

Auditions de la Commission sur la question de mourir dans la dignité
Mémoire de Mgr Pierre-André Fournier
Archevêque de Rimouski
Présenté à Rimouski, le 19 novembre 2010

Bonjour,

Je me mets à la rédaction de ce mémoire pour la Commission spéciale « Mourir dans la dignité » le jour de notre fête nationale, dite la Saint-Jean-Baptiste, parce que j'aime profondément le peuple québécois et qu'inspiré par son histoire exceptionnelle, j'ai le goût de participer positivement à son présent et à son avenir.

Dès 1760, au moment de la Bataille des plaines d'Abraham, la nation canadienne française était distincte de l'Hexagone. L'historien Lionel Groulx écrit dans son volume *La naissance d'une race* :

Distincts, nous le sommes non seulement par le pays, par l'allégeance politique, par une histoire et des traditions qui nous sont propres, mais aussi par des caractères physiques et moraux déjà fixés et transmis avec la vie, dès la fin du dix-septième siècle [...]. Seules la réalité de notre personnalité nationale et la conscience profonde de notre entité distincte pourront soutenir nos instincts de race¹.

Cette différence de notre peuple s'est définie au long des siècles par son respect de la vie, ses familles qui ont formé en quelque sorte de petites coopératives, l'hésitation avant d'entrer en guerre pour pourfendre l'ennemi, l'esprit missionnaire pour aider les plus pauvres de la planète, les corvées et bien d'autres éléments. Et aujourd'hui, la sensibilisation au développement durable et à la protection de la planète se situe dans cette continuité.

Toutefois, l'histoire des peuples démontre qu'aucune vertu n'est acquise définitivement. La question de l'euthanasie et du suicide assisté est des plus importantes pour l'avenir de notre peuple. Sommes-nous en train de prendre une autre glissade mortifère comme celle des 25 000 avortements par année comme si de rien n'était? Le débat en cours mérite bien l'attention de tous et toutes. Il ne s'agit pas du choix de la couleur de peinture d'une pièce dans une résidence. J'énoncerai ici deux attentes face à cette Commission et trois éléments qui étaient ma démonstration.

I DEUX ATTENTES

A) Formation sur des réalités en constante mutation

Ma première attente est que cette Commission puisse permettre à la population en général de se faire une tête quant au vocabulaire utilisé. Le lexique proposé par le Comité préparatoire est éclairant mais il gagne à être connu et expliqué largement. Beaucoup de malentendus ont pris forme au cours des années et ont ouvert la porte à bien des incompréhensions et à de fausses conclusions. Certaines personnes, par exemple, vont assimiler euthanasie et refus

¹ Lionel Groulx, *La naissance d'une race*, Montréal, Bibliothèque de l'Action française, 1919, p. 7 et 8.

d'acharnement thérapeutique. Pour plusieurs, « sédation palliative » et « sédation terminale » sont des mots nouveaux et demanderaient plus de développement.

Combien de disputes, même familiales, ont mené à des drames parce qu'on ne donnait pas le même sens aux mots? Si, au cours de la tournée de la Commission, des pas en avant sont faits en ce qui concerne l'information et la formation touchant cette matière, ce sera un acquis de grande valeur. La formation sur ce sujet, en particulier pour tout le personnel du vaste secteur de la santé, est incontournable. La sagesse a son prix.

B) Appel à la prudence

En second lieu, comme il s'agit d'une question de vie non seulement pour des individus, mais aussi pour une nation, la patience dans le choix des orientations est de mise. Pourquoi chercher à être dans le peloton de tête dans des expériences aux conséquences si graves et irréversibles? Revenons à l'exemple du nombre astronomique d'avortements au Canada attribuable au fait qu'il n'y a aucune loi pour encadrer les modes de faire. Est-il urgent d'imiter les Pays-Bas, le Luxembourg avec ses 420 000 habitants, l'Oregon des États-Unis? Déjà des lumières rouges s'allument sur leurs tableaux de bord :

Nous savons que la catégorie de personnes sur lesquelles on pratique l'euthanasie aux Pays-Bas, en vertu de l'immunité juridique dont celle-ci fait l'objet, s'est progressivement étendue. Restreinte à l'origine aux adultes consentants en phase terminale et souffrant de graves douleurs, elle inclut désormais des personnes souffrant de maladies non mortelles, des handicapés, des enfants en bas âge, y compris, assez récemment, un enfant de trois ans atteint de syndrome de Down (trisomie 21)².

