

**Octobre 2010**

**POUR UN POINT DE VUE PSYCHODYNAMIQUE  
SUR LA DEMANDE D'EUTHANASIE**

**par**

**Pierre Brodeur Ph.D., M.Ps.  
Psychologue clinicien  
(soins palliatifs)**

**POUR UN POINT DE VUE PSYCHODYNAMIQUE  
SUR LA DEMANDE D'EUTHANASIE**

1. Réponse première à une consultation
2. Une question à caractère individuel et social
3. Polarisation des positions dans le débat
4. Mort douce, mort fine... ou mort administrée ?
5. Polysémie et polymorphie de LA demande
6. La demande et les motifs exprimés
7. La réponse à quelle demande ?
8. Du JE absolu au NOUS relatif
9. En conclusion
10. Références d'auteurs cités dans ce texte

## POUR UN POINT DE VUE PSYCHODYNAMIQUE SUR LA DEMANDE D'EUTHANASIE

La question de l'euthanasie est à l'ordre du jour. Après les tentatives d'une députée de faire adopter par le gouvernement canadien un bill privé sur le suicide assisté, voilà qu'une commission spéciale du gouvernement du Qc lançait en mai dernier une vaste opération de consultation sur l'euthanasie en diffusant son document de travail « Mourir dans la dignité ». Doit-on légiférer ou non sur cette question, doit-on modifier la loi qui condamne ce type d'intervention en la qualifiant de crime contre la personne, selon quel principe et à partir de quelles considérations? À titre de citoyen évidemment mais aussi à titre d'intervenant dans les services de santé et de soins de fin de vie, voilà bien une question à laquelle le psychologue ne pouvait se soustraire. Après avoir fait état de notre position, nous présentons ici un point de vue plus élaboré sur la problématique que pose au psychologue la demande d'euthanasie.

### 1. Réponse première à une consultation

Parmi les questions que posait la Commission, les deux suivantes ont particulièrement retenu notre attention :

*1. Dans les États qui ont légalisé l'euthanasie, les demandes d'aide à mourir doivent répondre à un certain nombre de critères. Si l'euthanasie était légalisée ici, quels critères serait-il essentiel de retenir en ce qui a trait aux éléments suivants?*

*a. Qui pourrait demander l'euthanasie?*

*b. Qui pourrait pratiquer l'euthanasie et où?*

*c. Quelle procédure devrait être suivie*

*2. Pensez-vous qu'il y a des risques de dérives? Si oui, lesquels et comment pourrait-on les éviter?*

Notre position pour la promotion des soins palliatifs et contre un projet de loi en faveur de l'euthanasie est incompatible avec ce mode de questionnement. De la même façon, une position contre la peine de mort serait incompatible avec la proposition de critères pour faciliter ou rendre acceptable la peine de mort... avec ou sans risques et dérives !!!

L'expérience nous dit qu'en soins palliatifs, avec les ressources médicales et psychologiques qui peuvent être mobilisées, toutes les conditions sont réunies pour une mort dans la dignité selon l'expression utilisée par les tenants de l'euthanasie. Fin de vie dans la dignité, cela veut dire aussi ne pas finir dans un corridor d'hôpital ou dans un salle commune, ne pas être laissé à soi-même dans la dépendance et l'impuissance, ne pas se sentir un fardeau pour ses proches laissés sans soutien, ne pas souffrir physiquement de douleurs insupportables faute d'intervention appropriée.

Au lieu de se demander ce qui serait approprié pour permettre l'euthanasie, nous devons exiger le développement des soins qui seraient appropriés en fin de vie pour des personnes malades en institution ou à domicile pour vivre dans la dignité... avant de nous demander comment évacuer du système de santé, avec leur consentement ou non, ceux qui tardent à mourir.

Dans ce dossier, les préoccupations à caractère psychologique qui sont à la base de notre travail ne peuvent évacuer les considérations sur l'environnement économique, culturel et politique dans lequel elles s'expriment. La tendance actuelle veut que l'on focalise sur des prérogatives individuelles mal comprises pour ne pas dire idéologiques en gommant les enjeux collectifs.

