

Mourir dans la dignité
Résumé d'une conférence du Dr Marcel Boulanger
Cycle de conférences de l'AQDR Trois-Rivières
Le 25 novembre 2011

Introduction :

La question de l'euthanasie et de l'aide médicale à mourir n'a pas été définitivement réglée en 1993 avec le cas de Sue Rodriguez ni en 1995 avec le rapport du Comité sénatorial. D'importantes dissidences tant chez les juges de la Cour suprême que chez les sénateurs se sont manifestées. Le débat refait surface aujourd'hui avec plus d'acuité et on peut se demander : si la question était posée de nouveau à la Cour (et elle le sera), la réponse serait-elle la même?

Depuis ce temps :

- La population a vieilli : ces questions interpellent de plus en plus de gens.
- Les sondages confirment l'appui de la population citoyenne à des changements.
- Des expériences d'ouverture dans d'autres pays et états américains stimulent la réflexion.
- La société civile s'exprime : Barreau, Collège des Médecins, Corps professionnels.
- La Commission parlementaire sur la mort digne a suscité un intérêt immense, jamais vu auparavant.
- L'attitude de la population face à l'interdit religieux est en mouvance.
- La question devient plus philosophique que religieuse.

Rejoignant la position du Collège des Médecins qui affirme que le recours à l'euthanasie peut à l'occasion être vu comme soin approprié, Raymond Mathys, oncologue, écrit dans le livre *Face à la Mort - Récits d'euthanasie* :

« Dans le dialogue sur une mort digne, les soins palliatifs et l'euthanasie sont des choix complémentaires. Dans les cas de soins palliatifs, il s'agit d'un dialogue lénifiant dans lequel le patient trouve la force de continuer. Dans le cas d'une euthanasie, il s'agit d'un dialogue libérateur au cours duquel le patient trouve le courage de mettre une limite à ses souffrances et éventuellement à sa vie. »

APRES CETTE INTRODUCTION, PRESENTATION DE SITUATIONS CLINIQUES QUI CONFRONTENT LES MEDECINS ET LES OPTIONS QUI S'OFFRENT A EUX.

Six constatations dans la réalité clinique :

(tiré de: « A good death : Challenging Law and Medical Ethics», de Rodney Syme)

- La première : Mourir peut s'accompagner d'une souffrance insupportable qui peut encore s'amplifier à mesure que la fin approche.
- La deuxième : Les soins palliatifs ne peuvent soulager toutes les douleurs et souffrances du mourant. Ceci est reconnu par Palliative Care Australia.
- La troisième : Certaines souffrances ne seront dissipées que par la mort.
- La quatrième : Certains patients demandent de façon rationnelle et avec persistance de l'aide pour mourir
- La cinquième : Il est du devoir du médecin de soulager la souffrance.
- La sixième : Il est du devoir du médecin de respecter l'autonomie du patient

Les options pour le médecin :

- La première : Le médecin peut rejeter sans appel la demande d'assistance fermant ainsi la porte au nez du patient. Cette option est manifestement non éthique.
- La deuxième : Le médecin peut avec délicatesse faire dévier la demande, explorant ses sources et essayant de les modifier; c'est l'approche palliative typique, mais elle peut ne pas réussir. Alors quoi d'autre?
- La troisième : Le médecin peut discuter du refus de traitement, ce qui pourrait hâter la mort, avec promesse de support palliatif intense. Mais il peut bien ne plus y avoir de traitement à refuser ou de traitement palliatif à la hauteur des besoins.

La quatrième : Le médecin peut forcer les doses de morphine qui peuvent devenir mortelles par accumulation. La morphine a été utilisée depuis des siècles pour faciliter et hâter la mort. Elle est extrêmement utile pour soulager la douleur, mais même à doses massives, il y a des douleurs qu'elle n'arrive pas à soulager. La morphine ne soulagera pas une telle douleur, seul un agent anesthésique le fera.

La morphine déprime la respiration et par cet effet, pendant qu'elle soulage la douleur, elle peut hâter la mort. Mais le médecin ne peut compter sur la morphine pour soulager la souffrance non douloureuse. La morphine, panacée de la médecine, est efficace contre la douleur intense, mais elle est inadéquate et même dommageable contre la souffrance existentielle et psychologique.

La cinquième : Le médecin peut engager la sédation dite « *sédation profonde continue* ». Le patient est gardé sous anesthésie. Ce qui équivaut à une euthanasie lente, si on y regarde de près.

La sixième : Le médecin peut se pencher sur la demande rationnelle du malade et finalement y consentir et apporter une aide médicale au départ.

Conclusion

Il faut espérer que la réflexion au Québec et à la grandeur du pays ne mènera pas à la montée au créneau dans un affrontement stérile, mais qu'elle nous mènera à cette complémentarité dont parlent Mathys et le Collège des médecins. À défaut de quoi, on restera dans ce que Umberto Eco appelle la solitude désespérée des parallèles qui ne se rencontrent jamais.

Marcel Boulanger, md