que toute vie autre est aussi importante que la mienne* ». <sup>73</sup> De Koninck rappelle « *qu’on peut donner raison à Kant d’avoir insisté qu’il n’y a dignité humaine [que] quand il y a vertu. [...] Mais l’excellence manifeste une capacité sans laquelle elle ne pourrait jamais être réalisée : rien ne vient de rien ; c’est l’humaine nature qui est ainsi portée à un achèvement et qui est ainsi manifestée* ». <sup>74</sup>

La crainte de perdre la dignité, ne serait-elle pas en réalité, la crainte de la mort ? On réclame à grands cris de mourir dans la dignité, mais, comme le souligne Guy Bourgeault, la dignité est niée par cette vie même, axée sur le travail, la production et la consommation. Niée par le fait que le travail impose à « l’esclave » son plan, ses objectifs, ses directives. Faisant en sorte que les individus ont perdu le “ sens de la vie ”. « *Tous des travailleurs, sommes-nous devenus – où l’on passe le temps à “ gagner sa vie ” plutôt que d’en chercher le sens* » <sup>49</sup>. Une contradiction d’autant plus grande pour les soins palliatifs – *souci institutionnalisé de la vie et de la dignité* – qui n’offrent au plan personnel, [à de rares privilégiés fait-il remarquer] des soins que dans les derniers instants d’une vie où la dignité fut si souvent niée... Ainsi, ne plus reconnaître cette dignité intrinsèque ouvre la porte à une euthanasie sans restrictions. Un risque d’abus qui fait paradoxalement écho à l’acharnement thérapeutique, qui les tenants à la légalisation craignent, à leur façon, tout autant <sup>75</sup>.

## 5. MÉDECINS ET SOIGNANTS À RISQUE

Mais toute cette souffrance, que traduit-elle au juste ?

Comme les études mentionnées en introduction semblent le démontrer, il y a un décalage dans les pourcentages des gens qui sont en faveur et ceux qui réellement, demandent l’euthanasie lorsqu’ils se retrouvent en fin de vie. C’est également notre expérience. Nous croyons qu’en fait cela traduit plutôt autre chose : la peur de souffrir, la peur de mourir seul et en détresse. Très souvent, une fois les douleurs et inconforts soulagés, la demande initiale s’estompe. Comme par hasard, « elles sont moins pressées de partir ... ».

---

<sup>72</sup> Viktor E. Frankl, « *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie* », Montréal, Les éditions de L’Homme, 2006, 133 pages.

<sup>73</sup> Thomas Nagel (1991), cité par T. de Koninck, dans Montero et Ars, « *Euthanasie, les enjeux du débat* », 2005.

<sup>74</sup> Thomas de Koninck . « *De la dignité humaine* ». Paris, PUF,2002, p. 224.

<sup>75</sup> Montero et Ars (2005) p. 257 ; Léonetti (2004) ; Somerville (2003)

Toutefois, lors de la phase terminale, dans l'agonie, parfois cette demande refait surface, non plus de la part de la personne en fin de vie mais des membres de sa famille. Notre refus d'obtempérer — par exemple d'augmenter les doses non médicalement requises — est source d'inconforts et de frustrations qui peuvent se répercuter dans la relation avec le personnel soignant. À coup sûr, confusion, malaises, conflits de valeurs seraient d'autant de tensions qui pourraient ruiner la qualité et la cohésion des équipes soignantes, si précieuses en soins palliatifs et de fin de vie. Ainsi, faire place à l'euthanasie signifie alors d'ouvrir une brèche dans l'ordre des choses, dans notre rapport à la vie.<sup>76</sup> Ce serait donc de mettre le personnel soignant dans une situation intenable. L'interdit de meurtre est une valeur trop fondamentale et la remettre sous la responsabilité des médecins — qui sont formés avant tout pour soigner, résolument tournés vers la vie — ferait en sorte d'ébranler les fondements sociaux et la confiance dans le système de santé et ses médecins<sup>77</sup>. Il est clair que le médecin et les autres soignants sont eux aussi pris avec leurs contradictions, leurs peurs. L'ambivalence que traduit tout le débat autour de l'euthanasie met en relief toute la complexité de l'être humain, la complexité de la relation entre être humain, particulièrement dans un rapport vulnérable comme celui qui s'inscrit en fin de vie. C'est ce que Guy Bourgeault appelle l'incertitude en rappelant que devant l'inédit ou l'unicité de toute vie et de toute mort : « *Le respect de l'altérité passe par la conscience et l'acceptation de l'incertitude à laquelle je suis livré par mon extériorité par rapport à l'expérience de l'autre, ou mon altérité. Ainsi mes interventions apaisantes pourront-elles troubler. Et mon trouble, éventuellement reconforter. Qu'en pourrais-je savoir ?* ».<sup>78</sup>