La citation suivante qui vient de la consultation auprès des tenants de l'euthanasie donne à réfléchir sur la question économique et sur les enjeux politiques en matière de santé.... et de solution finale:

"En outre, l'argument selon lequel les soins palliatifs ont une accessibilité limitée est souvent invoqué. Il arrive aussi qu'ils ne parviennent pas à soulager complètement les mourants. Certains estiment qu'il faudrait considérer la question de façon plus large : l'euthanasie balisée ferait partie des soins appropriés en fin de vie, au même titre que les soins palliatifs, par exemple."

En l'absence de soins appropriés, l'euthanasie risque de devenir par évidence et par absurdité la seule solution finale.

## **2. Une question à caractère individuel et social**

En juin 2007, dans le contexte du dépôt devant le gouvernement canadien du bill privé visant à légaliser le suicide assisté, les journaux publiaient les résultats d'une étude de *l'Institut canadien de recherche en santé* à l'effet que 63 % des patients canadiens en phase terminale de cancer étaient d'avis que le « *suicide médicalement assisté* » devait être légalisé et que 6% d'entre eux en feraient le choix. (La Presse, 7 juin 2007) L'auteur de l'étude indiquait que les motifs de ce choix étaient complexes : dépression, peur de devenir un fardeau pour la famille, sentiment de mal-être et ajoutait que cela pouvait laisser place à des interventions de soutien pour influencer cette option. Il n'est pas inutile de noter que 10% des répondants auraient déjà demandé une telle assistance mais qu'ils ont changé leur choix une fois la douleur soulagée. Les chercheurs ne pouvaient que déplorer le manque de ressources disponibles pour contrer la détresse physique et psychologique des patients laissant la porte ouverte à cette solution finale.

Les statistiques nous apprennent aussi que le cancer est devenu la première cause de décès au Qc au tournant du 21<sup>e</sup> siècle et que les plus de 54 ans compteront pour 88% des cancers diagnostiqués en 2010. Quand on constate que 3,7% des décès subséquents surviennent aux urgences des hôpitaux et que 85% des canadiens qui veulent des soins à domicile n'y ont pas accès, on peut comprendre que les services et les soins de fin de vie deviennent un enjeu économique et politique important. À ce propos, la directrice générale de la division québécoise de la Société canadienne du cancer déclarait récemment en conférence de presse:

« Mourir tout seul à la maison ou dans un couloir d'urgence, sans accès adéquat à des soins pour soulager la douleur, c'est quelque chose qu'on ne peut accepter en 2010, même en période de restriction budgétaire. » (La Presse, 20 mai 2010).

### 3. Polarisation des positions dans le débat

Été 2009 : le secrétaire du Collège des médecins du Qc confirme leur position en faveur de la légalisation de *l'euthanasie* suivant la recommandation contenue dans le rapport d'un groupe de réflexion à paraître l'automne suivant. (Le Devoir, 20 juillet 2009) Encore là les sondages nous apprenaient que 75% des médecins spécialistes seraient en faveur d'une loi encadrant le recours à l'euthanasie suivant en cela 74% des médecins généralistes. Au même moment, un sondage CROP indiquait que 80% des québécois se disent en faveur de cette pratique pour les malades qui en font la demande. (La Presse 5 décembre 2009)

En se prononçant en faveur de l'euthanasie, le représentant du collège des médecins y posait trois conditions : a) respecter la volonté du patient, b) établir des règles claires pour prévenir les abus, c) participation à la prise de décision du médecin qui n'est pas simple exécutant. Ces conditions n'ont pas manqué de soulever des questions sur leur ambiguïté : comment s'assurer de la validité de la demande? Que faire si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté? Qui peut assurer le respect des règles établies? Comment évaluer les pressions de la famille ou des proches ou encore l'influence du médecin et des soignants?

Dans son introduction au document de consultation sur la légalisation de l'euthanasie, la Commission spéciale insistait sur certains aspects de la problématique de « mourir dans la dignité » en pointant le vieillissement de la population associée à la perte d'autonomie, la mauvaise qualité de vie et la solitude des mourants. Il n'est pas inutile de noter que ces « réalités » se trouvent ainsi associées à la solution euthanasique au moment où on observe par ailleurs qu'il manquerait 5,000 places dans les CHSLD pour les personnes âgées. (La Presse 11 août 2010) Dans les mois qui ont suivi, le débat d'opinions s'est amplifié autour de LA piqûre réclamée le plus souvent pour un proche comme « pour son chien qu'on ne laisserait pas souffrir » en évoquant le plus souvent la dignité de la personne et la difficulté ou refus de voir ou de se voir mourir. (La Presse 5 janvier et 8 janvier 2010)

