

SUICIDE ASSISTÉ, EUTHANASIE:

De quoi parle-t-on au juste et
quels sont les enjeux associés?

Conférence AQDR Laval
26 janvier 2010

Isabelle Marcoux, Ph.D.

*Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
Université du Québec à Montréal*



PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Courte période de travail
- Objectif de cette présentation
- Clarification des termes
- Mise en contexte historique, sociale et légale
- Des résultats de recherche sur la question
- Événements récents et à venir au Québec
- Période de discussion

DE QUOI PARLE-T-ON AU JUSTE?
Une mise au point s'impose

- Suicide assisté (aide au suicide)
- Euthanasie
- Traitement destiné à soulager la douleur au risque d'abrégé la vie (*double effet*)
- Arrêt de traitement
- Abstention de traitement

Suicide assisté

« Lorsqu'un médecin, ou un autre individu, accepte de procurer à une personne les moyens de se suicider ou de l'information sur la façon de procéder »

Ex. : prescrire les médicaments nécessaires pour s'enlever la vie (réfère au cas # 1)

Selon l'article 241 du Code criminel: « Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de 14 ans quiconque, selon le cas:

- a) *Conseille à une personne de se donner la mort;*
- b) *Aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort. Que le suicide s'ensuive ou non.*

Euthanasie

«Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances»

Ex.: Donner une injection de morphine dans le but de causer la mort (réfère au cas #4).

- Le terme euthanasie n'a aucune valeur légale.
- Tout acte intentionnel d'une personne qui a comme résultat la mort d'une autre personne est considéré comme un meurtre au 1^{er} ou 2^e degré aux termes du Code criminel.

Traitement destiné à soulager la douleur au risque d'abrégger la vie

«Administrer des médicaments en quantité suffisante pour contrôler la douleur et ce, au risque même de hâter la mort»

Ex.: Donner une injection de morphine en quantité suffisante pour soulager la douleur mais la mort s'ensuit (réfère au cas #3).

- Phénomène communément appelé «double effet»
- Considéré comme une bonne pratique médicale (vise un soulagement adéquat des douleurs, pour contrer la négligence découlant d'une peur de poursuite judiciaire)

Arrêt de traitement

«Demander qu'un traitement entrepris soit interrompu de façon temporaire ou définitive et ce, avec la conséquence d'abrèger les derniers jours du mourant»

Ex.: Débrancher le respirateur qui maintient la personne en vie (réfère au cas #2).

- Présuppose une demande du patient (libre et faite de manière éclairée)
- Laisser la nature suivre son cours ne constitue pas une infraction criminelle
- Droit reconnu pour contrer l'acharnement thérapeutique (paternalisme médical)

Abstention de traitement

«Ne pas amorcer un traitement susceptible de maintenir le patient en vie, comme par exemple de refuser d'être alimenté et hydraté artificiellement, d'être réanimé suite à un arrêt cardiaque, ou de recevoir une transfusion sanguine»

Réfère au cas #5.

- Présuppose une demande ou un consentement du patient (libre et éclairé)
- Laisser la nature suivre son cours ne constitue pas une infraction criminelle
- Décision prise suite à l'évaluation des coûts / bénéfices attendus du ou des traitements

POURQUOI UN TEL DÉBAT MAINTENANT?

- L'avancement de la technologie médicale
- La sécularisation au profit de certaines valeurs morales plus individualistes
- Le coût des traitements de maintien en vie ou de prolongation de la vie (surtout É.-U.)
- Le vieillissement de la population, l'éclatement des familles, la prise en charge des aînés par l'État et l'institutionnalisation de la mort

SITUATION AU PLAN LÉGAL

- Tentatives de légalisation au Canada
 - Comité sénatorial (1994)
 - Projet de loi C-407 [2005], C-562 [2008] et C-384 [2009]

Pays	Date	SA	EUTH
US (Oregon)	1997	X	
Pays-Bas	2001	X	X
Belgique	2002		X
Luxembourg	2009		X
US (Washington)	2009	X	

