

# Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FORMATION CONTINUE 2009-2010

VENDREDI 4 DÉCEMBRE 2009

SÉANCE PLÉNIÈRE FACULTATIVE DE L'AVANT-MIDI

8h30

**EUTHANASIE : LES MÉDECINS BIENTÔT À L'HEURE DES CHOIX**



Docteur Marcel Boisvert  
Omnipraticien  
Membre de l'AQDMD

## EUTHANASIE : LES MÉDECINS BIENTÔT À L'HEURE DES CHOIX.

-67% DE NOS LECTEURS SE DISENT PRÊTS  
À LE FAIRE EUX AUSSI.

*Nota bene : on comprendra que "lecteurs" veut dire "répondants à notre sondage"*

Ainsi titrait L'Actualité médicale du 20 mai dernier 2009, à l'occasion de la visite d'un généraliste de France, le Dr. Bernard Senet, impliqué en soins palliatifs depuis 30 ans. Tout au long de ces trente années, il a aidé une soixantaine de ses patients à mourir, et bien que comme ici, l'euthanasie soit illégale en France, il n'a jamais été inquiété par les autorités de son pays. Je ne pense pas que le « bientôt » de la manchette soit imminent, mais quelques données justifient amplement le choix de ce mot.

En premier, et mentionné dans le même numéro de L'Actualité, on nous apprend que le «Groupe de travail en éthique clinique» du Collège des médecins, après une minutieuse étude longue de trois années, a recommandé aux dirigeants du Collège d'accepter une « petite ouverture » à l'euthanasie pour que, dans des circonstances particulières, elle puisse être pratiquée. Le texte de la recommandation n'a pas été rendu publique, et le Collège doit se prononcer plus tard cet automne. Personne n'oublie que la loi en ce domaine relève du fédéral.

Autre facteur, le Groupe de travail et la Direction du Collège ont sûrement pris acte de l'acceptation de plus en plus généralisée au Québec, d'une loi autorisant l'aide médicale à mourir, bien balisée il va sans dire. En 2007, un sondage Ipsos-Reid donnait 76% des canadiens et 83% des québécois en faveur d'une telle loi.

À cela s'ajoutent deux études canadiennes récentes, bien menées, qui reconfirment que - contrairement aux croyances véhiculées depuis longtemps- la douleur n'est pas le motif principal des demandes d'euthanasie. La première portait sur 440 patients répartis dans 5 centres médicaux tertiaires, affligés de cancer ou autres maladies fatales. Chaque centre avait accès à un service de consultation en Soins palliatifs (S.Pall.)

Pour ces 440 patients, l'importance de la douleur se classait au 7<sup>ième</sup> rang de leurs préoccupations terminales; ne pas être un fardeau au 5<sup>ième</sup> rang. Au 2<sup>ième</sup> rang: ne pas recevoir de traitements futiles et au 1<sup>er</sup> rang: avoir une confiance totale en son médecin ! (1) Des problèmes existentiels et psychosociaux étaient en cause: « La souffrance d'être là...dans une vie qui n'a plus de sens...qui est la dégradation de l'identité » comme l'a écrit le théologien Hubert Doucet. (2)

La deuxième étude, encore plus significative, vit collaborer 8 Services de Soins Palliatifs reconnus, tous du Canada, dont un du Québec (3). Sur 379 patients atteints de cancer et ayant une espérance de survie estimée à moins de six mois, 63% se dirent favorables à l'euthanasie, 40% considéreraient y avoir recours selon leur état, 6% la désireraient immédiatement si elle était légale. Autre détail, 75% préféreraient l'euthanasie au suicide-assisté. Aucun des malades affichait des douleurs sévères mal soulagées.

Dans ce dernier groupe (22 patients), les malades étaient cliniquement plus détériorés quoique leur survie n'en fut pas statistiquement écourtée. Ils présentaient un score de dépression plus élevé, mais tous furent déclarés lucides et aptes. Leur indice de religiosité était plus bas. Les raisons principales motivant leur demande d'euthanasie : la perte d'autonomie, une vie futile, une vie vidée de son sens, se sentir un fardeau pour leurs proches.