La complexité des définitions et des actes à poser ainsi que la grande évolution médicale dans le monde demandent le concours de la si féconde vertu de prudence. L'avenir de notre peuple en est tributaire.

II TROIS PRINCIPES FONDATEURS DE MES CONVICTIONS TOUCHANT À LA FOIS L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Introduction

Les options face à ces deux questions dépendent de notre conception de l'être humain. Sommes-nous réellement des personnes? Animal raisonnable, qu'est-ce qui nous distingue des autres animaux? Ni la raison (la philosophie, l'éthique) ni la foi (la transcendance, la théologie) ne trouvent leur compte dans l'euthanasie et le suicide assisté.

Une conception s'est développée au cours des dernières décennies qui présente pratiquement la personne comme un sujet dans sa bulle. Pourtant, la personne n'est pas qu'autonomie (relation à soi-même); la relation à l'autre est partie constitutive de l'être humain. Nous ne sommes pas des grains de sable, fussent-ils intelligents, les uns à côté des autres. Oui, il y a « mon corps », ma vie, mais il y a le corps de l'autre et la vie de l'autre qui ne sont pas étrangers à mon identité. Mes droits individuels n'éclipsent pas mon sens des responsabilités essentiel à la dignité humaine, dignité qui est en mission jusqu'à la mort. Si mes décisions « supposément de personnes autonomes » viennent chambarder le respect de la vie de la conception à la mort,

² Margaret Somerville, *Le canari éthique : science, société et esprit humain*, Montréal, Liber, 2003, p. 152.

même dans des situations critiques, quel est mon sens des responsabilités? Suis-je vraiment aussi humain(e) que je le devrais? Nos concitoyens et concitoyennes ont besoin d'exemples de courage et de confiance. Le nombre élevé de personnes attirées par le suicide nous le manifeste. L'heure n'est pas aux glissements mais aux « montées de cordée ».

Toutefois, l'immobilisme et le statu quo ne sont pas les solutions. Je propose trois chemins à prendre.

1. La promotion des soins palliatifs

Les soins palliatifs sont une option en faveur de la personne en train de vivre le moment peut-être le plus important de sa vie : la mort. Le document de base de la Commission a raison de souligner :

De plus en plus de lits sont réservés aux soins palliatifs dans les centres hospitaliers, mais il n'y en a pas encore assez.

[...]

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, le nombre de lits réservés aux soins palliatifs est insuffisant. Quant aux maisons de soins palliatifs qui accueillent des malades en phase terminale, surtout ceux atteints de cancer, elles sont peu nombreuses et n'arrivent pas à répondre aux besoins de la population.

Je cite aussi un travail de Gerry Dufour, Claude Brochu et Suzy Roussel présenté à la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval le 13 avril 2010 :

Les services de soins palliatifs sont malheureusement peu nombreux au Québec, surtout dans certaines régions de la province. Ces services se retrouvent dans les maisons dédiées comme la Maison Michel-Sarrazin à Québec, les CLSC qui offrent un soutien à domicile, et certains hôpitaux. À travers la province, on peut compter environ 67 centres, toutes catégories confondues.

Même si les personnes âgées sont les plus touchées, les soins palliatifs concernent toute la population. Aussi, le manque de ressources financières et de centres spécialisés est déploré autant par les médecins que par le personnel spécialisé dans les soins de fin de vie. Ces derniers se prononcent cependant en défaveur de l'adoption d'une loi légalisant l'euthanasie.