Le devoir de protection de la société, de sa cohésion, tel que mentionné plus haut, s'applique aussi aux équipes soignantes qui oeuvrent auprès des personnes en fin de vie et leurs familles. Il faut protéger la cohésion dans les équipes de soins qui, dans une telle situation d'ambiguïté, deviennent vulnérables elles aussi. Ainsi la démarcation de la limite entre ce qui est « raisonnable » et ce qui ne l'est pas est parfois bien mince. Nous revenons à cette nécessité de clarifier les termes utilisés entourant les traitements de fin de vie — cessation, omission, sédation palliative ou terminale — et l'euthanasie volontaire. C'est souvent cette confusion, ce flou persistant qui justement amènent certaines personnes à en faire la demande ou encore pire, à nous prêter une telle intention. Donner le droit légal aux médecins de pratiquer l'euthanasie, revient à leur donner le droit, et de protéger ou sauvegarder la vie, et le droit de l'enlever ou d'y mettre fin. À partir de ce moment, nous ouvrons une brèche où « *une fondamentale relation de confiance entre les citoyens s'en trouve ruinée* ».<sup>79</sup>

<sup>76</sup> Lapointe dans de Hennezel (2000) ; Somerville (2003)

<sup>77</sup> Somerville (2003) ; Lapointe, entretien avec Charest (2003) ; Bondolfi (2004)

<sup>78</sup> Guy Bourgeault, Op. Cit., p. 53.

<sup>79</sup> Voir à ce propos, Bondolfi (2004) et Copti (2003), interviewé par Croteau dans l'Actualité médicale à propos de l'euthanasie.

## 6. CONCLUSION

L'euthanasie cache multiples volets, qui, si on ne s'y arrête pas, risquent d'appauvrir la réflexion. L'euthanasie soulève les passions. Elle vient nous questionner, chercher en chacun de nous des éléments de notre humanité auxquels on ne s'arrête pas souvent. Ou encore, que l'on n'ose pas visiter, de peur de rester paralysé devant ce qui s'y cache... Ces éléments s'expriment en nous, à travers nous, probablement de façon inconsciente, mais colorent assurément, nos comportements émotifs, non verbaux qui transparaissent dans notre relation à l'autre, notre relation à la vie. L'euthanasie soulève passions et débats, quasi polarisés, mais ne laisse personne indifférent. Mais est-elle au fond, un miroir face à la mort. Le déni de la mort, la fuite en avant que nous vivons, les détresses de plus en plus vives et cruellement ressenties de nos jours, partout à travers le monde, forcent à nous questionner sur notre humanité, notre rapport à autrui, mais dans une perspective globale. Qui sommes-nous, par rapport à nos proches, mais qui sommes-nous par rapport aux autres, ailleurs, qui souffrent tout autant que nous ? Ce déni face à la mort, serait-il plus intense que par le passé ? Ferait-il en sorte que la détresse, la souffrance qu'il cache soient si grandes que cette proportion apparemment si élevée de personnes favorables à l'euthanasie, ne serait, au fond, que le reflet de cette détresse. Une nouvelle fuite, une nouvelle façon imaginée pour éviter de regarder la souffrance en face, la souffrance au-dedans ? L'être humain est si extraordinaire, inventif, imaginatif, créatif, mais cette ingéniosité lui joue parfois des tours. Quand la source de sa souffrance gît si près de lui, au fond de lui, il en perd ses moyens et n'y voit plus clair. D'où ce sentiment que l'euthanasie — quoi qu'elle puisse représenter pour la sécurité de la collectivité — est une solution qui devient de plus en plus plausible aux yeux de certains.

Il est clair que la tourmente est réelle et se joue bien au-delà des horizons du domaine de la santé. L'ambivalence qu'elle crée, chez nous tous, est à l'image de cette même ambivalence retrouvée dans la société, où chaque sujet, en devenir, se cherche.

### 6.1 Prise de position.

Comme nous pouvons le constater, la divergence des points de vue traduit la complexité de cette période critique de la vie, propre à tout être humain, qui nous met face à l'inévitable entre toute, la mort, « *le dangereux en tout danger* ». <sup>80</sup>

Deux avenues qui se dégagent, à parler *dignité*, particulièrement en fin de vie.