**Certains arguments
sont utilisés pour
justifier un
changement des lois
actuelles**



[1] L'autodétermination de la personne

Rationnel: la personne est la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour elle

- Suicide: le choix de s'enlever la vie concerne la personne seule (≠ droit)
- Euthanasie et suicide assisté (ESA): la décision de s'enlever la vie implique au moins une autre personne
 - étant donné l'ambivalence liée au désir de mort prématurée, la liberté de choix peut-elle être compromise due à la présence d'une autre personne? (+ euthanasie, - SA)
- Aux Pays-Bas, l'euthanasie est pratiquée de 6 (1991-1995) à 22 (2001) fois plus souvent que le suicide assisté¹
 - préférence pour l'euthanasie même dans les cas où les personnes peuvent poser le geste par elles-mêmes

[2] Le contrôle des pratiques existantes

Rationnel: puisque l'euthanasie et l'aide au suicide se pratiquent clandestinement, il serait préférable de les légaliser dans un souci de transparence et ainsi éviter les abus

- Fait #1: des études révèlent que l'ESA s'exercent dans plusieurs pays où ces pratiques sont illégales
 - Angleterre², Argentine³, Australie⁴, Canada⁵, Danemark⁶, États-Unis⁷, Italie⁶, Norvège⁸, Nouvelle-Zélande⁹, Suède⁶, Suisse⁶
- Fait #2: les pratiques d'euthanasie sans demande de la part du patient (*à l'encontre des critères de minutie*) sont autant sinon plus fréquentes dans les pays où l'euthanasie est légalisée⁶
 - Belgique: 1,5% des décès; Pays-Bas: 0,6% vs. Danemark: 0,7%; Suisse: 0,4%; Suède: 0,2%; Italie: 0,06%
- Fait #3: Il y a une sous-déclaration des cas d'ESA aux Pays-Bas, en raison du non-respect des critères de minutie (en 1995: 41 % déclarés; en 2001: 54 %)¹⁰

[3] La population est majoritairement favorable

Rationnel: Les résultats de sondage traduisent les volontés de la population et celle-ci est majoritairement favorable à l'ESA

- Fait #1: Selon Gallup, l'appui de la population canadienne envers l'euthanasie est passé de **49%** en 1968 à **79%** en 2002¹¹.
- Fait #2: Les gens sont influencés par la formulation de la question (81% Gallup vs. 70%¹²), et les gens sont confus sur ce qu'est réellement l'euthanasie et cette confusion influence leur opinion
 - par ex., ceux qui croient que l'arrêt de traitement est de l'euthanasie sont plus favorables que ceux qui distinguent ces pratiques (78% vs. 65%)¹²
 - les gens doivent être mieux informés sur leur droit en matière de soins de fin de vie

[4] Le droit de mourir dans la dignité

Rationnel: On devrait pouvoir décider du moment et du comment de sa mort lorsqu'on considère notre condition indigne

- Glissement dans la signification du concept: de la dignité ontologique (*valeur absolue accordée à chaque homme*) à la dignité-décence (*convenance subjective envers soi, liée au regard de l'autre*)¹³
- Difficulté d'opérationnaliser un tel concept, chacun y va de sa propre définition (par ex. souffrance insupportable, perte d'autonomie, être un fardeau pour la famille ou la société... détérioration de l'image corporelle)
- Mourir par ESA est assimilée à mourir dignement, la mort naturelle quant à elle?

**Certains arguments
sont utilisés pour
justifier un maintien des
lois actuelles**



[1] Le caractère sacré de la vie

Rationnel: la vie humaine est inviolable et ne devrait être prise sous aucun prétexte

- 3 sources
 - vision 1 - religion: seul Dieu a un droit sur la vie et la mort
 - vision 2 – ordre social: évitement de l’effondrement et de la dégradation d’une société par le contrôle de la conduite des individus
 - guide la profession médicale: devoir de préserver la vie et de soulager les individus, non de provoquer la mort.
- Argument difficile à confronter par des données empiriques

[2] La pente glissante

Rationnel: la légalisation entraînerait une acceptation croissante des critères d'acceptabilité et il y aurait un risque d'abus envers les personnes vulnérables