Le Réseau de soins palliatifs du Québec avance que l'interprétation des résultats des sondages en faveur de l'euthanasie constitue une pression sociale pour en obtenir la légalisation. Il affirme aussi que « même en 2009, nombreux sont les patients qui s'inquiètent à tort de mourir plus rapidement lorsqu'ils acceptent des soins palliatifs ». Les intervenants se questionnent sur la notion même de soins appropriés en fin de vie, lorsque l'euthanasie figure à l'intérieur de l'éventail de possibilités déjà présentes pour soulager la douleur morale et physique : « Le moyen approprié pour ce faire consiste à donner des soins appropriés au patient, c'est-à-dire à la *vie* du patient. » Ils affirment aussi que « soigner est un acte de vie », et, qu'en conséquence, l'euthanasie est un acte inapproprié, ne constituant pas un soin. De plus, au

lieu de resserrer les liens avec l'entourage (la famille et les soignants), elle constitue une coupure avec le monde et favorise le repliement sur soi.

Les professionnels des soins palliatifs mettent en avant la peur du patient d'être un fardeau pour ses proches. Il est conscient de la douleur qu'il leur impose malgré lui, de par son état, et voudrait mettre fin à leurs tracasseries. Il arrive aussi que des ruptures antérieures avec des membres de la famille empêchent l'expression de sentiments refoulés qui deviennent difficiles à vivre dans les derniers moments. Les soins palliatifs offrent un cadre de communication, s'efforcent de montrer au patient qu'il est encore vivant, qu'il a encore sa place parmi les autres vivants et au cœur de sa famille. Il existe de nombreux témoignages de réconciliations *in extremis*, allégeant le cœur du mourant et lui permettant de partir dans la paix. Selon l'expérience de ces professionnels, les patients qui demandent très sincèrement à mourir sont très rares. Cette demande cache habituellement un profond désespoir et la peur de l'inconnu : « la souffrance sera-t-elle suffisamment contrôlée? Ma famille et les soignants vont-ils m'abandonner? », sont autant de questions que se posent les patients dans ces situations dramatiques.

Enfin, devant la pénurie de centres de services offerts à des bénéficiaires dont le nombre est en croissance avec les années, les professionnels craignent que l'euthanasie ouvre la porte à des dérapages, des abus pour des raisons économiques. On peut prendre pour exemple un lit qui doit être rapidement libéré, ou bien la personne âgée mal-aimée de son entourage qui subit la pression de ses proches pour des raisons égoïstes et immorales. Il s'agit bien évidemment de cas extrêmes, mais de cas qui peuvent exister bel et bien, s'ils n'existent pas déjà³.

À Rimouski, la Maison de soins palliatifs Marie-Élisabeth vient d'ouvrir ses portes il y a quelques mois. Il y a constamment une liste d'attente. Les soins palliatifs sont décrits par le Docteur Saunders : « Au-delà de la suppression des symptômes, permettre aux patients et à leur famille de vivre jusqu'à la limite de leurs possibilités. »

Le 7 mai 2010, lors de son 29^e Congrès annuel, Carrefour Humanisation-Santé (CHS) remettait le « Prix Carrefour – édition 2010 » au centre de soins palliatifs « Maison Michel-Sarrazin » de Québec. Voici des éléments du communiqué de presse :

La Maison Michel-Sarrazin est un centre de soins palliatifs dédié à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer en fin de vie et de leurs proches. On y trouve des lits de fin de vie, un centre de jour, des services de soutien aux proches et d'accompagnement dans le deuil, de même que des programmes de formation et de recherche.

Elle travaille aussi activement à ce qu'un jour, toutes les personnes en fin de vie d'une maladie bénéficient de soins palliatifs de qualité. Enfin, elle contribue à changer les mentalités face au soulagement de la souffrance, à l'accompagnement et la mort, chez les décideurs publics et la population en général.

³ Gerry Dufour, Claude Brochu et Suzy Roussel, « L'euthanasie et ses impacts sociaux », travail présenté dans le cadre du cours Éthique sociale et politique, Québec, Université Laval, Faculté de théologie et de sciences religieuses, 13 avril 2010. (Ce texte est disponible à l'archevêché de Rimouski.)