Ne pouvant mettre en doute la compétence de ces équipes, ces deux études montrent à la fois l'efficacité et les limites des S. Pall. et suggèrent une évolution durable de la société canadienne en faveur d'une reconnaissance élargie de l'autonomie et du caractère sacré de la personne. Au moment de l'étude, on peut penser que 94% des malades recevaient des soins appropriés à leur fin de vie. Sans battre tambour, il faut s'en réjouir, tout en acceptant d'être interpellé par les 6 % qui demandent à mourir. Et il faut en même temps reconnaître la justesse des propos d'Hubert Doucet cités plus haut, auxquels il ajoutait ceci: « Cette souffrance (existentielle) n'est pas traitable, et dans ce sens, c'est de la fausse représentation que de croire qu'il est possible de maîtriser toute souffrance ».

Ouvrons une assez longue parenthèse pour parler de vocabulaire et du discours.

Même s'il est ambigu, le mot « euthanasie » dont l'usage s'est généralisé, ne sera pas détrôné. L'ennui est qu'au niveau subliminal, l'aspect « non-volontaire » est évoqué chaque fois qu'il est question de faire euthanasier son vieil animal de compagnie. Au jour le jour entre nous, pour éviter d'avoir à ajouter "volontaire" ou "sur demande" à chaque usage du mot, l'expression IVV, comme dans IVG, a l'avantage d'être courte et précise quant au désir du malade : l'Interruption Volontaire de la Vie.

Question discours, une stratégie est à éviter. C'est celle qui consiste à discuter sur le mode POUR ou CONTRE. Cet exercice s'avère rapidement futile, ne servant qu'à défendre les opinions des protagonistes alors qu'il s'agit de discuter des besoins d'un mourant. La question fondamentale est de savoir s'il existe des situations exceptionnelles où il serait justifié d'écouter une vie de souffrance insupportable, à la demande d'un malade compétent.

Une autre méprise quant au vocabulaire est d'associer l'IVV à un meurtre, un des reproches à faire à l'endroit de la Loi canadienne. Les mots tuer, meurtre, assassinat, se définissent par deux éléments : 1) ôter la vie 2) avec violence, dont la racine *violare* dit explicitement « contre la volonté de ». On n'hésite jamais sur le sens du mot viol. Cette méprise est grave parce qu'elle commet l'illogisme de comparer des non-comparables, lequel mène à la grave injustice de considérer comme des actes vils et criminels, des actes essentiellement humanistes.

Ainsi, le CCNE de France (Conseil consultatif national d'éthique) en janvier 2000, remit au gouvernement français le long Avis No. 63 qui contient ce passage : « La Loi, qui considère l'euthanasie comme un meurtre ou un assassinat est extrêmement vertueuse et sévère. Elle est rarement appliquée, des euthanasies ont lieu et ne sont sans doute pas, dans la majorité des cas, le fait de meurtriers pervers. Or l'hypocrisie d'une loi proclamée mais non-appliquée pose de réels problèmes pour une démocratie » (4). On croirait ce texte écrit pour le Canada.

Une autre tendance consiste à des énoncés où le raisonnement le cède aux émotions et aux sentiments.

Je m'explique...à partir de ma collection de citations, tirées entre autres, de L'Actualité médicale.

Je crois qu'elles sont nées en réaction au tristement célèbre article anonyme «It's Over Debbie» (5) lequel décrit une euthanasie vraisemblablement fictive, par un résident affichant un manque total de sensibilité; ainsi qu'aux désolants suicides-assistés commis au long des années '80 par le Dr Kevorkian, dénommé Dr. Death par les média (6) et qui aboutit en prison.

Quelques exemples suffiront :

- \* « ce n'est pas à la médecine de faire les basses oeuvres de la société »
- \* « la médecine doit soigner pas tuer le patient »
- \* « ce n'est pas faire preuve de compassion que de se débarrasser de quelqu'un »
- \* « l'euthanasie c'est un meurtre »
- \* « on ne règle pas les choses en éliminant les individus »
- \* « vous voulez mourir ? Pas de problème, on vous amène ce qu'il faut ».

Ce style de langage sied peu à notre profession.

Passons à autre chose...

