

Réplique du Dr Marcel Boisvert à la campagne « *Tuer n'est pas un soin* »

Tout récemment, toutes opinions confondues, une majorité de Québécois s'est montrée offusquée par une publicité négative orchestrée par le gouvernement Harper. Parce qu'une soif existe, amplement justifiée, pour une grandeur intellectuelle d'un niveau plus élevé.

Or, la campagne « Tuer n'est pas un soin », menée par les opposants à l'aide médicale à mourir (AMAM), est du même acabit. L'expression même constitue une perversion du sens des mots qui sous-entend que toute « aide médicale à mourir » (AMAM) – même justifiée par la souffrance et demandée librement — est un meurtre. Il y a grande gêne de voir tant d'universitaires ignorer (feindre ici serait mentir) que TUER se définit par : « ôter la vie de manière violente »; que violence veut dire « contre la volonté de » (on ne se trompe jamais sur le sens du mot VIOL) et donc, qu'honorer une AMAM **demandée** — condition essentielle — ne correspond jamais au mot tuer. Évidemment tuer n'est pas un soin, mais l'AMAM, qui n'est pas « tuer », est l'ultime soin, prodigué sur demande, par solidarité et compassion, respectueux des valeurs personnelles du malade.

Un soin, c'est tout geste qui prévient un mal ou qui procure un bien à un malade, et seul le malade peut décider de ce qu'il considère un bien. Un patient peut opter pour un choix que son médecin trouve délétère, sans se laisser rebuter pour autant. Accompagner, « c'est accepter de suivre une personne dans la direction qu'elle veut prendre, là où elle veut aller, quand elle veut y aller, et à sa manière » a dit le Dr Quenneville, un pionnier québécois des soins palliatifs (1). La vie est un grand bien, tant qu'elle ne devient pas une souffrance inexorable qui devient insupportable parce qu'on ne peut la soulager.

Si l'AMAM **demandée** est un soin approprié à des circonstances exceptionnelles, que doit-on penser de la sédation terminale proposée à un mourant qu'on ne sait soulager, et qui demande que sa mort soit devancée, pour lui et pour les siens, parce qu'il n'en peut plus d'étouffer? Les « soins palliatifs », cautionnant la loi, lui imposeront l'inhumaine alternative de la « mort sociale » qu'est ce coma pharmacologique, dans l'attente de sa mort biologique... ou d'endurer sa souffrance : précisément tout ce qu'il désire éviter, pour lui et les siens. Cette violence (contre son gré) qui l'emprisonnera dans sa mort sociale n'est-elle pas plus près du mot « tuer » qu'une AMAM **demandée**, prodiguée dans la compassion? Et l'on se doit d'ajouter les propos de l'éthicien Kluge et de Pie XII : rendre un malade inconscient à sa souffrance n'est pas moralement équivalent à la soulager (2,3). Ces cas sont plus fréquents qu'on l'admet.

Affirmer que la médecine palliative moderne peut soulager toute souffrance est tout simplement faux. L'éthicien/théologien H. Doucet en témoigne : « ... la souffrance d'être là dans une vie qui n'a plus de sens... cette souffrance n'est pas traitable... c'est de la fausse représentation que de se faire croire qu'il est possible de maîtriser toute souffrance » (4). De même les deux brillantes études canadiennes de Wilson contredisent ces prétentions à l'excellence. Portant sur deux cohortes de près de 400 cancéreux en phase terminale et suivis sur huit services de soins palliatifs du pays (dont un du Québec), elles ont montré que dans la première, en 2007, 5.8 % des patients auraient formalisé leur demande pour une AMAM le jour même, fut-elle légalisée au Canada. Aucun n'affichait des douleurs sévères, mais leur souffrance existentielle rendait leurs journées intolérables (5). Dans la deuxième en 2009, 5 % des patients affichaient des douleurs « sévères à extrêmes », au point où les chercheurs « concluent avec découragement que la douleur demeure un problème significatif en soins palliatifs » (6). On ne peut douter de la qualité de ces soins. Tous se réjouissent de l'efficacité de la palliation, avec au moins 90 % de fins de vie sereines, mais l'AMAM concerne la minorité la plus souffrante et la moins soulagée. Solidarité oblige à l'ouverture.

Que des Églises s'opposent pour des raisons religieuses n'étonne personne, bien qu'on puisse se demander pourquoi vouloir imposer ses croyances à autrui, mais l'approche scientifique du Regroupement et des opposants en général, laisse à désirer. Dans ce domaine, dont la nature même ne génère pas de données probantes, affirmer sans preuve l'existence au Benelux d'abus de toutes sortes s'apparente plus à la médisance qu'à la science. L'absence de ces abus a été vérifiée sur place en Europe par des membres de la Commission Mourir dans la dignité et de la Société Royale du Canada, par la philosophe M. Battin (7), par l'Hon. J.L. Baudouin qui écrit : « ... le système mis en place (au Benelux) pour éviter les erreurs fonctionne bien et que s'ils existent, les cas de bavures sont rares ou inexistantes » (8), et par le professeur titulaire Jean Mercier de Laval, qui y a consacré en 2012 une partie d'une année sabbatique (9). Enfin, après une longue audition de douzaines d'experts, la juge L. Smyth de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, conclut également à l'absence d'abus envers les personnes dites vulnérables et en la possibilité d'ériger des balises efficaces. La véridicité des propos tenus par le Regroupement est sérieusement entachée par ces témoignages crédibles.