Selon Gagnon (2010), un bilan des motifs invoqués en faveur du suicide assisté ou de l'euthanasie donnerait le tableau suivant :

- \*Contrôler les circonstances de son décès;
- \*Mauvaise qualité de vie anticipée;
- \*Incapacité anticipée à s'occuper de soi-même;
- \*Perte d'indépendance;
- \*Désir de mourir chez soi;
- \*Sentiment d'être un fardeau;
- \*Perte de dignité;
- \*Avoir été témoin d'un décès difficile;
- \*Confusion mentale anticipée.

L'enquête nationale sur les soins palliatifs auprès des patients, soulevait par ailleurs que ceux qui souhaitaient l'euthanasie ou le suicide assisté se sentaient très malades, faibles et nauséux, se percevaient aussi comme une charge pour leurs proches, souffraient et souhaitaient leur mort proche. La réponse à leur demande se réduisait-elle à pratiquer l'euthanasie? De plus, contre l'avis répandu, la perte de la dignité ainsi que la douleur ne paraissaient pas déterminants dans le désir d'euthanasie. (Gagnon, 2010)

À la lecture de divers documents et témoignages on pourrait aussi résumer de la façon suivante les considérations critiques que servent spontanément ceux qui s'objectent aux interventions pour mettre fin à la vie ou qui veulent des mesures adaptées pour que ce choix ne soit plus la solution à une situation insupportable :

- \* Assurer l'accès à des soins de fin de vie empreints de compétence et de compassion;
- \* Fournir des soins adéquats à domicile;
- \* Supporter les proches autant que les malades;
- \* L'euthanasie serait une menace au développement de services de soins palliatifs;
- \* Améliorer la connaissance et l'utilisation des molécules de contrôle de la douleur;
- \* Il n'y a pas de dignité à mourir dans un couloir d'urgence d'hôpital;
- \* On ne peut placer un soignant dans la position de celui qui peut mettre fin à la vie;
- \* La demande de mettre fin à la souffrance vient le plus souvent des proches;
- \* La rareté des lits disponibles et les coûts peuvent provoquer le choix d'en finir.
- \* Choisir entre la mort dans la douleur-souffrance ou l'euthanasie n'est pas un choix.

#### **4. Mort douce, mort fine... ou mort administrée ?**

S'agissait-il déjà d'euthanasie quand, en 1609, Samuel de Champlain, devant l'ennemi

Iroquois torturé par ses alliés Montagnais, réagit avec stupeur, manifeste son mécontentement et, d'un coup d'arquebuse, met un terme aux souffrances de cet ennemi? (Actualité, 1 juin 2010) Insupportable spectacle de la souffrance du vis-à-vis qui pousse à y mettre un terme et qui conduit Champlain à intervenir pour mettre fin au supplice en lui enlevant la vie. Meurtre par compassion? Geste d'humanité? Assistance à personne en difficulté? Adaptation aux mœurs de l'époque? Passons.

Pratiquer l'euthanasie en 2010 par respect de la dignité parce que la seule solution serait l'élimination du patient pour cause de douleur et de souffrance après avoir laissé un état de santé physique et mental se détériorer jusqu'à sa limite? Ce serait évidemment une application économique du principe léniniste de l'exacerbation des contradictions pour justifier la solution préconisée! Nous ne reprendrons pas ici le débat éthique et moral que cela peut soulever.

Rappelons qu'à l'origine le terme euthanasie pouvait désigner « la mort douce » ou « bonne mort » et que s'y est ajouté par la suite l'acte de prendre soin du mourant pour assurer les conditions de cette mort douce au sens de traitement palliatif. Ce n'est qu'à la fin du 19<sup>e</sup> s. que le sens en a été modifié en désignant l'acte de mettre fin délibérément à la vie du malade pour lui procurer une mort douce. (Verspiere, 1984) Quant au suicide assisté, auquel des canadiens ont recours en se rendant par exemple en Suisse (où l'euthanasie définie par l'action directe d'une personne causant la mort d'une autre reste marqué d'interdit), il se définit bien par une action portée sur soi-même en ayant reçu l'aide nécessaire pour l'accomplir.