Parler du COMMENT de l'euthanasie est prématuré en l'absence d'une loi l'autorisant. Il ne sera donc pas question de pharmacologie ni de mise en scène clinique. Il ne sera question que du paysage « grand angle » où se situe l'euthanasie.

La question est grave, épineuse, comme le montrent les positions divergentes qui sont avancées.

Nous devons être individuellement prêts et conséquents dans nos réponses à nos patients et à la société. Le dialogue doit se poursuivre avec sérénité et dans le respect de l'Autre. Il sera forcément circonscrit quand confronté à des interdits religieux absolus. Plus loin, nous verrons que théologie et bioéthique reconnaissent que toute règle morale, dans des circonstances exceptionnelles, peut être transgressée. Une vision soutient que Dieu seul prête et peut reprendre la vie. A cela, le philosophe David Hume demanderait : « comment le savez-vous ? ». D'autres interrogent : et si la volonté de Dieu se situait dans un domaine inaccessible au vocabulaire humain...Dieu n'est-Il pas le seul à pouvoir juger du courage d'un mourant ou des intentions d'un soignant ?

### **Demandes d'euthanasie à la hausse.**

Les données précises manquent mais nombreux sont les témoignages qui l'affirment.

On a vu dans les deux études précitées, que le soulagement de la douleur semble laisser apparaître la souffrance existentielle, soulagée en bonne partie par des soins de qualité. Ces recherches établissent qu'un petit nombre de malades en grande souffrance persistent dans leur désir d'en finir et demandent l'euthanasie, comme l'aboutissement des soins palliatifs qui leur sont prodigués. De nombreux commentateurs s'accordent sur ce continuum.

Des auteurs ont suggéré des facteurs à la source des limites des meilleurs soins, et ce, même en milieu palliatif chevronné.

Ainsi, David Roy souligne que le temps manque pour bien connaître les malades dans le contexte particulièrement difficile d'une fin de vie tourmentée. Il écrit : « Il est loin d'être évident que quelqu'un parmi nous sache vraiment comment aider les mourants à maintenir leur intégrité quand ils sentent leur désintégration, quand leur relations se désagrègent, et quand nous-mêmes les connaissons trop peu et trop superficiellement pour raviver leur appartenance et leur dignité» (7).

Plus tôt cette année, j'ai tenu à clarifier une déclaration faite par le psychiatre Yves Quenneville il y a plusieurs années lors d'un Symposium sur ce sujet. Sa réponse, forgée par plus de 25 années de consultation en S.Pall. fut sans équivoque : « Oui, je maintiens ce que j'ai dit. Je pense que l'idée de la recherche du sens à tout prix est inacceptable. On ne peut s'acharner à pousser du sens à des mourants alors qu'ils sont à se battre justement avec le non-sens, et ne sont pas en état de se faire imposer des crédos extérieurs (8).

Et à part le manque de temps, pourquoi en savons-nous si peu de « la souffrance d'être là...» dont parle Hubert Doucet mentionné plus haut ? La psychanalyste et auteure M.M.Davy, dans son livre *Un Itinéraire*, nous parle -d'expérience personnelle- de l'immense difficulté à communiquer entre le soignant et le mourant. « J'ignorais -écrit-elle- que le vivant et le pré-mort ne peuvent communiquer; aucune frontière ne les relie; l'un et l'autre n'appartiennent pas au même temps». (9)

Ces penseurs nous imposent un questionnement sur les attributs mêmes de la communication et de l'écoute. Écoutons-nous assez ? Écoutons-nous trop ? Écoutons-nous mal ?

Se peut-il que nous soyons incapables d'intérioriser des idées qui nous sont trop contraires ? Médecins, nous sommes mieux préparés aux demandes de greffe de coeur que d'euthanasie...

Ainsi, un des plus grands théologiens du XX<sup>ième</sup> siècle, Paul Tillich a écrit dans *Le courage d'Être*: « Elles sont plus nombreuses qu'on pense les personnes stoïques pour qui la notion de suicide ne d'adresse pas à ceux que la vie a vaincus, mais à ceux qui ont triomphé de la vie et qui sont à la fois capables de vivre et de mourir et de choisir librement entre les deux ». (10)

C'était, 2000 ans plus tard, retrouver Sénèque qui avait écrit : « Choisir soi-même l'heure où l'on quittera ce monde quand nul autre remède contre la souffrance n'existe plus que la mort, telle est la suprême dignité qui appartient au seul sage ». (11)

Y a-t-il plus de sages que l'on croit qui veulent mourir dans la dignité ?

