



Approuvé le 22 novembre 2006

En juin 2005, un député a présenté un projet de loi (projet de loi C-407) devant le Parlement fédéral en vue de légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Bien que ce projet de loi ne se soit pas concrétisé, il y aura d'autres tentatives à l'avenir visant à adopter une loi sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Il s'agit d'une question très contentieuse, qui entraîne des inquiétudes en ce qui concerne la compassion, la souffrance incontrôlée, l'autonomie du patient, l'autonomie du soignant, ainsi qu'une préoccupation à l'égard de la coercition et des abus possibles, de la vulnérabilité des personnes handicapées, des répercussions sur les soins palliatifs et d'une éventuelle action politique naïve. Compte tenu qu'il existe des spécialistes en soins palliatifs qui peuvent prodiguer des soins de fin de vie, les chefs de file de ce domaine doivent contribuer à ce débat.

Lors de sa réunion tenue au printemps 2005, le conseil d'administration de l'ACSP a mis sur pied un groupe de travail chargé de la question de l'aide médicale à la mort¹. Ce groupe de travail a tenu une première téléconférence à l'automne 2005, puis une autre en février 2006. En mars 2006, Santé Canada a parrainé un forum de débats conçu pour aider à élaborer une Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie. Les membres des cinq groupes de travail de la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie (meilleures pratiques et soins de qualité, formation des professionnels soignants, information et sensibilisation du public, recherche et surveillance) ont participé à ce forum, qui comprenait notamment une discussion sur les répercussions de la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté sur le système de soins de santé.

Ce document de réflexion de l'ACSP résume la discussion jusqu'à présent et formule une déclaration et des propositions de recommandations.

Contexte

Au Canada

Statut juridique actuel

L'euthanasie et le suicide médicalement assisté sont illégaux au Canada. Le *Code criminel* du Canada interdit l'homicide coupable (articles 222 et 229), ce qui comprend aider quelqu'un d'autre à mettre fin à ses jours par euthanasie volontaire. Par ailleurs, « conseiller à une personne de se donner la mort » et « aider ou encourager quelqu'un à se donner la mort » sont des infractions punissables (article 241). L'article 14 du *Code criminel* indique clairement que le fait d'avoir le consentement de la personne ne change pas la nature criminelle de ces actes. Bien qu'il y ait eu un important débat sur l'euthanasie volontaire et le suicide médicalement assisté au cours des dernières années, aucun changement n'a été apporté à la loi. En 1993, dans le cas de Sue Rodriguez (le seul cas portant sur cette question qui a été présenté devant la Cour suprême du Canada), une femme de 42 ans atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA) a déclaré

¹ Définition : Le terme « aide médicale à la mort » désigne à la fois l'« euthanasie » et le « suicide médicalement assisté ».

que le paragraphe 241(b) violait ses droits en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, mais la Cour suprême a rejeté sa demande (5 contre 4). En 1994, un Comité spécial du Sénat a recommandé de n'apporter aucun changement aux infractions relatives à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté – bien qu'une minorité du comité ait recommandé de modifier le *Code criminel* « afin de permettre l'euthanasie volontaire pour les personnes qui jouissent de toutes leurs facultés mais sont physiquement incapables de se prévaloir de l'aide au suicide », ainsi qu'une exemption pour protéger les personnes qui aident quelqu'un à se suicider.

Malgré l'absence de changement au niveau des lois, on constate une tendance évidente à l'indulgence au niveau de la détermination des peines pour les personnes qui ont assisté des suicides, dont certains médecins qui ont été reconnus coupables en vertu du *Code criminel*. Le même Comité spécial du Sénat a recommandé que, dans certaines circonstances, la Couronne devrait imposer des peines moins sévères aux personnes reconnues coupables d'infractions liées au conseil et à l'assistance au suicide ou à l'euthanasie.

Pratique au Canada

Il existe peu de données exactes sur la fréquence des pratiques d'euthanasie et de suicide médicalement assisté au Canada. Comme ces pratiques sont illégales, elles sont rarement signalées. Le processus actuel d'établissement du certificat de décès ne permet pas de déterminer la proportion de personnes qui meurent à la maison plutôt que dans un hôpital ou un autre milieu de soin. Par conséquent, la plupart des décès qui surviennent à domicile dans la communauté ne sont pas signalés au coroner – sauf si quelqu'un dépose une plainte ou demande une enquête – et il est donc difficile d'évaluer dans quelle mesure les décès qui surviennent à domicile sont « assistés ».