- Fait # 1: Le cas des Pays-Bas (*pratiques réglementées depuis ~ 1990, entrée en vigueur de la loi en 2001*)
 - Assouplissement graduel des critères: la souffrance psychologique¹⁴, les mineurs (*12-18 ans*)¹⁵, cas d'Alzheimer¹⁶
 - Aucune indication d'abus envers les personnes vulnérables (*mais plus de risques avec les cas d'euthanasie que de SA*)
 - les cas d'euthanasies non volontaires aux Pays-Bas⁶
- Peu importe les critères, il y aura toujours des exclus. Où tracer la ligne de ce qui est acceptable ou non?

[3] L'accès aux soins palliatifs

Rationnel: si les gens avaient accès à des soins de fin de vie de qualité, il y aurait moins de demandes d'euthanasie

- Il n'existe pas de données empiriques corroborant cette hypothèse. Toutefois...
- Fait #1. Révocation de la loi dans le Territoire du Nord de l'Australie (1995)
 - *Raisons*: (1) projet de loi Andrews; (2) un seul médecin a pratiqué l'euthanasie; (3) l'Association médicale Australienne se prononçait contre cette pratique
- Fait #2. La Belgique a passé une loi sur les soins palliatifs en même temps que celle sur l'euthanasie (2002)
- Fait #3. Au Québec, entre 5 et 10% des personnes en phase terminale auraient accès à des soins palliatifs de qualité¹⁷

[4] Les solutions alternatives

Rationnel: Les raisons ou facteurs qui motivent un désir ou une demande d'aide à mourir (euthanasie, suicide assisté) sont complexes et nous en savons encore peu jusqu'à maintenant

- Fait #1: La douleur (remplacée par la détérioration-dignité)¹⁸
- Fait #2. La dépression
 - désir de mourir = un des symptômes de la dépression
 - une étude réalisée auprès de personnes en phase terminale a révélé que 59% de celles qui avaient exprimé un désir de mort prématurée étaient dépressives comparativement à 7% pour celles sans un tel désir¹⁹
 - efficacité des traitements: les résultats sont divergents²⁰⁻²¹
 - la dépression est sous-diagnostiquée et sous-traitée chez les personnes en phase terminale²²

[4] Les solutions alternatives: suite

- Fait #4: Les raisons les plus souvent citées sont:
 - d'ordre psychologique (la perte de dignité, la perte de contrôle, l'anxiété liée à la mort, etc.)
 - d'ordre social (la peur d'être un fardeau pour les proches ou pour la société, être dépendant des autres pour les soins personnels)²³
- Fait #5: Aux Pays-Bas, 2 personnes sur 3 ne se rendent pas au bout du processus suite à leur demande d'euthanasie
 - Refus, change d'idée²⁴, le fait d'en parler avec le médecin et d'avoir l'assurance que si une situation insupportable survenait, ils y auraient accès²⁵
- Des interventions médicales, psychologiques et psychosociales appropriées doivent être explorées et proposées avant de considérer l'aide pour mourir (par EAS) comme étant la solution pour répondre à une telle demande

ÉVÉNEMENTS RÉCENTS ET À VENIR AU QUÉBEC

- Travaux du CMQ (2006 à 2009)
 - Proposition de réorienter le débat sur l'euthanasie dans la direction des soins appropriés en fin de vie : « *le statu quo menace les médecins de sanctions criminelles, les projets de loi ont pour conséquence prévisible de les confiner au rôle de simples exécutants* »
- Sondage auprès de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et de la Fédération des médecins omnipraticien du Québec
- Consultations publiques sur le « *mourir digne* » par la Commission de la santé et des services sociaux dès l'automne prochain (initiée par le PQ)

EN CONCLUSION

- La question de la fin de vie: un sujet complexe, sensible et important
- Revendication d'un droit de mourir dans la dignité / peur de l'acharnement thérapeutique?
- Le débat actuel parle aussi d'un changement dans notre rapport à la mort, à la maladie et à la souffrance
- Les conditions d'acceptabilité de l'ESA, où ça commence, où ça s'arrête?
- La situation actuelle est le symptôme d'un malaise, on doit faire quelque chose mais quoi?