D'une part, la dignité vue sous l'angle de l'individu. La dignité est interpellée par l'individu afin que nous le respections dans ses droits, sa liberté et ses valeurs. D'autre part, la dignité vue sous l'angle de la collectivité, de la société. La dignité est alors interpellée par la société en raison des droits mais aussi de ses obligations de protection et du maintien de sa cohésion.

Tout le défi est là. Posons-nous la question, pourquoi l'individu, à ce stade-ci du développement de nos sociétés occidentales, sent-il le besoin de se protéger contre la collectivité, jusqu'à en réclamer le droit de

---

<sup>80</sup> Jankelevitch, cité par de Koninck, dans Montero et Ars, « *Euthanasie, les enjeux du débat* », 2005.

mourir comme il l'entend? La société aurait-elle manquée à son devoir de protection, sa raison d'être, comme souligné par Hintermeyer plus haut ?

Donc deux visions, pour réclamer la dignité en fin de vie, le droit de mourir avec dignité, ou devrait-on dire : le droit de vivre dignement jusqu'à la mort. Deux avenues qui, en guise de conclusion, seront examinées malgré le malaise qu'ils peuvent susciter en fin de la vie.

### 6.1.2 Premièrement, la dignité centrée sur la vision de l'individu.

L'individu en réclamant la dignité en fin de vie, n'exprime-t-il pas simplement un droit fondamental ? Celui de mourir dans la plus grande dignité possible en s'assurant que nous le respectons comme personne et lui permettons de s'exprimer comme « *sujet* ». C'est à travers la peur – la peur de mourir certes – mais aussi la peur qu'il ne soit pas respecté dans sa personne, de ne pas être respecté dans ses décisions qu'il exprime ses besoins. En fin de vie, démuni et vulnérable, ne pouvant plus se défendre contre le puissant système de santé, il a ainsi le sentiment d'être une victime à la merci de la science médicale et ses technologies. La crainte de subir ces « *états intermédiaires* » entre la vie et la mort, états qu'il juge inacceptables. Il exprime également la peur d'être seul, isolé et abandonné. De fait, ayant mis de l'avant la primauté de la personne, la société individualiste fait en sorte que chacun a le sentiment qu'il ne peut compter que sur lui-même. Le manque de solidarité, comme rappelé plus haut, nous fait vivre ce que Marcel Gauchet appelle, « *une forme d'individualisme de déliaison* »<sup>81</sup>, conséquence ultime de l'individualisme démocratique.<sup>82</sup> Le manque de liens significatifs avec ses semblables a comme conséquence qu'il se retrouve seul, et « *il meurt seul* ».<sup>82</sup> Avec ses semblables, il est ce que Prigent appelle « *des personnes qui ont des droits mais sans liens entre elles* ». Il subit l'indifférence de ses semblables, sans support, sans reconnaissance, il préfère alors hâter son départ, plutôt que de subir une fin qu'il n'a pas choisie. La dignité qu'il réclame est celle qu'il juge la plus appropriée pour lui-même, sans égard aux autres (*dignité* comme valeur subjective). La demande s'exprime également à travers la peur de souffrir, la peur de la déchéance, la peur de perdre l'image qu'il se fait de lui-même, une peur qui anticipe une fin qui n'en reste pas moins hypothétique. Ce *droit de mourir dans la dignité*, réclamé par les partisans de l'euthanasie volontaire, n'est-il pas simplement un droit de mourir dignement, toutes ces peurs estompées ?

Mais cette vision qu'on se fait de l'individu peut être différente. Nous pouvons l'envisager sous un angle différent : celui d'une personne qui donne un nouveau sens pour contrer l'individualisme de notre société et ainsi faire valoir ses qualités intrinsèques, fondamentales, propres à chacun d'entre nous. L'individu altruiste, capable de considération, de compassion et de réciprocité. Un individu enclin à la confiance mutuelle et à retrouver l'autre en lui, à découvrir l'altérité, non pas comme une menace mais une découverte à travers la communauté humaine élargie. Cet individu réclame alors la dignité, qu'il sait propre à chacun, comme une valeur fondamentale et immuable en chaque être humain. Cet individu mérite alors le respect inconditionnel d'autrui. Comme le dit Simone Weil : « *Il y a depuis la petite enfance jusqu'à la tombe, au fond du cœur de tout être humain, quelque chose qui, malgré toute l'expérience des crimes commis, soufferts ou observés, s'attend invinciblement à ce qu'on lui fasse du bien et non du mal. [...] C'est cela, avant toute chose, qui est*

<sup>81</sup> Gauchet, cité par Damien Le Guay dans Léonetti<sup>29</sup> (2004), p. 27

<sup>82</sup> Danièle Hervieux-Léger dans Léonetti (2004), p.28.