Dans ce débat qui fait référence aux ressources (science et art de l'application des molécules) et aux limites (l'effet provoqué) de l'intervention médicale face à la douleur-souffrance, on devra prendre note d'une toute récente étude exploratoire concernant les attitudes des médecins sur la sédation en fin de vie. On y souligne que le Collège des médecins du Qc n'avait pas encore pris position sur cette pratique de soins et que les répondants indiquaient qu'il n'existait pas encore de normes pour baliser la sédation palliative. Les chercheurs intéressés par la nature de la souffrance existentielle et sa

relation au corps malade, attiraient l'attention sur l'absence de consensus concernant la souffrance existentielle en tant qu'indication et motif pour appliquer la sédation palliative.

Déjà là, devant la possibilité de sédation, les obstacles sont nombreux pour ce qui est de l'autonomie et de la demande du patient à respecter. Il apparaît en pratique que ce principe ne soit pas si facile d'application : état d'affaiblissement du patient, épisodes de perte ou variation d'état de conscience, ambivalence dans le choix de mourir, surcharge de motifs des demandes. Enfin, il semble que le processus de décision et le partage de la responsabilité à prendre (patient, médecin, soignants, famille) posent des questions toujours en suspens quant à la décision finale et aux tensions à assumer. (Blondeau et alii, 2009) Encore faudrait-il distinguer sédation de confort et sédation profonde ou terminale et ce que cela pose comme enjeux relationnels de renoncement. Sans balises pour le processus de décision visant à induire le sommeil, on croit pouvoir fournir des indications pour donner la mort? On peut anticiper que médecins et soignants se retrouveront dans les positions inconfortables les uns par rapport aux autres devant leurs patients.

Affaire de balises et de normes? En 2005, aux Pays-Bas, là où des règles légales ont été instituées pour l'euthanasie et le suicide assisté, 38% des demandes sont refusées et celles qui sont acceptées portent davantage sur le motif de douleur que sur celui de perte de dignité. Mais, « fait troublant, dans 19% des cas d'euthanasie, le médecin a administré un médicament provoquant la mort sans que le patient en fasse la demande et parfois sans discussion préalable avec la famille ou un collègue ». (Antoine Boivin, doctorant au Scientific institute for quality of healthcare aux Pays-Bas, dans La Presse 4 octobre 2010, Des risques majeurs)

Notons au passage la confusion qui porte à croire que donner des opiacés et des analgésiques puissants pour calmer les grandes douleurs serait donner la mort. Nous en prenons pour exemple l'épisode du 2 août 2010 de la série populaire « Doctor House », spectacle de la médecine high tech s'il en est un, qui présentait la piqûre de morphine à un patient en fin de vie comme la réponse définitive à sa demande

d'euthanasie contre l'acharnement médical. (Retour à la croyance populaire : la morphine c'est la mort en seringue... pourtant on acceptera aisément la codéine qui est de la même source.)

Ainsi donc, les médecins ont pu prendre une position favorisant l'euthanasie (mort douce) alors que les tenants et les aboutissants de la pratique de la sédation palliative (mort fine) restent en suspens en soulevant le même ordre de questionnement non résolu? C'est dans ce contexte que les éthiciens en viennent à questionner la formation scientifique et idéologique des médecins à l'utilisation des opiacés face à la douleur ainsi que leur préparation à la dimension relationnelle avec le patient particulièrement dans la perspective de la fin de vie et de la mort. (Roy, 2010) (C'est ce que mon père soulevait quand il disait « mon meilleur remède c'est lui » en parlant du médecin qui le suivait en soins palliatifs et qui prenait le temps de converser avec lui.)

