

PERSPECTIVE CATHOLIQUE SUR LES DÉCISIONS LIÉES À LA SANTÉ ET LES SOINS EN FIN



« Je suis la résurrection et la vie. [Q]uiconque vit et croit en moi, ne mourra jamais. » (Jean 11:25–26)

LE CHEMINEMENT D'UNE FAMILLE

Il y a quatre ans jour pour jour, mon père, alors âgé de 70 ans, apprenait qu'il avait le cancer des poumons. Il est décédé quatorze mois plus tard.

Encore maintenant, les mots « cancer des poumons » me font frémir tout autant que le jour où j'étais assise à côté de mon père quand le médecin lui a donné la nouvelle. J'étais confuse et ébranlée. D'un côté, rien n'avait changé à cet instant précis. De l'autre, tout avait changé. En tenant la main de mon père pour nous reconforter tous les deux, je me rappelle avoir pensé : « Nous sommes à un tournant important ici... Comment allons-nous nous en sortir? » Quant à la D^{re} Everett, elle a continué à expliquer les options qui s'offraient à mon père et les décisions qu'il devait prendre.

En nous rendant en voiture chez mon frère Jim après le rendez-vous, mon père s'est mis à parler – il a déballé ses pensées, ses réactions, ses souvenirs sans ordre particulier. Même si nous venions tout juste d'apprendre « la nouvelle », je me souviens de sa gamme d'émotions. Il s'est remémoré la mort assez soudaine de mère après une crise cardiaque douze ans auparavant. Il a parlé de toute l'angoisse de sa décision d'accepter que cessent les efforts pour la réanimer.

Ces souvenirs semblaient s'enchaîner les uns les autres et se mêler avec la réalité du présent et sa reconnaissance pour la première fois, mais pas la dernière, que : « Patty, c'est peut-être à mon tour... mais on ne peut pas s'imaginer sa propre mort. Peut-on? »

C'est ainsi qu'a commencé ce qui allait être un long cheminement parfois difficile pour Paul et ses proches. Tous les jours, des décisions entourant la santé se prennent dans les salons, les bureaux, les cliniques, les hôpitaux et les centres de soins des quatre coins du Canada. Bien que ces discussions fassent partie du quotidien des fournisseurs de soins, elles constituent des moments marquants dans la vie de personnes comme Paul et ses proches.

L'Alliance catholique canadienne de la santé croit qu'il est important de présenter des renseignements et une réflexion d'un point de vue catholique sur ces moments déterminants dans la vie des patients et de leur famille. L'Alliance regroupe douze organismes catholiques qui parrainent plus de 100 hôpitaux, centres de santé communautaires, foyers de soins et centres de soins de longue durée qui s'attachent à poursuivre le ministère de guérison de Jésus de nos jours. Ce ministère touche autant la prestation de soins médicaux et techniques excellents que les efforts des patients et des proches pour comprendre et soutenir les réflexions entourant le sens profond de la maladie et de la mort.

Il est humain d'avoir peur de la mort et, plus encore, de l'agonie. En affrontant cette peur, les catholiques et les autres pourraient comprendre et se réapproprier une riche tradition entourant la prise de décisions en matière de soins dans le contexte d'une maladie limitant l'espérance de vie et réfléchir à ce que veut dire une bonne mort aujourd'hui, à notre époque.



POURQUOI FAUT-IL APPORTER DES ÉCLAIRCISSEMENTS AUJOURD'HUI?

Les percées médicales ont permis d'améliorer considérablement les traitements de bien des états de santé – qu'ils s'agisse de blessures graves causées par un accident, du cancer si redouté, de maladies chroniques, comme le diabète – et de toute la série de complications associées. Toutes ces réussites ont amené bien des personnes à penser que la technologie pouvait guérir toutes les maladies et sauver les malades de la mort. Pour elles, il y a toujours moyen de trouver une cure parce qu'il est toujours possible d'être maître de la mort et de la maladie.

Même si la mort nous attend tous un jour, la façon dont mourrons ainsi que l'endroit et le moment ont beaucoup changé au cours des 50 dernières années. Contrairement à nos grands-parents, notre mort surviendra probablement après la décision explicite d'écarter ou de cesser un traitement de maintien de la vie. En fait, ces dernières années, les Canadiens ont régulièrement eu vent d'affaires hautement médiatisées devant les tribunaux montrant les incertitudes et les conflits qui peuvent survenir quand des patients, des familles et des médecins ne s'entendent pas sur ce qui constitue une réaction appropriée ou juste à un état mettant la vie en danger.

