

Le médecin doit-il être ouvert à l'euthanasie?

NON

Hubert Marcoux MD MA FCMC

Selon divers sondages, plus de 70% des Canadiens, incluant les médecins, se disent favorables à l'euthanasie. Une majorité de personnes, peut-elle se tromper? Oui! L'histoire en témoigne¹⁻³.

Plus que jamais la médecine soulage efficacement la souffrance, alors comment explique-t-on cette revendication pour l'euthanasie?

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide a misé sur le déploiement des soins palliatifs pour influencer sur ce type de demande, mais cette stratégie semble avoir été inefficace. Est-ce que l'accès limité aux soins palliatifs ou la difficulté à soulager certaines souffrances physiques ou morales explique cette situation? Possiblement. Les médecins doivent se demander si leur action professionnelle y est pour quelque chose. Ce questionnement ne semble pas être documenté par les sondages récents. À défaut de réponses claires, le statu quo s'impose par prudence.

À mon avis, la réflexion amorcée récemment par le Collège des médecins du Québec n'a pas permis de développer un discours professionnel cohérent qui soutiendrait la légitimité éthique de l'euthanasie. Cette réflexion met davantage en évidence l'ambiguïté qu'entretient le corps médical face au contrôle de la mort et au pouvoir décisionnel. L'euthanasie, l'acharnement thérapeutique, les soins palliatifs et le fait de taire la vérité sont 4 manières de contrôler la mort. Ces réalités reflètent la tension qui existe entre le respect de l'autonomie du patient et le paternalisme médical. Elles interrogent également comment le médecin est au service du patient surtout lorsque son autonomie physique et psychologique est extrêmement fragilisée par la maladie, qui le rend vulnérable au pouvoir des biens portants.

Soutenir cette fragilité sans en abuser constitue le défi moral le plus important du médecin. Cet impératif met la table pour des arguments contre l'euthanasie.

Le décalage entre les résultats des sondages et les demandes d'euthanasie

Les citoyens favorables à l'euthanasie la demandent très

rarement. Cette opinion souvent exprimée en état de bonne santé révèle que la peur de la souffrance semble être l'élément-clé de leur position. Intervention médicale et souffrance semblent faire un dans l'imaginaire collectif et sont à l'origine du concept d'acharnement thérapeutique. Le corps médical, qui doit davantage soulager la souffrance que la créer, a le devoir d'évaluer si la pratique médicale contemporaine contribue à la demande de l'euthanasie, avant d'y souscrire.

La pente glissante

Puisque les données statistiques des Pays-Bas et de la Belgique ne documentent pas de pratiques abusives, cet argument est vite avancé. Cependant, les critères d'acceptation dans ces pays se sont constamment assouplis⁴⁻⁵ de même que des pratiques clandestines sont documentées directement auprès des médecins de ces pays et d'ailleurs⁶⁻¹². Comment ne pas s'inquiéter lorsqu'on observe la dévalorisation sociale des personnes âgées dont l'importance démographique grandissante est ciblée comme la principale cause de l'explosion des coûts du système de santé? L'alarmisme décrié par ceux qui réfutent l'argument de la pente glissante n'a d'égal que leur naïveté. À l'encontre de données statistiques discutables qui font foi de vérité, des faits historiques démontrent qu'à la faveur de certaines idéologies, l'humain peut faire preuve d'aveuglement. L'idéologie de l'autonomie dans laquelle baigne notre société néolibérale ne peut-elle pas nuire à la lucidité du corps médical?

La tyrannie de l'autonomie

La notion d'autonomie a remis la responsabilité décisionnelle en matière de santé aux patients qui en ont fait une affaire de droit plutôt que de devoir. Ainsi, la médecine fait l'objet de multiples revendications, incluant le droit à la mort sur demande. Le droit de choisir est devenu celui d'exiger. L'exercice de l'autonomie incarne davantage la tyrannie du «MOI» qui relègue au second plan toutes les autres valeurs. Les médecins qui refusent d'accomplir une demande techniquement réalisable sont accusés d'imposer leurs valeurs. La bonne pratique médicale et l'équité dans l'accès aux soins sont des valeurs soumises à l'hégémonie du «je veux et j'exige». Ainsi, l'euthanasie ne peut être qu'une question de conscience personnelle et non l'enjeu éthique d'une profession. La réalité anthropologique

suite à la page 327

This article is also in English on **page 321**.




Participez à la discussion à www.cfp.ca. Cliquez sur le bouton Rapid Responses sur la page d'accueil ou dans la boîte à droite de l'article.