## **5. Polysémie et polymorphie de LA demande**

Une patiente arrive à l'établissement de soins palliatifs et déclare au médecin venu évaluer son état qu'elle en a assez de cette vie. Elle lui demande de lui administrer ce qu'il faut pour en finir. Il lui demande d'attendre au lendemain pour en discuter. Le lendemain elle renouvelle sa demande. Le médecin lui indique qu'il n'est pas là pour ça mais pour assurer son confort, contrôler ses douleurs et qu'il sera là jusqu'à la fin. Le lendemain il lui demande si elle veut toujours en finir et elle lui répond : « Non, au fond je voulais juste vous tester et m'assurer si vous seriez là pour moi jusqu'à la fin. »

Un patient âgé arrive à l'établissement en phase terminale d'un cancer colorectal; son épouse en détresse, épuisée, lui mutique, fermé, veut en finir. Le couple ne s'est jamais avoué la fin proche. Mobilisation générale concertée pour lui et la famille: médecins, infirmières, bénévoles, psychologue, musicothérapeute. En quelques jours, la douleur est contrôlée, le contact est repris, la parole circule... les adieux se font, la reconnaissance de la fin se joue, le patient arrivera à la sédation réconcilié avec les membres de sa famille en paix avec eux-mêmes.

Un père de famille, en fin de vie sous analgésiques puissants, n'a plus le contrôle de ses sphincters, gémit parfois, s'agite, incohérent, confus. Le fils insiste auprès du médecin pour dire que ça ne peut plus durer ainsi, qu'il ne faut pas laisser son père vivre ainsi, dans cet état que ce n'est plus lui. Il réclame une piqûre pour mettre fin à la souffrance de son père. « Vous voulez le faire? » lui dit le médecin « Non pas moi, vous, moi j'en suis pas capable. » Le médecin lui dit que lui-même n'est pas plus habilité à le faire. Le fils se ravise et profite du soutien que lui offre les services de soins palliatifs.

Une patiente arrive dans un état précaire, à demi consciente, alitée depuis quelques jours à l'hosto, accompagnée de son fils et sa fille. Le climat familial est tendu. Après examen, les médicaments sont modifiés et les symptômes suivis de près. 48 heures plus tard elle retrouve la parole. Trois jours plus tard elle circule en fauteuil roulant. Elle échange avec le psy, raconte sa vie et explore la dynamique familiale. Au contact du personnel le fils modifie son attitude, s'approche de sa mère. La fille assume des responsabilités. Changement de point de vue les uns sur les autres.

Les cas sont multiples dans leur singularité. Demande évoquée, demande latente? Ces exemples ne prouvent rien mais ils ont un dénominateur commun : il y avait autre chose possible que l'euthanasie qui aurait sans doute été LA solution dans les conditions qui étaient celles des patients et des familles avant leur accès à un centre spécialisé de soins palliatifs. Au-delà de la mort de l'organisme biologique singulier, une lecture attentive fait ressortir quelques considérations à savoir que le mourant est un vivant dans un monde de relations, que la mort n'est pas une maladie et que des enjeux psychodynamiques sont susceptibles de baliser notre démarche pour arriver à un avis professionnel.

## **6. La demande et les motifs exprimés**

À partir du moment où une demande est formulée par un patient en fin de vie, par un proche ou même parfois par un soignant, la question des motifs est soulevée. On

conviendra que cela exige une écoute, une exploration et une clarification de ce qui est dit, pensé, ressenti et associé dans ce souhait de mort.

- a. Difficulté posée au patient par la douleur qui peut être intolérable, insupportable, qui prend toute la place, envahit toute l'existence, enrayer la machine à penser jusqu'à provoquer des réactions incontrôlables, désordonnées du corps du patient;  
(Voir : analgésiques ou sédation de confort ou sédation profonde à évaluer dans la perspective relationnelle et médicale)
- b. Difficulté posée par le spectacle de la douleur-souffrance du patient aux yeux des proches ou même parfois des soignants qui, par identification, ne peuvent supporter en temps réel leur propre impuissance à soulager ceux qu'ils aiment et demandent qu'on les soulage eux-mêmes à la place du patient... alors que la douleur par identification met à mal les dispositions relationnelles et enrayer la machine à mentaliser-symboliser autrement la présence, la relation et le sens de ce qui est vécu.
- c. Difficulté posée au patient par son impotence, sa dépendance, son autonomie perdue, sa perte de contrôle, honteux de montrer sa déchéance, sa merde... ce qui est éprouvé comme une blessure narcissique majeure à sa propre image, à son estime de lui-même, à sa valeur intrinsèque d'où sa conviction que sa vie n'a plus de valeur, qu'il ne mérite pas tant d'attention. Il y a alors faillite du besoin de reconnaissance et il ne reste plus qu'à choisir sa fin.
- d. Difficulté posée au patient responsable qui se sent coupable de sa maladie, responsable de mettre ses proches en peine et en difficulté, d'être une charge pour eux... jusqu'à se sentir fautif, coupable d'occuper un lit dont d'autres pourraient bénéficier parce qu'ils le méritent plus que lui et donc qu'il doit soulager les autres de sa présence avant de susciter des sentiments négatifs envers lui-même.