Cette mission est bien résumée dans sa devise : **Pour apprécier la vie, jusqu'à la fin...**

Ces initiatives prennent de plus en plus d'ampleur. Toutefois, plusieurs régions sont privées de cette présence. Les gouvernements devraient subventionner davantage ces oasis. Les membres des conseils d'administration ont, en plusieurs endroits, la charge d'aller chercher des fonds faramineux. La tentation pourrait apparaître de vouloir libérer des lits par l'euthanasie. D'autres motifs douteux pourraient aussi surgir, étant donné la faiblesse humaine.

En résumé :

Il existe, dans la littérature, un récit écrit par Léon Tolstoï en 1884 : « La mort d'Ivan Ilitch ». Ivan est malade, condamné. Au cours du récit, nous sommes témoins du progrès de la maladie. La douleur physique prend toute la place. Mais une souffrance morale s'impose de plus en plus : une sorte de solitude, liée à l'impression, puis la conviction de déranger :

Comment cela arriva au cours du troisième mois de la maladie d'Ivan Ilitch, on ne saurait le dire, car cela se fit peu à peu, mais il advint, sans qu'on le remarquât, que sa femme, sa fille, son fils, les domestiques, les amis, les médecins, et tout particulièrement Ivan Ilitch lui-même, comprirent que tout l'intérêt de sa situation pour les autres se réduisait à savoir quand il ferait enfin place nette, quand il débarrasserait les vivants de la gêne que sa présence occasionnait et se délivrerait lui-même de ses souffrances⁴.

Je cite également Mgr Bertrand Blanchet, archevêque émérite du diocèse de Rimouski, dans son volume intitulé « La bioéthique, repères d'humanité » :

Lors de leur parution devant la Commission sénatoriale sur l'euthanasie, des médecins comme le docteur Louis Dionne, de la Maison Michel-Sarrazin pour cancéreux, ont été formels. Si vous acceptez l'euthanasie ou le suicide assisté, vous tuez les soins palliatifs, dans leur essence et dans leur philosophie. Comment pourrait-on solliciter des fonds publics, comment pourrait-on mobiliser des centaines de bénévoles si le message véhiculé dans la population est le suivant : on peut en finir à bien moindres frais? Or, l'expérience des malades en soins palliatifs et des personnes qui les accompagnent est, semble-t-il, des plus concluantes : on peut difficilement concevoir meilleure manière de « mourir dans la dignité ». Comme on le sait, les soins sont dits palliatifs parce qu'ils pallient les insuffisances des traitements médicaux; c'est ce que l'on fait quand médicalement il n'y a plus rien à faire⁵.

Pour ces raisons, je soumetts ici deux recommandations :

- a) Permettre au mouvement regroupant des professionnels et des bénévoles d'ouvrir d'autres résidences de soins palliatifs;
- b) Soutenir ces institutions par des solides subventions gouvernementales;

⁴ Léon Tolstoï, *La mort d'Ivan Ilitch*, 1884.

⁵ Bertrand Blanchet, *La bioéthique, repères d'humanité*, Montréal, Médiapaul, 2009, p. 202-203.

2. Le respect de la vocation des médecins et du personnel de santé

On ne peut faire peser indûment sur les épaules du personnel de santé les décisions sur le contrôle de la vie et de la mort de leurs patients. Ces décisions arbitraires risqueraient parfois d'être prises sous la pression des proches des malades.

Cinq médecins expriment adéquatement leur désarroi dans un mémoire présenté au Collège des médecins du Québec le 27 août 2009. Tous les arguments sont de poids et irréfutables. Ces disciples d'Esculape présentent neuf excellentes raisons pour dire un non retentissant et définitif à l'euthanasie et au suicide assisté. J'en cite ici cinq :

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 douleur 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. 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.

4. 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.

5. 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 fermeté⁶.

Originaire de Plessisville, je connais bien ma concitoyenne Louise Brissette qui a adopté plus de 30 enfants handicapés. J'ai fait de nombreux séjours à cette résidence des Enfants d'Amour à Saint-Anselme. On y trouve des jeunes avec plusieurs sérieux handicaps. Mais, une seule question s'y pose et s'y vit : « Qu'est-ce que je fais pour leur permettre de mieux vivre ? » Pour cette raison, cette maison rayonne de bonheur, de services et d'amour.