NON suite de la page 325

de l'interdit fondamental de disposer de la vie d'autrui est remise en question. Cet héritage de l'évolution de l'humanité visant sa préservation est sacrifié sur l'autel de l'arrogance. Les leçons du passé sont obsolètes, l'humain d'aujourd'hui est tellement plus évolué.

La conception idéologique de l'autonomie qui instrumentalise, à ses fins, toute réalité collective est une dérive. La profession médicale n'y échappe pas. Les médecins craignent les recours juridiques lorsqu'ils considèrent dire non à certaines demandes des patients pour des motifs professionnels et je ne parle pas ici de l'euthanasie. L'autonomie professionnelle qui puise sa légitimité dans des valeurs auxquelles adhèrent les membres d'une profession est instrumentalisée à la dictature des droits individuels. J'avance d'ailleurs que les médecins favorables à l'euthanasie le sont au nom de valeurs plus personnelles que professionnelles. Ce qui suit tente de l'expliquer.

Pourquoi est-il immoral pour un médecin d'offrir l'euthanasie à un patient avant qu'il ne la sollicite?

La fragilité du malade ne peut pas soutenir l'ambiguïté du regard d'un médecin qui dirait, « Fais-moi confiance. Ce que je peux faire de mieux pour toi c'est de t'offrir la mort. » Ainsi, moralement, un médecin ne peut offrir l'euthanasie avant qu'un patient ne la sollicite. La confiance qu'une personne accorde à un professionnel ne dépend pas uniquement de la qualité de leur relation, mais aussi de la garantie que procure l'appartenance d'un individu à un ordre professionnel dont la raison d'être est la protection de ceux qui requièrent ses services. L'ouverture de la profession médicale à l'euthanasie ne peut qu'accentuer le sentiment d'extrême vulnérabilité, au pouvoir d'autrui, qu'éprouve la personne en fin de vie. 

Dr Marcoux est professeur agrégé au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine à l'Université Laval au Québec.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr Marcoux, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Bureau 4486, 1050, avenue de la Médecine, Québec, QC G1V 0N6; téléphone 418 656-2131, poste 7515; télécopieur 418 656-5252; courriel hubert.marcoux@mfa.ulaval.ca

Références

1. Opinion Publique Angus Reid. *Les deux tiers des Canadiens sont pour la légalisation de l'euthanasie*. Montreal, QC: Vision Critical; 2010. Disponible à: www.visioncritical.com/wp-content/uploads/2010/02/2010.02.15_Euthanasia_CAN_FR.pdf. Accédé le 17 mars 2010.
2. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *Sondage sur la perception qu'ont les médecins omnipraticiens de l'euthanasie*. Montréal, QC: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2009. Disponible à: www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Affaires%20Syndicales/Prises%20de%20position/ResultatsConsultationEuthanasie.pdf. Accédé le 17 mars 2010.
3. À l'effût [bulletin électronique]. La FMSQ dévoile les faits saillants de son sondage sur l'euthanasie. Montréal, QC: Fédération des médecins spécialistes du Québec; 2009. Disponible à: www.fmsq.org/magelectronique_1009/actualites.html. Accédé le 17 mars 2010.
4. Gevers S, Legemaate J. Physician-assisted suicide in psychiatry: an analysis of case law and professional opinions. Dans: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kisma GK, Ciesielski-Carlucci C, rédacteurs. *Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia*. Pays-Bas: Kluwer Academic Publishers, 1998.
5. Sheldon T. Dutch approve euthanasia for a patient with Alzheimer's disease. *BMJ* 2005;330(7499):1041.
6. Van der Heide, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et collab. EURELD consortium. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;361(9381):345-50.
7. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998;338(17):1191-201.
8. Forbe R, Aaslan OG, Falkum E. The ethics of euthanasia—attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997;45(6):887-92.
9. Mitchell K, Owens RG. End-of-life decision-making by New Zealand general practitioners: a national survey. *N Z Med J* 2004;117(1196):U934.
10. Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Palliat Med* 2006;20(1):3-10.
11. Falcon JL, Graciela-Alvarez M. Survey among Argentine physicians on medical decisions concerning the end-of-life in patients: active and passive euthanasia and relief of symptoms (CD-ROM). *Med Buenos Aires* 1996;56(4):369-77.
12. Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Med J Aust* 1997;166(4):191-6.

CONCLUSIONS FINALES

- Plus que jamais la médecine soulage efficacement la souffrance, alors comment explique-t-on cette revendication pour l'euthanasie?
- L'idéologie de l'autonomie dans laquelle baigne notre société néolibérale, ne peut-elle pas nuire à la lucidité du corps médical?
- L'ouverture de la profession médicale à l'euthanasie ne peut qu'accentuer le sentiment d'extrême vulnérabilité, au pouvoir d'autrui, qu'éprouve la personne en fin de vie.