Références

1. Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A., Koper, . et al., (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Public Health*, 362, 395-399.
2. Seale, C. (2006). National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliative Medicine*, 20, 1-8.
3. Falcon, J.L. & Graciela-Alvarez, M. (1996). Survey among argentine physicians on medical decisions concerning the end of life in patients: active and passive euthanasia and relief of symptoms [CD-ROM]. *Medicina Buenos Aires*, 56(4), 369-377.
4. Kushe, H., et al. (1997). End-of-life decisions in Australian medical practice. *Medical Journal of Australia*, 166, 191-196.
5. Ogden, R. (1998). Euthanasia and assisted suicide: a survey of registered social workers in British Columbia. *British Journal of Social Workers*, 28, 161-175.
6. van der Heide, et al. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, 361, 345-350.
7. Meier, D. E., et al.(1998). A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 338(17), 1194-1201.
8. Førde, R., Aaslan, O. G., et Falkum, E. (1997). The ethics of euthanasia - attitudes and practices among norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, 45(6), 887-892.

Références: suite

9. Mitchell, K. & Owens, R.G. (2004). End-of-life decision-making by New Zealand general practitioners: a national survey. *New Zealand Medical Journal*, 117(1196)U934.
10. Sheldon, T. (2003). Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says. *British Medical Journal*, 326, 1164.
11. Gallup Canada (1968-). *The Gallup report*. Canadian Institute of Public Opinion. Toronto: Canada.
12. Marcoux, I. (2003). *Opinion de la population québécoise concernant l'euthanasie: compréhension du concept et facteurs d'influence*. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.
13. Ricot, J. (2003). *Dignité et euthanasie*. Éditions Pleins Feux. Nantes : France.
14. Gevers, S., Legemaate, J. (1998). Physician assisted suicide in psychiatry: an analysis of case law and professional opinions. Dans: D.C. Thomasma, T. Kimbrough-Kushner, G.K. Kimsma, C. Ciesielski-Carlucci (Eds.), *Asking to die: Inside the Dutch debate about euthanasia*. Kluwer Academic Publishers. Pays-Bas.
15. Gouvernement des Pays-Bas, Ministère de la Justice (Internet). *Summary of the Bill*. Disponible à : http://www.justitie.nl/english/Themes/more_themes/euthanasia/summary_of_the_bill.asp
16. Sheldon, T. (2005). Dutch committee approves euthanasia for a patient with Alzheimer's disease. *British Medical Journal*, 330(7499), 1041.
17. Lambert, P. & Lecomte, M. (2000). *L'État de situation des soins palliatifs au Québec - Le citoyen : une personne du début à la fin de sa vie*. Rapport Lambert, Lecomte pour l'Association québécoise de soins palliatifs.

Références: suite

18. Marquet, R.L., et al. (2003). Twenty-five years of requests for euthanasia and PAS in Dutch general practice : trend analysis. *British Medical Journal*, 327, 201-202.
19. Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., et Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185-1191.
20. Kugaya, A., et al. (1999). Successful antidepressant treatment for five terminally ill cancer patients with major depression, suicidal ideation and a desire for death. *Support Care Cancer*, 7, 432-436.
21. Ganzini, L., et al. (2000). Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *The New England Journal of Medicine*, 342, 557-563.
22. Meyer, H.A., et al. (2003). Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time: the role of the palliative care professional. *Palliative Medicine*, 17, 604-607.
23. Kelly, B. et al. (2003). Factors associated with the wish to hasten death: a study of patient with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33, 75-81.
24. Marcoux, I., et al. (2005). Withdrawing an explicit request for EAS: a retrospective study on the influence of mental health status and other patient characteristics. *Palliative Medicine*, 35, 1265-74.
25. Gouvernement des Pays-Bas, Ministère de la Justice (Internet). *Euthanasia. The Netherlands' new rules*. Disponible à : http://www.justitie.nl/english/Images/broch-euthanasie-eng_tcm75-28607.pdf