De plus, il y a eu beaucoup de discussions et de débats, et il continuera à y en avoir, dans la société canadienne sur la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie. Le Québec a adopté le projet de loi 52 (*Loi concernant les soins de fin de vie*) et a inclus la sédation palliative terminale administrée par un médecin dans ce qu'il entend par « aide médicale à mourir ». Par ailleurs, au moment de la rédaction du présent document, la Cour suprême du Canada se préparait à entendre l'affaire Carter de la Colombie-Britannique qui conteste la loi interdisant le suicide assisté.



Le suicide assisté et l'euthanasie sont souvent présentés dans les médias comme la principale option d'une mort dans la dignité ou d'une « bonne » mort. L'idée que la mort dans la dignité en est une que l'on commande soi-même (suicide assisté) ou qui vient par les actes de tiers (euthanasie) nourrit l'illusion que la mort elle-même est optionnelle et non pas une réalité de la vie.

Au sein de la communauté catholique, les débats ont mis au jour une grande confusion au sujet :

1. des obligations morales des patients à l'égard de la prise de décision en matière de soins de santé;
2. de la moralité du refus ou de l'abandon d'un traitement de maintien de la vie;
3. des buts et de l'efficacité des soins palliatifs;
4. de la tradition catholique d'une bonne mort.

Comprendre que les buts des soins palliatifs s'inscrivent pleinement dans la tradition catholique d'une « bonne » mort permet de traiter, en particulier, de la confusion et de la peur qu'éprouvent les catholiques eux-mêmes. Vu l'importance des enjeux pour chacun de nous et pour le pays, il est essentiel d'apporter des éclaircissements.

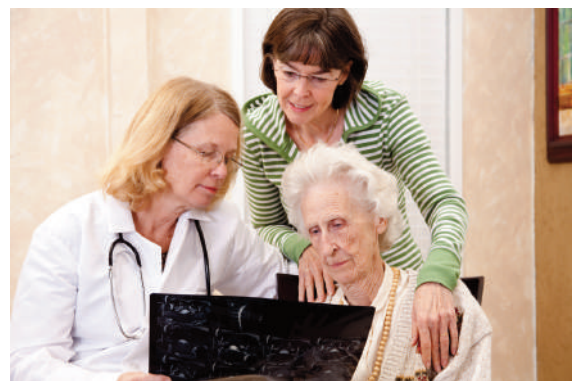
QUE NOUS APPREND L'HISTOIRE DE PAUL ET DE SA FAMILLE?

L'expérience de Paul et de sa famille, depuis le moment du diagnostic de la maladie jusqu'à la mort paisible en passant par les soins palliatifs, nous permet de réfléchir à l'approche catholique à l'égard des soins de santé et des décisions en fin de vie. Cette histoire vise à remettre les pendules à l'heure et à offrir des suggestions pratiques pour s'y retrouver parmi les caractéristiques attendues et inattendues de la mort et de la période qui la précède. Elle se fonde sur une compréhension empathique du parcours émotionnel et spirituel ainsi que sur les réalités physiques du passage à la mort.

Une semaine après son diagnostic, Paul a eu sa première d'une longue série de consultations et d'enquêtes pour obtenir des précisions médicales sur son cancer. À l'instar de bien des personnes, il a retenu très peu de choses après avoir entendu son médecin prononcé le redoutable mot « cancer ». Mais il doit maintenant songer à son avenir et prendre des décisions.

QUE FAUT-IL POUR PRENDRE DE BONNES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ?

Tant dans la tradition catholique que dans l'éthique des soins de santé modernes, les personnes comme Paul qui sont aptes à prendre leurs propres décisions sont celles qui doivent choisir parmi les options de traitement et de soins proposées. Cette façon de faire favorise et protège les intérêts habituellement valorisés par tous, comme la dignité du patient, l'autonomie et la capacité de prendre ses propres décisions. Ainsi, en matière de décisions entourant les soins de santé, l'information concernant les valeurs d'un patient, ses croyances, ses engagements, ses souhaits, ses préférences et les moments cruciaux de sa vie est tout aussi importante que l'information sur son état de santé.



Paul se sent dépassé et a l'impression d'être pris dans un tourbillon d'activités médicales. Il n'est pas seul pour affronter ce qui lui arrive. Il a un médecin de famille bienveillant qui le connaît bien, sa fille, Pat, qui est très proche de lui, et son fils, Jim, avec qui il s'était brouillé.

QUE SIGNIFIE PRENDRE DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES?