Ces considérations sur la demande et les motifs que les sujets expriment, quand on leur en donne l'occasion, appellent donc une exploration plus approfondie de leur contenu, de leurs tenants et aboutissants ou encore un questionnement sur « *qui dit quoi à qui, comment, dans quelle circonstance et avec quelle intention ?* ».

## **7. La réponse à quelle demande ?**

Ce sont là les repères qui balisent notre démarche et nous tenons pour principe que celui qui ne sait rien de celui qui formule cette demande ne peut être en mesure d'y donner suite par une réponse toute faite. Ce qui apparaît ici c'est l'attention portée non plus *sur la demande d'un soigné pour obtenir ce qu'un soignant possesseur d'une solution* mais bien sur une *disposition à reconnaître la portée de cette demande dans l'histoire du demandeur*.

C'est cette disposition qui permet de décoder la demande de l'enfant quand il demande un bonbon à sa mère : formulation d'une tension à réduire par le plaisir oral anticipé du sucre, demande qui exprime un désir dans la relation à l'objet d'amour appelé à répondre en portant attention à celui qui cherche à combler un manque. On sait que la réponse positive ou négative de la mère sur ce bonbon sera déterminante selon qu'elle y mette des mots ou pas pour y associer un sens, selon que l'enfant sera reconnu ou non comme sujet désirant. (Voir syndrome hospitalisme) On oublie trop facilement le pouvoir de cette mise en mots comme moment déterminant pour apaiser la détresse, la peur. C'est pourtant ce qui se passe quand la violence des coups de tonnerre et les éclairs aveuglants font effraction pour la première fois dans le système perceptif des enfants et que leur mère (i.e. pare-excitation) les prend contre elle en disant dans un sourire « Boum boum tonnerre » ce que l'enfant pourra répéter et en faire un jeu de sons et lumières... à condition qu'elle ne soit pas elle-même effrayée ou dépassée par les cris de détresse de l'enfant.

Dans cette expérience de menace et de renoncement ultime, il devient ici incontournable de recevoir cette demande d'euthanasie dans son contexte relationnel,

de chercher à comprendre ce sur quoi se déposent la souffrance et l'angoisse de mort, de se documenter sur les réactions aux expériences antérieures de perte, d'abandon et de deuil, bref, de situer la demande en rapport avec la nature particulière l'organisation psychique du demandeur, patient ou proche parent..

C'est un fait reconnu aussi que ce sont les accompagnants qui insistent le plus souvent auprès des médecins pour qu'on en finisse. Comment un humain peut-il en venir à réclamer cette fin pour l'autre? La lettre de É. Normandeau intitulée « Un peu de dignité », publiée dans La Presse du 5 janvier 2010, est éloquent :

« Plutôt que de lui administrer la dose fatale, le médecin a laissé mourir de faim ma mère en phase terminale (...) la douleur de ma mère était stabilisée, le processus normal était d'attendre (...) pendant plus de 10 jours (...) Vous trouvez qu'il est plus humain de mourir de faim que d'injecter une dose fatale quand il n'y a plus de qualité de vie? Que fait-on si un chien (...) »

Qu'on ne s'y méprenne pas. Nous sommes ici exposés à la souffrance d'un fils aimant confronté à l'impuissance d'agir, incapable de réparer le mal, de lui rendre la vie et de supporter sa mère dans cet état végétatif parce que ce n'est plus elle, parce qu'elle n'est plus ce qu'elle a été pour lui, en relation avec lui. Par identification à son premier objet d'amour, dont la forme narcissique est la première, le fils souffre pour sa mère. (Green 1983) Pourtant la mère ne souffre plus, elle dort, la douleur est contrôlée et la vie suit son cours jusqu'à sa fin. Ici le supplice est dans l'œil de celui qui, impuissant devant la mort, voit disparaître le premier objet d'amour de l'enfant qu'il a été. Mais personne ne portera le fardeau d'avoir causé la mort de l'autre encore vivant. La frustration de la coupure relationnelle serait-elle apaisée et le deuil facilité par l'acte agressif et de maîtrise qui consiste à donner la mort?