Un autre phénomène s'impose, associé à l'intérêt grandissant dans l'autonomie du mourir. Au cours des dernières décades, est apparue une diminution marquée de la religiosité. Diverses sources indiquent que 95% des personnes se disant athées approuvent l'euthanasie. Ce chiffre oscille autour de 60% chez les protestants et va de 35% pour les catholiques pratiquants, à 50% chez les pratiquants occasionnels. (12)

Ces informations s'accordent avec les recherches du réputé juriste et auteur anglais Glanville Williams. Ayant étudié minutieusement les tentatives infructueuses, dans plusieurs pays, de légiférer en faveur de l'euthanasie, il fut amené à conclure que les motifs principaux étaient dans presque tous les cas de nature religieuse, d'avouée à occulte. (13)

Enfin, Hubert Doucet anticipe l'ébauche d'un nouveau paradigme sociétal, qu'il relie aux étourdissants progrès de la biomédecine. Il écrit ce qui suit : « L'euthanasie est aujourd'hui proposée comme un geste d'humanité parce que nous devenons inquiets du type de vieillesse et de mort que la médecine moderne est en train de nous fabriquer...les malades ne sont-ils prolongés que pour souffrir plus longtemps ? ». (14)

Nous sommes peut-être à l'aube d'un temps nouveau où la biomédecine nous offre des options non refusables de longévité et de qualité de vie accrue. Au bout de sa durée utile, la vie futile qui s'annonce, au-delà d'un certain point, sera intolérable et la demande se fera, d'une aide pour « descendre du train » à la station de son choix. La science a ajouté à la longévité moyenne plus de 40 années, au cours du siècle dernier. En 1900 on mourait à 50 ans et, pour la majorité, rapidement. Ma génération est la première à percevoir qu'elle est bénéficiaire ET victime de cette science. Une proportion grandissante de la population n'entrevoit pas une fin de vie en CHSLD comme un projet enviable.

Certains n'y voient qu'un hédonisme égocentrique mais on peut y déceler également une redécouverte de la philosophie du vieil eskimo de jadis, devenu impotent, acceptant que son heure soit venue. Ayant redonné ce qu'il avait reçu, il quittait son igloo pour la dernière fois, par une nuit à -40, fidèle à ses valeurs et solidaire de sa famille et de sa communauté.

Nous touchons ainsi à la croisée des chemins entre la vie et la mort, à l'incompréhensible et opaque mystère dont nous ne savons pas un iota de plus qu'il y a 3000 ans. Théologiens et philosophes s'entendent sur bien peu de choses. La vie appartient à Dieu selon les croyants. Sa mort doit appartenir à l'Homme libre puisqu'il n'a pas choisi sa vie pensent d'autres. Qui peut affirmer qu'il a raison au point de l'imposer à l'Autre ? Un respect réciproque s'impose.

Dans ce contexte, nous sommes interpellés par un éditorial du Dr Roy : « En médecine comme à la guerre, des circonstances extrêmes existent qui ne se conforment à aucune règle. Je crois que l'ultime défi de l'éthique consiste à savoir quoi faire quand aucune des règles ne convient ». C'est alors qu'il décrit un cas extrême et conclut : « le médecin aurait été absolument justifié éthiquement (utterly justified ethically) d'accéder à la demande de la malade, de choisir le moment de sa mort ». (15 - ma traduction)

#### POURQUOI UNE NOUVELLE LOI ?

- \* Parce qu'en 1982 et en 1993, le gouvernement canadien a passé outre aux recommandations de faire un cas d'espèce de l'aide-au-suicide.
- \* Parce que l'illogisme de la Loi persiste, qui considère des actes de compassion comme de vulgaires actes criminels.
- \* Parce que, conséquemment, la Loi a perdu sa légitimité puisque juges et jurys, depuis des années, prononcent des acquittements ou infligent des peines réduites ou avec sursis. Ce qui mine la crédibilité de la Justice comme l'a affirmé le CCNE de France.