*sacré en tout être humain* ». <sup>83</sup> Approcher la mort avec dignité, est alors empreinte de la quête de sens, évocatrice de transcendance. Dans le dépassement de sa condition purement matérielle, il reconnaît le destin commun à tous, sentiment d'unité à l'ensemble de ses semblables. La dignité s'exprime alors dans la noblesse qui jaillit à même son combat dans l'épreuve.

### 6.1.3 Deuxièmement, la dignité centrée sur la vision de la société.

Une société qui reconnaît les droits des individus, mais également qui reconnaît qu'il y a des obligations réciproques l'un envers l'autre. La société qui, comme indiqué plus haut, a comme raison d'être, de protéger ses constituants. La liberté s'exerce alors à travers le contrat social et le respect des lois de la Cité. C'est un engagement des individus à respecter les lois et en retour, la solidarité entre ses individus qui leur assure alors le respect de leur dignité pendant la vie et même après leur mort. L'individu altruiste, en ouverture à l'autre, accueillant l'autre dans sa différence, saura faire confiance qu'il ne sera pas laissé seul en fin de vie. La dignité sera alors respectée comme une valeur sacrée, immuable, et présente malgré l'état de sa condition. C'est la reconnaissance du « *devoir d'humanité* » <sup>84</sup> que nous avons tous envers nos semblables, particulièrement les faibles, les démunis, les plus vulnérables et ce qui est encore plus vrai en fin de vie.

Il est donc possible de vivre dignement en fin de vie, à condition de rétablir l'équilibre des forces en jeu. La reconnaissance de l'individu comme personne, un acteur-sujet, maître des décisions qui le concerne. Le choix s'exerce alors à part entière dans un dialogue, dans la relation ainsi que dans l'engagement de ses semblables à l'aider, à le supporter en fin de vie et jusqu'au bout de sa vie. L'engagement de lui assurer une qualité de fin de la vie, en lui garantissant de ne pas ajouter d'affronts à sa condition déjà difficile, comme le dit Allmark : minimiser l'indignité, pour que la dignité puisse surgir. <sup>85</sup>

Soulager les souffrances en maximisant tout ce que les soins palliatifs peuvent offrir, tout en reconnaissant la mort comme une étape normale de toute condition humaine. La vie dans le respect des limites de la science, afin de maximiser le confort et sans acharnement thérapeutique. Maximiser les conditions qui permettront à chaque personne de trouver le sens à sa mort, le sens à sa vie. Comme l'affirme Margaret Somerville, « [reconnaître] *la complexité et le mystère de la mort, qui n'est qu'une projection en miroir de la complexité et du mystère de la vie* ». <sup>86</sup>

L'accompagner, mais s'assurer qu'il suit « *son propre cheminement vers la mort, qui sera la sienne et non plus celle d'un autre* ». <sup>87</sup> Rétablir cet équilibre est en fait de recréer une société solidaire, reconstruire le tissu social qui a longtemps été ce filet de sécurité et de confiance qui s'est malheureusement étioilé depuis quelques décennies. Redonner confiance en notre collectivité qui pourra nous assurer, qu'à la fin de notre

---

<sup>83</sup> Simone Weil, *Écrits de Londres et dernières lettres*, Gallimard, 1957, citée dans L'encyclopédie de L'AGORA, Dossier Dignité ([http : // agora.qc.ca/ mot.nsf/Dossier/Dignité](http://agora.qc.ca/mot.nsf/Dossier/Dignité), consulté le 11 novembre 2010).

<sup>84</sup> Patrick Verspieren (2004) dans « *La tentation de l'euthanasie / Repères éthiques et expériences de soignants* ».

<sup>85</sup> Peter Allmark (2002), Op. cit.

<sup>86</sup> Somerville (2003), Op. cit., p. 155.