Nous voilà aussi devant un humain mis à mal devant la mort de sa mère. Ce qu'il nous dit c'est bien que la mort n'est pas qu'un événement biologique ni pour le mourant ni pour ceux qui lui survivent. Boum boum tonnerre ! Quel support relationnel ce jeune homme a-t-il rencontré? A-t-il été laissé à lui-même, dans sa solitude en l'absence de sa mère? A-t-il pu compter sur un environnement accueillant, sur autre humain pour

exprimer sa souffrance, la mettre en mot et associer du sens à ce temps suspendu pour en faire un temps de transition? Sa colère a trouvé un objet mais est-ce le bon?

On comprendra que tout doit être mis en œuvre pour que les conditions rendent ce travail possible. La solution qui consiste à donner la mort sur demande, aussi insistante soit-elle, comme donner un bonbon sur demande, court-circuite ce travail de liaison psychique et relationnel, pour le patient, sa famille et les soignants.

## **8. Du JE absolu au NOUS relatif**

Dignité, autonomie, droit de l'individu à la libre disposition de son corps (homologie de la libre entreprise?), affirmation de son pouvoir ultime sur soi-même, il est étonnant qu'il n'y ait pas plus de 80% de la population en faveur de l'euthanasie ou du suicide assisté. Notre point de vue psychodynamique nous porte même à croire que la position première, la plus primitive et spontanée ne peut être que celle-là : affirmer son omnipotence, sa toute-puissance sur le monde en commençant par l'objet primaire, soi-même. D'où la revendication, inscrite au fond de soi, de cette affirmation du pouvoir du JE à choisir sa fin, à contrôler sa vie, son corps, à quitter activement plutôt que passivement, à agir plus qu'à subir. « Si un humain a décidé de mourir, personne ne doit pouvoir s'y opposer », dicit Ludwig Minelle, fondateur de l'association suisse Dignitas (Titre de La Presse, 5 décembre 2009) Cela ne paraît-il pas maintenant être un jugement un peu réducteur de la relation humaine? Cela ne dit pas tout de l'expérience humaine qui est aussi un processus d'accès à l'humanisation dans la relation et les renoncements sans cesse renouvelés et animés par la parole. (i.e. sevrage et souffrance symbolisée du petit né dans le désaide absolu).

Il n'est pas anodin de constater que l'opinion de départ passe d'une large majorité à un très petit pourcentage qui en fin de parcours insisterait pour un acte qui va provoquer la mort. Soulagés de la douleur, la quasi-totalité révisent leur demande d'en finir. Mutation humanisée d'une pulsion de domination qui rencontre le principe de réalité dans le parcours qui va de la naissance à la mort? Pour nous cela exprime un saut qualitatif de

la position individuelle prise dans l'absolu tournée sur elle-même, abstraite de l'expérience humaine, à une décision à prendre dans un système de relations affectives, un environnement institutionnel, un contexte idéologique et des conditions économiques qui soutiennent plus ou moins les processus de liaison ou de déliaison.

## **9. En conclusion**

Le travail du psychologue sur les forces de liaison et de déliaison à l'œuvre dans la vie psychique, ne peut s'enfermer dans le choix a priori de l'euthanasie ou du suicide assisté et encore moins l'accréditer. Nous sommes du côté de la vie, dans ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire : être là pour une fin de vie dans la dignité.

## **10. Références d'auteurs cités dans ce texte**

Blondeau D., Dumont S., Roy L. et Martineau I. (2009), Attitudes of doctors toward sedation at the end of life : an exploratory study, dans *Palliative and supportive care*, 7, 331-337

Gagnon Pierre (2010), *Désir de mourir en fin de vie : pour mieux comprendre au-delà des débats*, Conférence présentée au Congrès du réseau des soins palliatifs du Qc, Qc printemps 2010

Green André (1983), *Narcissisme de vie narcissisme de mort*, Paris, Éditions de minuit

Roy David J., (2010), *Sur le droit de mourir dans la dignité*, Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Verspieren Patrick (1984), *Face à celui qui meurt*, Paris, Desclée de Brouwer