- \* Parce que la Cour Suprême en 1993 a reconnu à l'unanimité que le droit de décider de la manière et du moment de la mort, dans certaines circonstances, était un droit protégé par la Charte canadienne des droits. (16)
- \* Parce que les données actuelles contredisent les craintes d'abus envers les personnes vulnérables, le principal argument des Juges de la majorité dans la cause Rodriguez. (17)
- \* Parce que la Loi actuelle est maintenue au profit de victimes potentielles, une erreur juridique selon des professeurs de Droit.
- \* Parce que le Loi contredit celle sur l'avortement qui donne préséance au caractère sacré de la personne sur celui de la vie. L'éthique reconnaît la préséance du caractère sacré de la personne.
- \* Parce que la Loi n'a plus l'assentiment de la population canadienne, laquelle, depuis plus de 15 ans, à plus de 75%, s'est continuellement prononcée en faveur de l'euthanasie.

La Loi actuelle va à l'encontre du Sens Commun reconnu par la population.

Que dit le Sens Commun dans les corridors des hôpitaux et des Unités de S.Pall.?

- \* pauvre homme, il serait bien mieux mort...
- \* être pris comme ça j'aimerais mieux mourir...
- \* on ne laisserait pas un chien souffrir comme ça...
- \* pourquoi le Bon Dieu ne vient pas la chercher ?...

Or, dans une large mesure, c'est le Sens Commun qui donne aux lois leur légitimité.

**QU'ONT ÉCRIT LES JUGES DISSIDENTS À PROPOS DE CETTE LOI ?**  
(Loi maintenant l'interdiction de l'euthanasie et du suicide assisté)

« Logiquement et juridiquement, une disposition imposant une période indéfinie de souffrance physique et psychologique à une personne sur le point de mourir ne peut être conforme à aucun principe de justice fondamentale ».

*Juge McEachen, Juge en Chef de la Cour Suprême de la Colombie Britannique (16)*

« Des interdictions édictées par l'État qui imposeraient une mort atroce à un malade lucide constituerait une insulte à la dignité humaine. Puisque le droit de choisir la mort est offert aux malades non-physiquement handicapés, il n'y a aucune raison de refuser ce choix à ceux qui le sont».

*Juge Cory, Cour Suprême, Ottawa (16)*

## LA SÉDATION TERMINALE

La sédation terminale (S.T.) est souvent présentée comme l'alternative idéale à l'euthanasie. Qu'en est-il au juste ?



La S.T. est l'approche thérapeutique réservée aux situations exceptionnelles et tumultueuses où la « souffrance totale » s'avère non-traitable -comme l'a écrit Hubert Doucet- et qui amène le malade à souhaiter mourir, sa vie étant inexorablement vidée de son sens et insupportable. Il y va de sa dernière volonté, en conformité avec ses valeurs, pour mettre fin en même temps, à son fardeau et à celui de sa famille.

C'est un coma pharmacologique, pratiqué - à l'instar de l'euthanasie - qu'avec l'assentiment du malade, et maintenu jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Les malades ne demandent pas une S.T. Ils demandent à mourir. Consentir à une S.T. - après une évaluation exhaustive de la situation et de la compétence du malade (avec la collaboration de consultants) - c'est (pour les soignants) reconnaître que certaines fins de vie sont inacceptables et non-traitables, selon les mots d'Hubert Doucet.

Les discours ne manquent pas pour justifier la moralité de la S.T. et pour la différencier de l'euthanasie. Ce qui manque c'est une analyse méticuleuse du déroulement psychologique qui aboutit à l'acceptation d'installer une S.T., l'acceptation d'un échec thérapeutique en dépit de soins exemplaires et d'un humanisme indéfectible.

Qu'elle est la genèse de cette acceptation? une phrase, un incident, la désolation d'un « trop plein » de souffrance, l'inconfort d'avoir trop attendu ?...