Attitudes publiques et professionnelles

Selon un sondage réalisé en 1994, plus de 75 % du grand public canadien soutiennent la pratique de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté pour les malades en phase terminale et qui ont peu de chance de se rétablir². Cependant, entre 75 % et 83 % s'opposent à cette pratique dans le cas de patients atteints de conditions réversibles, des personnes âgées qui croient représenter un fardeau pour les autres et des personnes âgées qui souffrent de malaises physiques mineurs. L'enquête n'indique pas si les répondants étaient informés ou se faisaient offrir des solutions de rechange au suicide médicalement assisté.³

Un sondage réalisé en 1996 auprès des médecins canadiens indique que 24 % d'entre eux seraient prêts à pratiquer l'euthanasie, et que 23 % accepteraient de réaliser un suicide assisté si ces pratiques étaient légales⁴. Un peu plus de la moitié des médecins ayant répondu au sondage ont indiqué qu'ils ne pratiqueraient aucun des deux, tandis qu'entre 20 % et 22 % étaient incertains. Plus de 40 % d'entre eux seraient prêts à référer les patients en vue d'obtenir une euthanasie volontaire ou un suicide médicalement assisté. Environ 75 % d'entre eux estiment que si l'acte d'euthanasie volontaire est légalisé, il doit être réservé aux médecins.

² Genius S.J., Genius S.K., Chang W.C., « Public attitudes toward the right to die », *CMAJ*, 1994, n° 150(5), pp. 701-702.

³ Ibid.

⁴ Kinsella T.D., Verhoef M.J., dans *The Medical Post*, 1996, 32(34), 90. (Article cité avec la permission des auteurs.)

Tendances mondiales en matière d'euthanasie et de suicide assisté

D'autres pays en sont à différents stades du débat public sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, ou – tel qu'on le désigne aujourd'hui – l'aide médicale à la mort.

Le suicide médicalement assisté est désormais légal aux Pays-Bas, en Belgique et dans l'État de l'Oregon (É.-U.). Les juridictions qui ont légalisé l'euthanasie et le suicide médicalement assisté ont établi des procédures conçues pour veiller à la sécurité des patients et prévenir les abus. Par exemple, toute personne demandant un suicide assisté par un médecin doit se soumettre à une évaluation complète de ses besoins en soins palliatifs.

En Oregon, la légalisation de ces pratiques n'a pas entraîné d'augmentation du nombre de personnes demandant et recevant une assistance au suicide par un médecin, mais elle a résulté en un accroissement très significatif du nombre de consultations en soins palliatifs. Cela pourrait indiquer que les gens sont moins susceptibles de demander le suicide assisté lorsqu'ils reçoivent des soins palliatifs appropriés.

Facteurs entraînant des demandes de suicide médicalement assisté

En se fondant sur l'importante expérience de la communauté des soins palliatifs en matière de soins de fin de vie, les fournisseurs de soins palliatifs ont observé – et ces observations ont été confirmées par les preuves de recherche^{5,6} – que la volonté de recourir à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté provient généralement d'un ou de plusieurs des facteurs suivants :

- le désir de ne pas être un fardeau pour les autres;
- le besoin qu'a la personne de contrôler sa maladie et son corps/sa vie;
- la dépression et la détresse psychologique qui sont souvent associées à la maladie;⁷
- la douleur et la souffrance provoquées par toutes les maladies terminales.

Rôle des soins palliatifs

Plusieurs des soins palliatifs globaux – c'est-à-dire, des soins qui visent à répondre aux besoins physiques, sociaux et spirituels des personnes mourantes et des membres de leur famille – peuvent aider à atténuer facteurs qui conduisent les gens à considérer le suicide médicalement assisté, particulièrement le fardeau imposé aux proches, la dépression ainsi que le traitement de la douleur et des symptômes. De plus, des soins palliatifs de grande qualité peuvent donner un plus grand sens à la vie de la personne, et le sentiment de contrôler leur corps.

L'expérience de la communauté des soins palliatifs démontre que certaines personnes qui promeuvent la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté ainsi que certains intervenants ne sont pas nécessairement au courant des options actuellement disponibles en matière de soins palliatifs. Par exemple, les personnes recevant des soins palliatifs ont le droit de refuser un traitement, de la nourriture et/ou de l'eau. Dans les circonstances extrêmes, à la toute fin de la

⁵ Van der Maas P.J., Van Delden J.J., Pijnenborg L., Looman C.W., « Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life », *Lancet*, 1991, n° 338, pp. 669-674.