L'ETHIQUE EN SITUATION PRIME SUR LA NORME MORALE

La norme « Tu ne tueras pas » est, selon le bibliste Chouraqui, une traduction fautive de commodité. Mieux, mais encore imprécis, serait « Tu ne commettras pas d'assassinat ». Le Commandement dit : « Tu ne tueras pas sauf à la guerre, par autodéfense ou selon les édits de l'État ». Acceptons les exceptions. Cela explique qu'à Athènes et à Rome, à l'époque d'Hippocrate, de Platon, de Sénèque, les sénateurs décidaient de l'octroi du suicide assisté... modèle choisi par l'État de l'Orégon. Ce n'est que depuis le IV^e siècle que la chrétienté a décrété que la vie était la chasse gardée de Dieu. À cet égard, l'Hon. J.L. Baudouin mentionne que concernant l'euthanasie, « L'opinion que l'on s'en fait et le sentiment individuel dépendent avant tout, en effet, de ses propres convictions morales et religieuses ».

Or, ce n'est pas la Vie qui est sacrée, mais la Personne, une notion qui n'a cessé de s'affirmer depuis Pie XII jusqu'à Hans Küng (3,10). Le culte idolâtre de la survie biologique — caractéristique de l'approche des opposants — au détriment du respect de l'autonomie de la personne, est donc contredit par l'éthique. C'est moins l'agenda des soignants qui importe, que la compassion et les soins appropriés que l'état de CE mourant exige maintenant. De nombreux philosophes l'ont répété, l'éthique en situation doit primer sur la norme morale. Paul Ricoeur dans « Soi-même comme un autre », le dit avec plus de sollicitude; quand la souffrance devient intolérable et que le malade demande d'en finir, le soignant doit s'ouvrir à ce qu'« Une autre sorte d'exception se profile que l'exception en ma faveur, à savoir, l'exception en faveur de l'autre » (11).

Une philosophie endossée par le théologien J. Grand' Maison, qui refuse par compassion de « s'enfermer dans le ni totalement pour ni totalement contre l'euthanasie ». Et il poursuit : « Par exemple, la définition de l'euthanasie comme un meurtre en toutes circonstances méconnaît la possibilité qu'il y ait là un geste humanitaire, alors que l'absolutisation du caractère sacré de la vie peut mener à des postures inhumaines »... « Dans chaque cas, il faut chercher la solution la plus humaine » (12). De même, ayant décrit une mort terrifiante par étouffement, l'éthicien D. Roy écrit : « Ce fut une faute d'avoir laissé cette patiente mourir dans la terreur. Le médecin aurait été entièrement justifié éthiquement (“utterly justified ethically”) de choisir avec elle le moment de sa mort, elle qui avait demandé de mourir sereinement » (13). Vision généreuse, mais utopique. Sans changement dans la loi, ce scénario est impossible sauf dans la clandestinité et l'omerta. Comment la loi peut-elle criminaliser un geste justifié par l'éthique? C'est cacher la vérité que de laisser croire que la sédation terminale est LA solution la plus humaine dans toutes les situations limites et dans toutes les sédations terminales.

Le gouvernement vient de confirmer son engagement envers les soins palliatifs. Considérant que ceux-ci devront sans cesse s'améliorer, il y va d'une utopie irréfléchie de vouloir attendre « que les soins palliatifs soient universellement accessibles » avant d'encadrer une aide médicale à mourir, dans la solidarité et la compassion. On ne peut trouver meilleur guide qu'en la personne du « père » de la notion de la souffrance envahissante et insupportable (14), le Dr Eric Cassell. Réfléchissant à la question de l'accessibilité, il demande : « que doit-on faire pour ceux qui souffrent maintenant? » Sa réponse : « On doit honorer leur demande » (15)

Cordialement,

Marcel Boisvert, MD
Le 15 mai 2013

RÉFÉRENCES

1. Quenneville Y, Vivre avec un proche gravement malade, Bayard 2008
2. Kluge EH Témoignage, Commission sénatoriale Euthanasie, Ottawa 1994 fasc. 2
3. Pie XII Allocution aux anesthésistes de Rome 1957
4. Doucet H. L'aide au suicide : forme de bonne mort contemporaine Réseau Soins palliatifs 2006
5. Wilson KG et coll., Desire for Euthanasia in Palliative Cancer Care Health Psychology 2007;26[3] : 314-323
6. Idem Prevalence and correlates of pain : Canadian National Pall.Care Survey Pain Res Manag 2009;14[5] : 365-370
7. Battin MP. Citée dans Rapport Ménard – Juristes experts Comm' n Mourir dans la dignité 2013 p.314
8. Baudouin JL. Rapport de synthèse Ass' n H.Capitant Journées suisses 2009
9. Mercier J. Lettre re Therapeutic Homicide : Are We Ready ? JAMC jan 14 2013 1
10. Küng H. Mémoires – Mon combat pour la liberté Novalis/Cerf 2006 p.134
11. Ricoeur P. Soi-même comme un autre, Seuil 1990 p.312
12. Grand' Maison J. Euthanasie sur demande : pour la solution la plus humaine Culture et Foi déc.2010 p.3-5
13. Roy DJ. Euthanasie : Where to Go After Taking a Stand ?, J.Pall. Care 1990;6[2] : 3-5
14. Cassell EJ The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, NEJM 1982;306 :639-645
15. Idem When Suffering Patients Seek Death in Physician-Assisted Dying, J Hopkins U. Press 2004 p.75-88