<sup>87</sup> Guy Bourgeault (2005), p. 53

vie, nous seront tous et chacun, qui que nous soyons, soutenus, accompagnés et soignés, dans le sens noble du terme. Une société solidaire, qui, basée sur la réciprocité et la reconnaissance de chacun de ses sujets, reconnaîtra leur noblesse, permettant ainsi l'expression de la dignité de chacun la constituant. Une société qui a le souci de ses sujets et qui fera valoir alors que « *La dignité humaine impose de reconnaître que toute l'institution de santé, tout le monde des soins, toutes les connaissances scientifiques, doivent être mesurés par leur aptitude à servir la personne humaine, quelle que soit sa condition, jamais l'inverse* ». <sup>88</sup>

### 6.3 En finissant...

Tel est le travail à poursuivre à notre avis. Non pas de nous laisser emporter par ce que nous proposent les acteurs du postmodernisme. Non pas d'emprunter la voie de l'euthanasie, porte ouverte vers la perte de cet équilibre déjà trop fragilisé. C'est plutôt dans la recherche constante de l'harmonie qu'il faut tendre à tout prix. Se réapproprier la vie, le sens de la vie. Mais aussi la mort, comme phénomène naturel sur laquelle, l'utopie du contrôle acharné, n'est qu'illusion et perte. Il faut poursuivre à développer des soins humains, des soins globaux, centrés sur la personne. Poursuivre à donner accès aux soins palliatifs et de fin de vie à tous, c'est un devoir de les offrir.

En finissant, laissons Pierre Vadeboncoeur<sup>89</sup> résumer ainsi l'attitude des acteurs du postmodernisme vers laquelle nous sommes tous entraînés et qui, en partie du moins, explique la résurgence importante en faveur de l'euthanasie :

*« Aux yeux du postmodernisme, la difficulté du bien se résout par la suppression du concept de difficulté. Celui-ci se dissout dans la facilité générale à laquelle on convie l'humanité, dans une sorte d'abolition des contraires ».*

Puisse la Commission, dans sa grande sagesse, user de toute la prudence nécessaire, afin d'éviter, à travers ce débat, de fragiliser d'avantage le tissu social de cette collectivité qu'est la nôtre. Laissons-nous le droit de réapprendre à apprivoiser la mort, si terrible qu'elle puisse être.

Rappelons-nous ces mots de Félix : « C'est grand la mort, c'est plein de vie dedans ».

---

<sup>88</sup> Hintermeyer (2003), Op. cit.

<sup>89</sup> Pierre Vadeboncoeur cité par Thomas de Koninck dans Montéro et Ars (2005), p. 217 .

## BIBLIOGRAPHIE

- ALLMARK, Peter. *Death with dignity* in J Med Ethics 2002;28:255–257.  
Downloaded from jme.bmjournals.com on 15 January 2006.
- ARIÈS, Philippe. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris, Le Seuil, 1975.
- ATTALI, Jacques. L'ORDRE CANNIBALE – Vie et mort de la médecine. Paris, Grasset, 1979, 325 pages.
- BOURGEAULT, Guy. « *Éthique et soins palliatifs : Tensions, paradoxes et contradictions* ». Québec, Les cahiers de soins palliatifs, volume 6, n°1, 2005, p. 45-54.
- BONDOLFI, Alberto. *Autonomie et accompagnement / Plaidoyer pour une bonne conjugaison*. Montréal, Revue Frontières, automne 2004, p. 15-18.
- CAROL, Anne. *Les médecins et la mort – XIXe et XXe siècle*. Paris, Flammarion, 2004, 334 pages.
- CARSTAIRS, Sharon. « *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada* », Sommaire et points clés du Rapport sénatorial publié en juin 2010 et présenté par l'Association canadienne des soins palliatifs.
- !CHAO, DVK, et al. *Euthanasia revisited*. J of Fam Practice, 2002 ; 19 : 128-134.
- CRÉPEAU, Catherine. *Dépénaliser l'euthanasie (entrevue)*. Montréal, L'Actualité Médicale dans site web de l'AMC : [http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/30426/la\\_id/2.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/30426/la_id/2.htm) consulté le 14 mars 2006.
- DES AULNIERS, Luce. *Chant d'une différenciation tronquée* dans *Trans, Revue de psychanalyse*, No 8, Hiver 1997, p. 161-182.
- DE BEER, T. ; GASTMAN, C. ; DIERCKX DE CASTERLE, B. Involvement of nurses in euthanasia : a review of the literature. *Journal of Bioethics*. 2004; 30 : 494-498.
- DE HANNEZEL, Marie. *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*. Paris, Robert Laffont, 2000, 314 pages.
- DE KONINCK, Thomas. *La maladie peut-elle priver un être humain de toute dignité ?* dans MONTERO, Étienne, Bernard ARS. *Euthanasie / Enjeux et débat*. Montréal, Presses de la Renaissance, 2005, p. 217 – 246.
- DE KONINCK, Thomas. *De la dignité humaine*. Paris, PUF, 1995 (réimpression en 2002), 244 pages.
- DICTIONNAIRE de l'Académie, neuvième édition. Version informatisée*  
: <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>, consulté le 13 février 2006.
- DOUCET, Hubert. *Les promesses du crépuscules*. Montréal, Fides, 1998, 164 pages.
- DOUCET, Hubert. L'euthanasie, un concept piégé, dans *Euthanasie*. Montréal, Revue Frontières, vol. 3, No 1, printemps 1990, p. 6 à 10.
- FERAUD, Jean-François. *Le Dictionnaire Critique de la Langue Française*. Wooldridge, Tübingen, 1994 (1ère édition 1787), Tome premier, p. 780-781.
- FRANKL, Viktor E. « *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie* », Montréal, Les éditions de L'Homme, 2006, 133 pages.