Avant de prendre une décision éclairée lourde de sens, les personnes ont besoin d'information qu'elles peuvent comprendre et sous-peser et doivent pouvoir poser librement des questions. Certaines voudront autant d'information que possible, d'autres en voudront bien moins. Certaines voudront recevoir cette information aux côtés d'un membre de la famille ou d'un ami, d'autres préféreront être seules avec les fournisseurs de soins.

Cette information devrait aborder :

1. le diagnostic (que se passe-t-il dans le corps de la personne);
2. le pronostic (que se passe-t-il dans le corps de la personne);
3. les avantages anticipés, les risques possibles et les préjudices potentiels des options envisageables, y compris celle de traiter les symptômes associés à la maladie (douleur, essoufflement, angoisse) sans tenter un traitement curatif énergique de la maladie sous-jacente.

Les personnes ont besoin d'information qu'elles peuvent comprendre et sous-peser et doivent pouvoir poser librement des questions.

Une série d'examen épuisants permettent de confirmer le cancer des poumons de Paul, qui est rendu au stade 3. Cela signifie que les chances de guérison sont minces et que la probabilité que la tumeur revienne est élevée. Il est possible d'améliorer grandement l'état de Paul, surtout avec une combinaison de traitements, y compris de la chimiothérapie pour réduire la tumeur avant la chirurgie, ou une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie. Paul doit décider si tout cela en vaut la peine.

La tâche de sous-peser (ou d'évaluer) les « avantages », les « risques » et les « préjudices » est particulièrement délicate. Par exemple, quand un médecin parle d'un avantage, il peut faire référence à l'efficacité d'un traitement, au fait qu'il fonctionne ou qu'il atteint ses objectifs. Or, même si un traitement est efficace, un patient peut ne pas en vouloir ou estimer que celui-ci n'en vaut pas la peine. Par exemple, une personne atteinte d'une maladie cardiaque avancée et dont les reins ne fonctionnent plus peut ne pas vouloir de dialyse si cela signifie qu'elle devra quitter la collectivité isolée où elle habite pour s'installer près d'un centre offrant ce service.

Inversement, quand un médecin parle de « risques », il peut faire référence aux effets secondaires d'un traitement et à leur probabilité. L'acceptation ou l'évitement des « risques » du point de vue d'un patient peut ne rien avoir à faire avec des pourcentages et des probabilités et plutôt avoir trait à sa personnalité. Certaines personnes ont une beaucoup plus grande tolérance aux risques que d'autres, qui veulent les éviter à tout prix.



De même, les médecins et leurs patients peuvent avoir une opinion bien différente de ce qui constitue un « préjudice ». Certains traitements, même s'ils permettent de maintenir la vie, sont très exigeants sur les plans physique et moral. Des personnes pourraient par conséquent les juger « préjudiciables » ou « trop difficiles à subir », d'autres pourraient les voir comme un fardeau à surmonter.

Paul est catholique et il est important pour lui de savoir si l'Église s'est prononcé sur les décisions qu'il doit prendre. Il ne sait pas ce que l'Église enseigne.

AVONS-NOUS LE DEVOIR DE PROLONGER LA VIE À TOUT PRIX?

Bien des catholiques se demandent s'il existe un devoir ou une obligation de prolonger la vie. Pour ce qui est de l'acceptation ou du refus d'un traitement de maintien de la vie, certains croient à tort que les catholiques sont tenus de tout faire pour rester en vie aussi longtemps que possible. Cette idée ne correspond pas à l'enseignement de l'Église en la matière. La tradition morale de l'Église fournit une orientation :

« La vie et la santé physique sont des biens précieux confiés par Dieu. Nous avons à en



prendre soin raisonnablement en tenant compte des nécessités d'autrui et du bien commun. »
(*Catéchisme de l'Église catholique*, n° 2288)

« Si la morale appelle au respect de la vie corporelle, elle ne fait pas de celle-ci une valeur absolue. » (*Catéchisme de l'Église catholique*, n° 2289)

Au fil des siècles, la foi catholique a formulé des principes ou des façons de voir ce que sont des soins raisonnables. D'une manière générale, de tels soins comprennent les interventions aisément accessibles, efficaces et non excessivement pénibles. Par-dessus tout, ces interventions sont celles auxquelles la personne attache une importance, celles qui lui permettent d'atteindre un bien-être spirituel et des objectifs de vie (p. ex. : des relations avec les autres et une union à Dieu). D'un point de vue moral, ce que l'Église entend par des soins raisonnables n'a jamais nécessité d'accepter des traitements trop accablants ou pénibles, même s'ils fonctionnent. Quand les exigences des traitements de maintien de la vie entrent en contradiction avec les préoccupations morales d'une personne, y compris ses relations et sa charge émotive et psychologique, ces interventions peuvent être légitimement abandonnées ou refusées.