⁶ Chochinov H. M., Wilson K. G., Enns M. et al., « Desire for death in the terminally ill », *American Journal of Psychiatry*, 1995, n° 152, pp. 1185-1191.

⁷ Une étude récente réalisée auprès de 200 patients indique que 44,5 % d'entre eux souhaitent que la mort arrive vite, mais que seulement 17 d'entre eux (8,5 %) ont reconnu avoir un désir de mort sérieux et permanent. Sur ces 17 personnes, environ 10 (58,8 %) ont indiqué avoir des symptômes de dépression (par rapport à 7,7 % des patients qui n'avaient aucun véritable désir de hâter la mort). Il est particulièrement intéressant de noter que, chez six de ces 10 patients, le désir de mourir s'atténuait à mesure que la dépression s'affaiblissait (Chochinov, Wilson et al., 1995).

vie, lorsque toutes les autres méthodes de soins ont été essayées et que les symptômes, comme une douleur incontrôlable et l'essoufflement, sont intolérables, les patients en soins palliatifs ont l'option de recevoir des thérapies comme la sédation complète, qui soulage toutes les formes de détresse. Cette décision doit se prendre avec le patient et l'approbation de la famille. Cependant, le Canada ne possède pas de lignes directrices en matière de sédation palliative qui soient claires et acceptées à l'échelle nationale. Dans ces situations, les praticiens des soins palliatifs doivent continuer à respecter le droit du patient et de sa famille à faire ces choix. Le patient et sa famille continuent à recevoir des services de soins palliatifs prodigués avec compassion, et les praticiens des soins palliatifs ne les abandonnent pas.

Analyse

Compte tenu que l'Association canadienne de soins palliatifs fait la promotion de l'excellence des soins pour toutes les personnes atteintes de maladies terminales et leurs familles, nos politiques doivent refléter leurs meilleurs intérêts ainsi que les valeurs de l'ensemble de la société. Une partie de notre rôle consiste à promouvoir des politiques, des services et des lois qui répondent aux besoins des personnes mourantes et de leurs familles.

L'expérience dans le domaine des soins palliatifs démontre que le processus de la mort a un sens et une finalité pour la personne mourante et ses proches. En tant que spécialistes dans ce domaine d'activités, nous sommes responsables de nous assurer que tous ceux qui participent à la prestation de soins palliatifs ont les connaissances (y compris connaître les solutions de rechange au suicide médicalement assisté), les attitudes et les compétences nécessaires prendre en charge la souffrance physique et émotionnelle, des personnes mourantes et pour soutenir les membres de la famille. Nous avons également la responsabilité de veiller à ce que les patients qui cherchent à se suicider avec l'aide d'un médecin soient au courant qu'il existe d'autres options.

Cependant, l'ACSP reconnaît que, même en ayant accès à des soins de fin de vie globaux et empreints de compassion, un très petit nombre de Canadiens pourraient tout de même chercher à obtenir de l'aide pour mettre fin à leurs jours. La communauté des soins palliatifs a la responsabilité de respecter ces personnes et de répondre à leurs besoins, tout en respectant nos propres valeurs et principes.

Projet de déclaration de l'ACSP

L'ACSP a ébauché une déclaration qui tente de saisir à la fois notre préoccupation fondamentale à l'égard des questions entourant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, ainsi que notre respect pour les personnes qui ne partagent pas cette opinion.

L'Association canadienne de soins palliatifs s'engage à améliorer la qualité de la vie et de la mort pour les personnes mourantes et leurs familles, et elle considère que l'euthanasie et le suicide médicalement assisté ne font pas partie de soins de fin de vie de qualité.

La fin de la vie sera toujours associée à une certaine souffrance. De bons soins de fin de vie peuvent atténuer une partie de cette souffrance en allégeant le fardeau pour les familles et en les aidant à prendre en charge la douleur et les symptômes. Pour beaucoup de gens, des soins palliatifs de grande qualité sont une meilleure option que l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

Toutefois, malgré l'accès à des soins palliatifs de grande qualité, un très petit nombre de Canadiens pourraient tout de même vouloir contrôler leur propre mort. En tant que praticiens en soins palliatifs, nous devons respecter leur droit à ce choix et ne pas les abandonner. Nous continuerons à prodiguer les mêmes soins empreints de compassion à ces personnes et à leurs familles, mais nous avons également le droit de ne pas participer ou de ne pas assister tout effort visant à hâter volontairement la mort.

