

La mort > Enjeux > Euthanasie Euthanasie (Éthique)

Voici quelques extraits de l'article que vous pouvez retrouver au complet à l'adresse suivante:

http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Dossiers/Euthanasie_Ethique

LA SAGESSE DU CORPS

« ... »

Quand plus aucune idée réconfortante ni aucune image bienfaisante ne peuvent avoir un retentissement dans son corps et son esprit, quand toutes les sources du sens sont taries, la personne qui choisit la mort par euthanasie ou par suicide assisté ne porte nullement un jugement sur la vie dans son ensemble. Elle «n'entend ni manifester son néant ni la densité existentielle des êtres qui l'entourent; elle entend seulement tirer les conséquences du fait qu'elle est incapable de continuer à vivre et qu'elle ne supporte plus la non-vie dans laquelle elle se trouve rejetée» (4). Tout en reconnaissant ce que sa vie a pu lui révéler de bon en relations humaines et en créativité, en joies et en peines, le malade peut estimer sa vie dénuée désormais de signification. La sagesse du corps est une forme d'estime de soi grâce à laquelle une personne est capable de mesurer avec justesse les limites de ses forces et d'apprécier ses décisions en termes de «bonnes» ou d'«obligatoires». La sagesse du corps est un pouvoir d'estimation porté par un regard juste sur la finitude de son corps. Elle rend la personne capable de prendre des décisions adéquates en ce qui concerne sa propre subjectivité. En outre, l'estime que les intervenants portent à autrui, les rend aptes à respecter chez autrui le pouvoir d'estimer jusqu'à quel point sa propre dignité est en cause et jusqu'à quel point son vouloir mourir est légitime. La mort volontaire n'est pas nécessairement répugnante ni inconciliable avec l'idée que l'on se fait de la dignité humaine. Ce n'est pas la dignité du malade qui est mise en cause par la mort volontaire, mais c'est l'indignité de son état physique et mental, qui se trouve ainsi supprimée (6).

LES SOINS PALLIATIFS NE SONT PAS UNE PANACÉE UNIVERSELLE

« ... »

Pourquoi s'obstine-t-on tant à opposer les soins palliatifs à l'euthanasie et à l'assistance au suicide? Il existe pourtant des souffrances que ni la médication, ni les bons soins, ni l'amour des proches, ni le dévouement du personnel médical, ni le courage du malade ne parviennent à surmonter. Il est donc fort téméraire de prétendre que le mouvement des soins palliatifs a la (seule) réponse, encore moins qu'il est la (seule) réponse à une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide (7).

On a tendance à sous-estimer le poids de la souffrance psychologique, comme si celle-ci disparaissait automatiquement lorsque la douleur physique est maîtrisée, ou devait être assumée par le malade. En principe, la douleur physique est jusqu'à un certain point utile, car elle agit comme un signe d'alarme qui avertit d'un malaise. Mais lorsque cette douleur n'est plus un simple moyen de détection d'un malaise et envahit tout le corps et tout l'esprit de la personne, elle ne remplit plus sa fonction et devient absurde. Le seuil de tolérance à la douleur diffère d'un individu à l'autre. Lorsque la limite de tolérance

est franchie, la douleur peut amener jusqu'au délire et le déposséder d'elle-même. L'expression extérieure de la douleur va se modifier alors et il va même jusqu'à altérer la sympathie d'autrui. Lorsque la douleur physique n'est plus contrôlable par les médicaments et lorsque la souffrance morale ne peut plus être soulagée par l'accompagnement, l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté peuvent être envisagés comme une délivrance et l'abolition d'un non-sens. La prescription de narcotiques qui provoquent le sommeil en tant que solution de rechange à l'euthanasie ou au suicide assisté n'apporte rien de significatif à la dignité humaine ni au sens de la vie, à moins que le malade lui-même l'ait demandé explicitement. Sinon, il s'agit là d'une caricature du soi-disant caractère sacré de la vie, car, qui dit vivre dit veiller. La personne endormie ou somnolente, privée de sa conscience et de sa lucidité, ne peut plus peupler sa solitude ni de pensées ni d'attentes. Elle n'est plus menaçante pour l'équipe des soignants. Devenue docile et passive, elle ne peut plus exprimer sa volonté ni crier ses angoisses en signe de protestation. Le sommeil, absence du désir, préfigure la mort. Le sommeil prolongé, demandé par le malade, peut être temporairement bénéfique, mais ne peut pas être utilisé comme une alternative à l'euthanasie ou au suicide assisté.

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE SOUS LE SIGNE DE LA RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

On objecte à la pratique de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide le fait qu'elle détruit la confiance des malades et de leurs familles à l'égard du corps médical dont la vocation est de guérir et de soulager, non pas de tuer. Mais cet argument peut se retourner: «quelle confiance un malade peut-il avoir en un médecin qui refuse de considérer sa liberté de décision?» (14)

Il importe de situer la question de l'aide à mourir à l'intérieur d'un modèle particulier de la relation thérapeutique. Le malade et le médecin s'y considèrent, avec leurs compétences respectives, comme des partenaires égaux, libres et autonomes, engagés dans une communication bilatérale et dans une responsabilité partagée. Le malade se trouve, selon son expérience de la maladie et de la souffrance, au coeur du processus décisionnel comme un interlocuteur valable et légitime. Les rapports sont alors moins vécus en termes de droit à la mort et d'obligation de prêter assistance. Les deux partenaires se rapprochent plutôt dans une quête commune du sens à donner à un traitement ou à des soins, à la vie qui s'en va et à la mort qui s'en vient.