3. La compassion

La compassion porteuse d'humanité et de dignité s'ingénie à prendre soin des malades et non de les éliminer. Cependant, on ne peut toucher cette question de vie et de mort sans, en même temps, œuvrer au niveau de l'éducation populaire. Il s'agit d'une question sociale de premier plan. Voici quelques citations de Gilles Nadeau, docteur en théologie et animateur spirituel depuis de nombreuses années à la Maison Michel-Sarrazin :

Nous voulons intégrer le mourant et ses proches dans le circuit des vivants. Cela n'est possible que si le mourant et ses proches consentent à nous introduire dans leur propre circuit.

⁶ Joseph Ayoub *et al.* « Non à l'euthanasie et au suicide assisté : Aucune condition particulière ne les justifie », mémoire présenté au Collège des médecins du Québec, 27 août 2009 [en ligne], http://www.diocesemontreal.org/accueil/activites_ponctuelles/dossier_euthanasie/non_euthanasie_med_fr.pdf (page consultée le 28 juin 2010).

Jean Vanier, dans son volume « Accueillir notre humanité » exprime bien la certitude sur laquelle repose notre option :

Quelles que soient sa culture, sa race ou sa religion, ses capacités ou ses incapacités, ses faiblesses ou ses forces, chaque personne est nécessaire. Chacun de nous est un instrumentiste qui doit jouer dans le grand orchestre de l'humanité. Chacun a besoin des autres pour devenir plus pleinement lui-même et pouvoir jouer sa partition.

C'est à chaque jour, au chevet du malade, ensemble, avec lui et ses proches que nous relevons le défi.

L'accompagnement des personnes malades est source de dépassement. Mes 20 ans de ministère pastoral dans le quartier Saint-Roch de Québec, ma présence auprès des sans-abri et des pauvres dans les quartiers déshérités de St-Louis, Missouri, et de Luque au Paraguay, mon travail d'aide infirmier à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal m'enseignent que l'accompagnement des personnes blessées est une école de vie incomparable. Il fait même partie des mots d'accueil au paradis : « J'étais malade, et vous m'avez visité. Ce que vous ferez au plus petit d'entre les miens, c'est à moi que vous le ferez. »



CONCLUSION

Le commandement de Dieu qui affirme « Tu ne tueras point » est un principe fondateur de la vie en société. Ce principe éthique fondamental est une notion accessible à la raison humaine.

Vous ne serez pas étonnés de m'entendre déclarer que ma foi en Jésus décuple mon opposition à l'euthanasie et au suicide assisté. J'énumère quelques éléments de cette foi : l'homme et la femme créés à l'image de Dieu, la doctrine sociale de l'Église qui défend la vie depuis la conception jusqu'à la mort, la foi en la résurrection des corps, l'exemple d'une multitude de saints et de saintes qui ont vécu de grandes souffrances. Ce mémoire a sa source dans toute la Bible et l'histoire de l'Église, mais aussi dans ma passion pour la dignité humaine.

Parmi les plus grands moments de ma vie, il y a eu l'accompagnement de grands malades et de leur famille. Sur des périodes plus ou moins longues, j'ai été témoin de gestes d'humanité de haut niveau. Je dirais que j'ai vu l'humanité à son meilleur : des mots de reconnaissance, des gestes de réconciliation, des témoignages de force imprégnés de foi et de joie, des flots de tendresse.

Vous me permettrez de terminer ce mémoire avec des mots sur la fin de vie de Jésus de Nazareth. En quelques heures, il a pardonné à ceux qui le mettaient à mort, il a ouvert la porte du ciel à un bandit repentant, il nous a donné Marie comme mère, et nous a couverts de la miséricorde du Père en remettant son esprit entre Ses mains.

Des questions aussi importantes ne peuvent se régler par sondage puisque les plus faibles risquent d'être oubliés et le droit de mourir dans la dignité violé. C'est le rôle des gouvernements de protéger les principes fondamentaux de la vie.

Puisse le pèlerinage de cette Commission qui a à cœur le vrai, le beau et bon produise un Souffle imprévu d'espérance sur le caractère sacré de la vie.

+ *Pierre-André Fournier*
+ Pierre-André Fournier
Archevêque de Rimouski