

Extrait tiré du mémoire (appuyé par 143 médecins) signé par un groupe *ad hoc* de médecins québécois, qui s'est formé à l'été 2009 pour réagir à la prise de position du Collège des médecins du Québec au sujet de l'euthanasie.

Neuf excellentes raisons pour dire un non retentissant et définitif à l'euthanasie et au suicide assisté.

1. La pratique de la médecine nous enseigne que les patients qui expriment le désir de mourir le font le plus souvent parce qu'ils ont besoin de réconfort, qu'ils sont déprimés, ou que leur douleurs et leurs symptômes ne sont pas bien contrôlés. Pour la très grande majorité, les bons soins médicaux, le traitement de la dépression ou l'approche palliative sont les solutions à leur demande. Les patients qui demandent à mourir changent aussi souvent d'idée avec le temps. Souvent la demande origine non pas des malades, mais plutôt des familles qui sont épuisées, alors que le malade, lui, n'a pas demandé qu'on hâte sa mort : le plus souvent, lorsque la famille est mieux épaulée, la demande disparaît. Quand il y a de la souffrance, il vaut mieux chercher de trouver un sens à la vie qui reste, développer des stratégies pour faire face aux questionnements existentiels et travailler pour les soins optimaux, que de trouver un raccourci vers la mort.
2. Faire mourir le patient n'est pas une solution humaine pour soulager les situations dramatiques de douleur ou de souffrance terminales : le médecin a toujours le devoir de faire mourir la douleur, et non pas de faire mourir le patient. La proposition d'euthanasie marque un refus de confiance à l'égard des progrès de la science médicale. Il n'y a pas de limites imposées au médecin lorsqu'il met en œuvre les moyens pour soulager la douleur. Ces moyens sont larges, accessibles, de plus en plus élaborés et progressent sans cesse. Dans les cas extrêmes, la sédation profonde qui fait dormir le malade peut même être une solution ultime pour le soustraire aux souffrances jusqu'à ce qu'il meure de causes naturelles.
En présence d'états terminaux il n'y a pas d'obstacles à l'arrêt des traitements jugés futiles ou disproportionnés par le patient ou par le médecin. Il existe toujours des issues, même pour les cas plus complexes. Il n'y a pas de questions taboues sur la mort au sein de la profession médicale. Le questionnement sur l'acharnement thérapeutique et l'interruption des traitements futiles ou disproportionnés, les refus de traitement par les patients autonomes, sont au cœur de la clinique et sont abordés ouvertement et sereinement par les médecins en pratique et dans le cadre des programmes de formation. Les médecins connaissent bien la frontière qui existe entre le soulagement de la douleur et l'euthanasie.
3. Il y a néanmoins des personnes qui revendiquent sérieusement ou avec insistance l'euthanasie ou le suicide assisté. Elles sont très peu nombreuses. Les demandes sont généralement liées à la personnalité de l'individu et au besoin qu'il ressent de contrôler sa vie... et sa mort. La très grande majorité des personnes dans une situation similaire à la leur ne demandent pas qu'on intervienne pour abrégé leurs jours.
La liberté et l'autonomie de la personne s'arrêtent là où elles empiètent sur celles des autres membres de la société. Une modification de nos lois pour satisfaire la

demande de ce petit nombre de personnes mettra en péril la vie d'un beaucoup plus grand nombre, qui n'étaient même pas initialement visées. L'expérience des quelques pays qui se sont aventurés dans la voie de l'euthanasie et du suicide assisté démontre que les pratiques deviennent vite ingérables malgré la mise en place de contrôles et de balises : les protocoles ne sont pas respectés, les consentements non obtenus, les pressions des familles se font fortes et difficiles à gérer. Des personnes qui ne le demandaient pas sont mises à mort.

4. La dépénalisation de l'euthanasie est une « pente » qui mène inévitablement vers un glissement plus large, difficile à contrôler. Les médecins dans les pays où l'euthanasie est légale en ont l'expérience. Dès qu'on accepte de faire mourir les patients dans un état terminal et qui le demandent, on devient confronté à la demande des malades avec des handicaps et des atteintes chroniques qui les minent, puis à celle des patients avec des atteintes psychologiques, puis à s'interroger sur le sort des nouveaux-nés fortement handicapés...qui ne demandent pas à mourir. Des personnes même jeunes et atteintes de maladies chroniques invoqueront les chartes pour qu'on ne discrimine pas envers elles dans leur demande de suicide assisté, et qu'on les aide donc à mettre fin à leurs jours. Accepter que donner la mort peut être une solution pour un problème ouvre la porte à donner la mort pour cent autres. L'euthanasie deviendra une « issue thérapeutique » vers laquelle des personnes se tourneront pour soulager leurs souffrances, alors qu'il y a beaucoup d'autres options.
5. La dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté engendrerait des pressions indues sur les personnes avec des atteintes chroniques, des handicaps sévères, ou les personnes qui doivent recevoir beaucoup d'aide ou des traitements coûteux: ces personnes en viendraient à avoir le sentiment qu'elles sont un fardeau indu pour les proches ou la société, et qu'elles devraient considérer l'euthanasie ou le suicide assisté. L'euthanasie aura des retentissements défavorables sur les attitudes sociales envers les personnes gravement malades, avec des handicaps, ou d'un âge avancé.
6. Ni la maladie, ni la déchéance physique ou psychologique, ni la douleur, ni la souffrance, ni la perte d'autonomie ne diminuent la dignité fondamentale de la personne. La personne n'est pas indigne du fait qu'elle dépend des autres chroniquement ou lorsqu'elle se meurt. La solution pour assurer le « mourir dans la dignité » demeure avant tout dans l'approche palliative compétente, le respect, l'accompagnement et la tendresse envers ces personnes.

7. La dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté repose entièrement sur une participation de la profession médicale ; ultimement c'est le médecin qui est appelé à porter un jugement sur l'utilité de préserver la vie ou d'y mettre fin : il se voit imposé un rôle d'arbitre. Il en résulte une perte de l'autonomie des patients, au profit d'un accroissement de pouvoir de la profession médicale sur les personnes. Pour donner un « droit à la mort » au patient on doit donner un « droit de tuer » au médecin. Il s'ensuit une érosion de la relation médecin-patient, le médecin n'étant plus seulement celui qui guérit, soulage ou reconforte, mais aussi celui qui donne la mort. La mise à mort devient alors une « option thérapeutique » de la profession médicale au même titre que les autres traitements médicaux ou chirurgicaux, ce qui érode le lien de confiance envers toute la profession médicale.
8. Bien que le suicide soit parfois revendiqué comme une liberté, il demeure avant tout un drame personnel fondamentalement contraire à la nature humaine et un échec de la société. Le suicide n'est jamais sans retentissement sur les autres personnes et sur toute la société. La réponse médicale face aux tentatives de suicide a toujours été de venir en aide à la personne : elle doit le demeurer. Le médecin qui participe au suicide encouragera par son geste le suicide au niveau de la société.
9. L'interdit de l'euthanasie et du suicide assisté de la tradition hippocratique est plus que millénaire. Il a été une valeur forte de générations de médecins qui y ont adhéré. Il demeure empreint de sagesse et de compassion et mérite d'être défendu avec fermeté.