- HANUS Michel. « *La mort aujourd'hui* », cité dans Léonetti, Jean. *Rapport : La Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*. Paris, Assemblée Nationale de France, 30 juin 2004, 307 pages.
- HINTERMEYER, Pascal. *Euthanasie, la dignité en question*. Paris, Buchet-Chastel, 2003, 163 pages.
- HINTERMEYER, Pascal. *La mort consentie. Débats contemporains sur l'euthanasie*, dans Lenoir, F. ; de Tonnac, J.-P. *La mort et l'immortalité. Encyclopédie des savoirs et des croyances*. Paris, Bayard, 2004, p. 1044-1059.
- LAPOINTE, Bernard, cité par Charest, Aline. *La légalisation de l'euthanasie est-elle acceptable ?* Actualité Médicale, VOL. 24, NO 42, 19 Novembre 2003, dans : [http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/22415/la\\_id/2.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/22415/la_id/2.htm) (consulté le 14 mars 2006).
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying : what the dying have to teach*. New York : Touchstone Book, 1997. (Réimpression de l'édition de Mcmillan de 1969).
- LÉONETTI, Jean (PRÉS.). *RAPPORT : La mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*. Assemblée nationale de France, 30 juin 2004, 307 pages.
- LESAGE, Pauline. *La cessation de traitement, au carrefour du droit et de la médecine*. Cowansville (Qc), Les Éditions Yvon Blais, 1990, 246 pages.
- LITTRÉ Émile, *Dictionnaire de la Langue Française*. Paris, Littré, 1987, Tome 2, p. 1728-1729.
- MALHERBE, Jean-françois. *La rupture du dialogue et son dépassement*. Montréal, Novalis, 2005, 37 pages.
- MONTERO, Étienne, ARS, Bernard. *Euthanasie / Enjeux et débat*. Montréal, Presses de la Renaissance, 2005, 283 pages.
- PRIGENT, Yves. *La souffrance suicidaire*. Paris, Desclée de Brouwer, 1994.
- REY, Alain. *Le Grand Robert de la Langue Française*. Paris, Éditions des dictionnaires Le Robert, 2e édition-Tome III, 1991, p. 534-535.
- REY, Alain (dir). *Dictionnaire Historique de la Langue Française*. Paris, Éd des dictionnaires Le Robert, Tome I, 2004, p. 1085-1086.
- SNL. *Le Nouveau Larousse Encyclopédique*. Paris, Larousse, 1994. **SNL**. *Le Dictionnaire Universel d'Antoine Furetière*. Paris, Éd. Des Dictionnaires Le Robert, 1978, non paginé.
- SOMERVILLE, Margaret. *Le canari éthique / Science, société et esprit humain*. Montréal, Liber, 2003, 313 pages (© Viking, 2000).
- THOMAS, Louis-Vincent. *La mort*, PUF 2003. [cité par Léonetti (2004)].
- THOMAS, Louis-Vincent. *Anthropologie de la mort*, Paris : Payot, 1975, 540 pages
- VIERSPEREN, Patrick ; RICHARD, Marie-Sylvie ; RICOT, Jacques. *La tentation de l'euthanasie*. Paris, Desclée de Brouwer, 2004, 293 pages.
- VOVELLE, Michel. *La mort en Occident de 1300 à nos jours*. Paris, Gallimard, 2000, 793 pages.