Comment définir «avoir tout essayé»? Même si le parallèle avec l'oncologie est imparfait, se peut-il que la dernière chimio ou les derniers jours d'une compassion insistante se drapent de futilité ? Peut-on, pour la recherche, comptabiliser la durée d'une vie que l'on reconnaît invivable ? A-t-on réfléchi à la notion d'acharnement moral?

La S.T. fut qualifiée d'« euthanasie lente » par des commentateurs qualifiés (15) à cause de leur frontière commune - *la mort* -, et sauf leur durée, de leur similitude clinique. La différence essentielle, légalement et philosophiquement, réside dans l'intention. Paradoxalement, elle demeure voilée, potentiellement suspecte dans la S.T. alors qu'elle est avouée et consignée dans l'euthanasie. Imprévisible dans son déroulement (de quelques jours à plus de deux semaines) une sédation qui s'avère très courte soulève un questionnement : s'agissait-il en fait d'une euthanasie ...?

Un aspect négatif majeur de la S.T. est qu'elle ne répond que rarement au désir du mourant qui demande à mourir. Dans ce sens, elle donne préséance aux valeurs des soignants. Présentement, la Loi accommode les soignants dont les valeurs refusent l'euthanasie. Advenant la légalisation d'une aide médicale au mourir - ce que des juristes avisés prédisent lors d'une prochaine cause devant la Cour Suprême - nous aurons été prévenus par le Groupe de travail en éthique clinique et par l'Actualité médicale : « les médecins bientôt à l'heure des choix ».

Une citation est de mise ici. Elle est de Cicely Saunders, la fondatrice des S.Pall. De la page 4 de son livre *The Management of Terminal Disease*, je traduis : « Quelles que soient nos valeurs, nous ne devons jamais les imposer à une autre personne, surtout pas à quiconque compte sur nous ».(18)

Un autre aspect négatif de la S.T. réside dans son manque d'encadrement. Elle est légale mais souffre d'aucune exigence minimale, d'aucune balise, d'aucune obligation de déclaration.



Or il y a quelques années à peine, des inquiétudes se sont manifestées quant à certaines compétences essentielles pour la pratique de la S.T. Il fut question de la compétence à parler de la mort, à bien soulager des syndromes complexes et particulièrement douloureux, et à percevoir des niveaux de dépression pouvant mener à une demande d'abrèger la vie. Or aucune obligation exige une consultation en soins palliatifs ni en psychiâtrie.

Notre profession, comme toutes les autres, n'aime pas admettre que l'on puisse mettre en doute ses compétences et encore moins la soupçonner de malversation intentionnelle. La vérité est toute autre. Les prohibitions actuelles de la Loi reposent essentiellement sur les risques potentiels encourus par les personnes dites vulnérables. Ces risques ne peuvent être que de deux sortes : l'incompétence ou la malversation.

Il en découle qu'interdire l'euthanasie et autoriser la S.T. sans encadrement fait la preuve d'un illogisme fautif grave de la part du gouvernement et de la Justice, les risques appréhendés étant comparables

Je termine par une anecdote vraie, triste mais riche d'enseignement.

Au début de 2002, le père du Dr Marcia Angell, ex-rédactrice en chef du NEJM s'enlève la vie avec une arme à feu, chez lui, la veille de son admission à l'hôpital, admission qu'il envisageait comme terminale, pour un cancer généralisé.

Peu après, Dre Angell témoignait en Cour en faveur de la Loi de l'Orégon, laquelle encadrerait l'aide-au-suicide, que le gouvernement de M.G.W.Bush voulait interdire. Elle insista sur l'importance pour son père, toute sa vie durant, de prendre soin de sa famille, et non l'inverse. L'hospitalisation, il le savait, le priverait de sa dernière chance de décider de son destin. Dre Angell s'est dit convaincue que la vie de son père se serait terminée autrement, calmement, entouré des siens et qu'il aurait sûrement prolongé sa vie, sachant qu'il aurait pu bénéficier d'une euthanasie, son moment venu.

