



## ***Aider à mourir n'est pas tuer***

***par Dre Jana Havrankova***

Les opposants à l'aide médicale à mourir rejettent la conclusion de la Commission Mourir dans la dignité, soit que cette aide pourrait être accordée à une personne souffrant d'une maladie incurable qui en formule une demande libre et répétitive. Il est pénible de perdre une bataille. Ainsi, le Collectif de médecins du refus médical de l'euthanasie fut formé, regroupant quelque 230 médecins (sur un total d'environ 20 000 au Québec). Leur souhait : entraver le processus de réglementation de l'aide médicale à mourir.

Il est tout à fait légitime de ne pas vouloir l'aide à mourir pour soi, s'y opposer pour des motifs personnels ou réclamer la protection des personnes vulnérables. Cependant, lorsque les opposants utilisent les termes « meurtre », « tuer » ou « homicide » pour décrire l'aide à mourir, ils dépassent les limites d'une discussion rationnelle. Ils se rangent du côté de la démagogie.

## **Un consensus, pas l'unanimité**

Il est illusoire de vouloir obtenir l'unanimité concernant un sujet aussi délicat, faisant appel aux concepts moraux et religieux, touchant la vie et la mort. Qu'il suffise au législateur qu'environ 80 % des Québécois se prononcent en faveur de l'aide médicale à mourir, soit la même proportion de médecins québécois qui y sont favorables. L'aide à mourir dans des circonstances exceptionnelles et balisées a reçu notamment l'appui du Collège des médecins et celui du Barreau du Québec. La Commission Mourir dans la dignité a écouté des centaines de personnes et de groupes dans tout le Québec avant de se prononcer pour l'opportunité de l'aide médicale à mourir.

## **Les limites des soins palliatifs**

Les opposants prétendent que les soins palliatifs offrent une réponse à tous les problèmes de fin de vie. Capables d'atténuer la douleur, les nausées et les vomissements chez les personnes souffrant du cancer, ces soins s'avèrent impuissants à contrer le déclin des capacités physiques. Quel genre de soins offrent-ils aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives, comme la sclérose latérale amyotrophique ou les formes sévères de sclérose en plaques? Justement, ce sont ces malades qui ont demandé avec le plus d'insistance l'aide à mourir : Sue Rodriguez, Manon Brunelle, Georges Fariola, Gloria Taylor. Les opposants à l'aide à mourir font valoir qu'il s'agit de cas rares. Mais pourquoi ne pas écouter ces personnes et s'en occuper?

Bien entendu, les soins palliatifs doivent être davantage disponibles pour cette majorité de mourants qui désirent s'en prévaloir. La Commission l'a d'ailleurs recommandé. Les soins palliatifs et l'aide à mourir constituent des chemins différents, parfois complémentaires, que l'on peut emprunter en fin de vie.

## **L'accompagnement du malade**

C'est un devoir pour le médecin d'être à l'écoute de son patient, encore plus si la personne souffre et approche de la fin de sa vie. C'est aussi son devoir déontologique de s'assurer que la mort survienne dans la dignité. L'article 58 des règlements du Collège des médecins stipule :

« Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés. »

Et qui d'autre que le patient lui-même peut déterminer ce qu'est sa propre dignité?

Si le malade souffre d'une maladie incurable, n'en peut plus d'endurer celle-ci et qu'il considère, après mûre réflexion, que la mort est préférable à l'attente de la mort, de quel droit le médecin l'obligerait-il à continuer à vivre?

Par ailleurs, il est expressément prévu qu'aucun médecin ne serait contraint d'aider un patient à mourir. Tout comme aucun médecin n'est tenu de pratiquer des avortements, si ce geste contrevient à sa conscience morale.

### **Faire peur au monde**

Selon le Collectif, l'hôpital où l'aide à mourir serait pratiquée constituerait un endroit dangereux, où des professionnels de la santé pourraient tuer n'importe qui. C'est décider d'ignorer que l'aide à mourir découlerait uniquement de la demande initiée et réitérée par le malade. Un accompagnement est prévu pour s'assurer que la personne n'est pas dépressive et qu'elle ne subit pas d'influences indues. Les spécialistes en travail social sont particulièrement habilités à découvrir de potentiels conflits d'intérêt.

Le Collectif se montre aussi préoccupé par l'image du médecin qui participerait à l'aide à mourir et de l'effet néfaste pour la perception de la médecine en général. Au contraire, le médecin qui écoute le malade et démontre de l'empathie en toute circonstance ne peut qu'améliorer son image. De toute façon, l'important, c'est le respect des volontés du malade en fin de vie, pas « l'image du médecin ».

### **Appeler un chat un chat**

Pourquoi ne pas parler de l'euthanasie plutôt que de l'aide à mourir? demandent les opposants, suggérant ainsi que le terme « aide médicale à mourir » occulte une réalité tout autre, empreinte de désir d'éliminer un malade. En fait, « l'aide médicale à mourir » constitue un terme plus vaste, parce qu'il englobe toutes les actions médicales adoucissant la fin de vie. Cela inclut les soins palliatifs, n'en déplaise aux opposants, souvent issus de ce milieu.

De plus, « l'euthanasie », qui signifie « mort douce », a acquis une connotation très négative à la suite des euthanasies pratiquées par les nazis, bien entendu sans consentement, encore moins sur demande. Par ailleurs, l'euthanasie est utilisée pour décrire le geste qui élimine les animaux en fin de vie, mais aussi ceux qui sont indésirables. Pourquoi ne pas utiliser un terme plus humain et juste en même temps?

Nous, les médecins, sommes formés pour soigner les gens et sommes fiers lorsque *nos* patients guérissent ou, du moins, se portent mieux. De fait, pour la plupart, nous acceptons difficilement que *notre* patient meure. Mais devant une mort inévitable ou des souffrances continues, nous devons accompagner la personne vers la fin la moins pénible qu'elle aura librement choisie.

---