Cette relation thérapeutique ne s'inscrit pas dans le registre de la bienveillance selon le modèle protectionniste d'une médecine dite traditionnelle. Ce que le malade attend du médecin ou de son équipe, c'est de l'intelligence professionnelle et de la considération pour sa personne et pour sa liberté. Dans ces conditions, l'euthanasie ou l'assistance au suicide se situent dans la continuité du bon accompagnement d'un malade dont on a su saisir avec justesse les attentes.

CONCLUSION

Du point de vue éthique, il nous semble donc que le droit au refus d'un traitement, les soins palliatifs et la lutte contre la douleur ne s'opposent pas à la mort volontaire par euthanasie ou par suicide assisté. Ce sont toutes des attitudes qui répondent à la même préoccupation, celle du respect de l'autonomie du malade. Contrairement à ce que prétendent les partisans des soins palliatifs, on peut établir un lien de continuité entre les soins palliatifs et la mort volontaire. En effet, un malade peut d'abord refuser un traitement jugé inutile, puis accepter que ses douleurs soient traitées médicalement par des soins palliatifs. Lorsque la médecine palliative n'est plus en mesure de soulager le patient physiquement ou moralement, il peut choisir la mort volontaire. S'il dispose de la force physique et mentale ainsi que de moyens techniques pour accomplir lui-même le geste mortel, personne ne devrait intervenir pour l'en empêcher. Si moralement et physiquement, il n'est pas en mesure de poser ce geste seul, il peut demander l'aide technique et professionnelle d'un médecin ou d'une infirmière, d'un proche ou d'une

personne de confiance (suicide assisté). Sinon, il peut formuler une demande d'interruption de la vie (euthanasie). L'important, c'est que la personne atteinte d'une maladie mortelle et douloureuse puisse accéder à une mort accordée à sa personnalité et à son état, à ses exigences de liberté et de dignité.

Notes

1. Eugen Drewermann, *Le Mensonge et le suicide: psychanalyse et morale*, III, Paris, Cerf, 1992, p. 7.
- 2 Jean-Pierre Soulier, *Mourir en paix: quelle médecine en fin de vie?* Paris, Albin Michel, 1994, p. 11.
- 3 Fernand Couturier, «Suicide et existence», *Frontières*, vol. 1, no 2, 1988, p. 5.
- 4 Paul Ricoeur, «Le "soi" digne d'estime et de respect» dans *Le Respect: de l'estime à la déférence: une question de limite, sous la direction de Catherine Audard*, Paris, Autrement, 1993, p. 98.
- 5 Drewermann, *op. cit.*, p. 12.
- 6 Soulier, *op. cit.*, p.193.
- 7 Ce triomphalisme est manifeste dans le document présenté par L. Dionne, le 6 juillet 1994, *Délibérations du Comité sénatorial spécial*, Ottawa, Fascicule 13, p.9.
- 8 Drewermann, *op.cit.*, p. 30,31.
- 9 C'est l'opinion que E.W. Keyserlingk a exprimée devant le Comité spécial du Sénat le 15 mars 1994, *Délibérations*, Fas. 1, p. 47. Voir également S. Leikun, *Ibid.*, p. 65.
10. En ce qui concerne l'assistance au suicide auprès de patients psychiatriques: R. L. P. Berghmans, «De dood als perspectief. Zelfdoodshulp bij psychiatrische patiënten» (La mort comme perspective. L'aide au suicide auprès de patients psychiatriques) dans *De dood in beheer. Morele dilemma's rondom het sterven* (La mort en gestion. Dilemmes moraux autour du mourir), sous la direction de R P. P. Berghmans, G. M. W. R de Wert, C. van der Meer, Baarn, Amho, 1993, p. 160-195.
- 11 M. Sommerville, *Délibérations, op. cit.*, le 18 juin 1994.
- 12 Drewermann, *op. cit.*, p. 35.
- 13 Cité par Soulier, *op. cit.*, p. 145.
- 14 Dr Marcia Angel, cité par Soulier, *op. cit.*, p. 133.
- 15 F. W. Keyserlingk, *op. cit.*, p. 49.
16. Jacques Pohier, cité par Soulier, *op. cit.*, p.184.
17. C. Neron, *Canadian Aids Society, Délibérations*, Fascicule 12, p. 46.
18. Pohier, cité par Soulier, *op. cit.*, p. 177.
19. Au sujet des conditions de l'assistance au suicide, on consultera H. M. Kuitert, *Suicide, op. cit.* à la note 17; le Circulaire du Ministère de la Justice néerlandais concernant l'euthanasie volontaire (février 1993) dans Soulier, *op. cit.*, p. 225-226 et la Proposition de résolution du Parlement européen sur l'assistance aux mourants (avril 1991), p. 219, recommandation 8.