Elle offrit à la Cour cette dernière réflexion : « Il me semble que l'Orégon a choisi la voie qui offre aux mourants l'opportunité de jouir de la plus grande autonomie, avec l'entier support de leur famille et de leur communauté. Je ne puis concevoir pourquoi quiconque voudrait empêcher cela ». (19)

## ÉPILOGUE

Sujet d'actualité, parler d'euthanasie, c'est revendiquer la préséance du caractère sacré de la personne mourante, sur celui, impersonnel, de la vie. C'est aussi demander le rappel d'une Loi dont l'incohérence débouche sur l'injustice et qui violente profondément le Sens Commun, ce bien vivre collectif, cette sagesse de la culture dont parle l'anthropologue Clifford Geertz. (20)

Il faut se rappeler que seul le mourant connaît la lourdeur de son fardeau, et que nous ne sommes pas habiletés, soignants en santé, à sonder le coeur de ceux et celles qui, sur un autre axe du temps, souffrent à en vouloir mourir.

Nous devons nous souvenir, qu'après une heure au chevet d'un mourant, sa journée en compte 23 autres, et qu'il souffre déjà de la misère du lendemain. Toute noble que soit la compassion, ce souffrir avec l'Autre », le sens même du mot, est souvent insuffisant, comme les recherches nous le montrent, à rendre le sens perdu, à une vie qui n'en a plus. Ce « souffrir avec l'Autre » ne fait pas le poids quand c'est l'Autre, surtout l'Autre qui souffre.

Voilà pourquoi je fais miens les mots du Dre Angell : « Je ne puis concevoir pourquoi quiconque voudrait empêcher cela ».

Je laisse le dernier mot à Hubert Doucet : « La mort avec dignité dont il tellement question ces années-ci ne devrait pas être imaginée comme une mort « très douce », mais comme une mort qui respecte la personnalité et l'histoire d'un chacun ». (21)

*Marcel Boisvert md*

juillet 2009.

## RÉFÉRENCES

1. Heyland, KD et al. What Matters Most in End of Life Care CMAJ 28 fév.2006.
2. Doucet, H. Symposium, Réseau Soind .Palliatifs. Québec 2006.
3. Wilson, KG et al. Desire for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in Palliative Cancer Care Health Psychol. 26 (3), 2007.
4. CCNE Avis No. 63 Internet.
5. Anonyme. It's Over Debbie. JAMA 250(2), 1988.
6. Dr Jack Kevorkian Internet.
7. Roy, JD. Éditorial J.Pall. Care, 18(1), 2002.
8. Quenneville, Y. Communication personnelle. 2009.
9. Davy, MM. Un Itinéraire, Desclée, Paris 1999.
10. Tillich, P. Le courage d'Être. Cerf, Paris, 1999.
11. Sénèque. Encyclopedia Universalis
12. Euthanasie - Religions Internet.
13. Williams, G. The Sanctity of Life and the Criminal Law. Knopf 1994.
14. Doucet, H. La quête d'une bonne mort. Info Kara, déc. 1993: 61-65.
15. Roy, JD. Éditorial. J.Pall.Care 6(2): 1990.

16. Greffe Sue Rodriguez No. 23476, 1993.
17. BMJ Numéro spécial sur les soins en fin de vie. BMJ juil 2003
18. Billings, A., Bloch, S. Slow Euthanasia. J.Pall.Care 12(4):1996.
19. Saunders, CM. The Management of Terminal Disease Arnold 1978, p.4.
20. Roy, JD. Editorial J.Pall.Care 18(1) 2002.
21. Geertz, C. Savoir local, Savoir global. PUF 1986.
22. Doucet, H. Mourir. Desclée 1995.

*Autres références:*

- |                |                               |                         |
|----------------|-------------------------------|-------------------------|
| Camus, A       | Lettres à un ami allemand     | Gallimard 1948          |
| Ipsos-Reid     | Sondage                       | 2007                    |
| Internet       | Décatalogue                   |                         |
| Anonyme        | It's Over Debbie              | JAMA 8 janv. 1988       |
| Quenneville Y. | Communication personnelle     |                         |
| Callahan, D.   | Settings Limits               | Simon & Shuster 1987    |
| Dworkin, G.    | Le Mémoire des Philosophes    | Internet                |
| Geertz, C.     | Savoir local, Savoir global   | PUF 1986                |
| Schütz, A.     | Essais sur le monde ordinaire | Éd. Du Félin Paris 2007 |