

L'aide médicale à mourir est-elle dans le meilleur intérêt de qui que ce soit?

James Downar MD CM MHSc(Bioethics) FRCPC

OUI Le D^r St Godard avance¹ que le suicide médicalement assisté et l'euthanasie volontaire (SMAEV; j'éviterai toute suggestion d'euphémisme) ne sont pas dans le meilleur intérêt de qui que ce soit. En dernière analyse, ses arguments reposent sur une définition subjective du mot *compassion*, et sur un point de vue personnel quant au rôle de la médecine et de la souffrance. Je respecte son point de vue, mais je suis d'avis qu'il ne justifie pas l'interdiction sociétale du SMAEV.

En médecine, la compassion est une vertu fondamentale; cela dit, les opposants au SMAEV n'ont pas le monopole de la compassion, et les partisans de la légalisation ne sont pas simplement « trop occupés pour soigner¹ » les patients. Je dirais même que les 84 % des patients qui appuient le SMAEV² ne manquent pas de compassion pour eux-mêmes, et ils ne souhaitent pas faire en sorte qu'il soit plus facile pour les médecins de les « abandonner ». Ils donnent tout simplement un sens plus large au mot *compassion*, lequel respecte leur droit de décider jusqu'à quel point ils sont prêts à endurer la souffrance.

Tout comme le D^r St Godard, je pense que les soins de fin de vie sont trop médicalisés. Mais tous les traitements doivent être soupesés contre leur remplacement. Je trouve pénible l'idée qu'un patient se prévale du SMAEV, mais l'idée qu'il soit soumis à des souffrances non désirées et intolérables est encore plus pénible.

Je suis d'accord qu'une discussion sur les soins de fin de vie s'impose et nous devons nous efforcer d'éviter la mort « artificielle et désinfectée ». Moi aussi, j'ai été

témoin de « résilience sans limite¹ » et de réserves sans fin de « force intérieure jusque-là inconnue¹ ». Bien que j'admire ces qualités, je ne les exige pas de mes patients et ne m'attends pas à ce qu'ils en fassent preuve. Certains conféreront une signification à leur souffrance, mais cela ne signifie pas que tous soient forcés à le faire. Nous avons tous été témoins de décès marqués par une souffrance humainement intolérable. Heureusement, ces décès se font rares, mais il est impossible de prédire qui en sera affecté.

Je reconnais que le D^r St Godard et moi avons des points de vue différents quant à la définition du mot *compassion*, et au rôle de la médecine et de la souffrance. Grâce à la Cour suprême du Canada³, lui et moi pouvons dormir tranquilles sachant que nos soins de fin de vie refléteront nos propres valeurs et non pas celles imposées par autrui. 

Le D^r Downar est professeur adjoint aux divisions des soins critiques et des soins palliatifs au Département de médecine de l'Université de Toronto en Ontario.

Intérêts concurrents

Le D^r Downar est coprésident du Physicians Advisory Council of Dying with Dignity Canada, une organisation sans but lucratif qui préconise de meilleurs soins en fin de vie et le droit à une assistance médicale à mourir.

Correspondance

D^r James Downar; courriel james.downar@utoronto.ca

Références

1. St Godard E. L'aide médicale à mourir est-elle dans le meilleur intérêt de qui que soit ? Non [Debates]. *Can Fam Physician* 2015;61:316-8 (ang), 322-5 (fr).
2. Ipsos Reid [news release]. *Most (84%) Canadians believe a doctor should be able to assist someone who is terminally ill and suffering unbearably to end their life*. Toronto, ON: Ipsos Reid; 2014. Accessible à : www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=6626. Réf. du 25 févr. 2015.
3. *Carter c. Canada (Procureur général)*. 2015 CSC 5. 35591.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2015 issue on page e174.

Ces réfutations sont les réponses des auteurs des débats dans le numéro d'avril (*Can Fam Physician* 2015;61:314-8 [ang], 320-5 [fr]).