Recommandations

Avant de considérer la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté, le Canada a la responsabilité de veiller à offrir des soins palliatifs globaux et compatissants à tous, et à informer les Canadiennes et les Canadiens de ces services et de la façon d'y accéder. Toute discussion concernant la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté doit également répondre à des questions complexes, notamment : la capacité de la personne à prendre une décision éclairée, les répercussions sur les personnes vulnérables et les personnes handicapées, les questions d'éthique et d'accès, les défis juridiques potentiels, les questions relatives aux assurances, ainsi que les mécanismes permettant de repérer et de prévenir la coercition ou les abus.

L'ACSP recommande que, avant d'adopter une loi pour légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté :

1. Les responsables des politiques soient informés des questions complexes et des répercussions liées à la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté.
2. Les responsables des politiques et les praticiens engagent les Canadiens dans des débats publics ouverts et approfondis sur les risques et les avantages de la légalisation de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté, en s'assurant qu'ils comprennent les répercussions du langage utilisé et sont renseignés sur l'euthanasie, le suicide assisté et les options disponibles à la fin de la vie.
3. Les provinces et territoires canadiens agissent rapidement pour veiller à ce que tous les citoyens aient un accès rapide à des services de soins palliatifs globaux et empreints de compassion, et qu'ils s'assurent que tous les citoyens et leurs intervenants soient au courant des services de fin de vie à leur disposition.
4. Tous les intervenants soignant des personnes mourantes possèdent les compétences et les connaissances nécessaires pour composer avec la souffrance physique, émotionnelle et spirituelle qui peut conduire les gens à considérer l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.
5. Tous les intervenants s'assurent d'éduquer et d'informer les patients et leurs familles sur tous les aspects des soins de fin de vie, y compris la planification préalable des soins, les testaments de fin de vie, la prise en charge de la douleur et des symptômes, les questions liées à l'abandon ou à l'abstention de traitement comme l'hydratation et la nutrition, ainsi que les solutions de rechange à l'euthanasie et au suicide assisté.
6. Tout effort visant à légaliser l'euthanasie et le suicide médicalement assisté doit comprendre des dispositions qui permettent de réaffirmer le respect de la dignité individuelle, de protéger les personnes vulnérables, de prévenir la coercition et les abus, ainsi que veiller à ce que la décision ne soit pas motivée par le manque de disponibilité de soins palliatifs de qualité et appropriés.

7. L'ACSP travaille étroitement avec ses partenaires afin d'éduquer le public et les responsables des politiques sur tous les aspects des soins de fin de vie, y compris la planification préalable des soins, les testaments de fin de vie, la prise en charge de la douleur et des symptômes, les questions liées à l'abandon ou à l'abstention de traitement comme l'hydratation et la nutrition, ainsi que les solutions de rechange à l'euthanasie et au suicide assisté.

Prochaines étapes

L'Association canadienne de soins palliatifs aimerait savoir ce que pensent ses membres à ce sujet et encourager un débat au sein de la communauté des soins palliatifs.

- La déclaration proposée reflète-t-elle nos valeurs et nos opinions?
- Les recommandations contribueront-elles à un débat ouvert et informé?
- Quelles sont les répercussions pour les programmes de soins palliatifs si le Canada légalise l'euthanasie et le suicide médicalement assisté?

L'ACSP se servira des suggestions de ses membres pour établir la déclaration de position officielle et répondre à tout comité parlementaire sur cette question.

Bibliographie

1. *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Somerville M., Montréal, QC, McGill-Queen's University Press, 2001.
2. *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia & Assisted Suicide in Canada*, Downie J., Toronto, ON, University of Toronto Press Incorporated, 2004.
3. *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient Choice*, Quill T., Battin M. (eds), Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2004.
4. *The Case against Assisted Suicide for the Right to End-of-Life Care*, Foley K., Hendin H. (eds), Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 2002.

Autres références

Vous trouverez d'autres ressources de documentation sur le site Web de l'ACSP, à l'adresse : http://www.acsp.net/politique_publicue.htm.

Date d'examen de la politique : Deux ans après la date d'approbation

Inscrit au calendrier permanent : Oui

Date d'approbation : Le 22 novembre 2006