Au sens large, pour toute grande décision concernant les soins de santé, l'équilibre entre les bienfaits et les inconvénients d'un traitement possible repose entre les mains de la personne. L'idée que le jugement du patient doit être respecté correspond à ce que l'Église entend par des soins raisonnables.

« La vie et la santé physique sont des biens précieux confiés par Dieu. Nous avons à en prendre soin raisonnablement en tenant compte des nécessités d'autrui et du bien commun. »

Paul espère vivre assez longtemps pour voir ses petits-enfants et, sous les encouragements de ses enfants, il opte pour un traitement énergique avec l'espoir de guérir. Il comprend que la guérison est peu probable, mais il espère avoir un peu plus de temps avec sa famille et ses amis.

Pat conduit assidûment son père à ses traitements de chimiothérapie et à ses multiples déplacements pour ses prises de sang, qui viennent à rythmer leur vie. Jim accepte mal de voir son père fatigué, nauséux et dépendant des autres. Paul récupère lentement, mais il est heureux de gagner du temps.

Une année après son diagnostic, Paul a des pertes de mémoire et devient parfois confus. Il apprend que son cancer s'est répandu au cerveau. Malgré ses moments de confusion, Paul réfléchit de nouveau à ses options. Au cours de la dernière année, il s'est senti mal la plupart du temps. Il en a assez que sa vie soit dominée par des examens et des traitements médicaux. Il a l'impression « d'avoir donné tout ce qu'il pouvait ». Il se dit prêt à « retrouver le Seigneur » et veut que ses soins visent maintenant son confort jusqu'à la fin. Pat, qui parle tous les soirs à son père et s'occupe de lui à domicile, respecte son souhait, mais elle craint qu'il corresponde à une sorte de suicide ou d'euthanasie passive.

Jim, par contre, est très vexé par la décision son père de « baisser les bras ». Il voudrait que celui-ci tente un traitement expérimental.

EST-IL ACCEPTABLE DE CESSER UN TRAITEMENT?

Les patients ont le droit de ne pas accorder leur consentement à un traitement quelque il soit ou de le retirer. Cela comprend les traitements salutaires ou de maintien de la vie. La personne qui reçoit le traitement détermine les avantages ou les inconvénients qu'il lui procure. Pour reprendre les paroles de Jean Paul II :

« Le renoncement à des moyens extraordinaires ou disproportionnés n'est pas équivalent au suicide ou à l'euthanasie; il traduit plutôt l'acceptation de la condition humaine devant la mort. » (*Evangelium Vitae*, n° 65).

Il est essentiel de se rappeler que l'euthanasie est un meurtre délibéré pour mettre fin aux souffrances de quelqu'un en lui enlevant la vie. Dans le cas du suicide assisté, une personne s'enlève elle-même la vie avec l'aide directe d'un tiers qui lui fournit un médicament létal. Pour laisser la mort se produire, le fait de reconnaître les limites de la médecine à guérir ou à améliorer le fonctionnement ne constitue pas un acte d'euthanasie ou de suicide assisté.

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS?

Les soins palliatifs modernes sont nés de la volonté d'améliorer les soins aux personnes mourantes dans une société qui souvent rejette ou défie la mort. À l'inverse du recours excessif et disproportionné aux traitements de maintien de la vie, les soins palliatifs ont pour objectif de soulager la douleur et d'autres symptômes physiques et d'offrir une aide pour répondre aux besoins spirituels, émotionnels et familiaux en fin de vie. Les soins palliatifs ont fait de grandes percées pour arriver à ces fins. La douleur et autres symptômes physiques sont différents de la souffrance, mais ils peuvent y être liés. La douleur est une réalité physique, que la médecine moderne arrive bien à soulager. Toutefois, la souffrance est une expérience humaine et spirituelle totale. Elle nécessite que l'on s'attarde aux questions profondes du sens en fin de vie.

Pour laisser la mort se produire, le fait de reconnaître les limites de la médecine à guérir ou à améliorer le fonctionnement ne constitue par un acte d'euthanasie ou de suicide assisté.



Les personnes de foi éprouvent les mêmes difficultés que les autres à reconnaître les limites de la médecine. Idéalement, durant son traitement, Paul et sa famille auraient dû se voir présenter l'approche des soins palliatifs pour sa maladie grave et à terme terminale. Une telle façon de faire permet d'éviter une distinction marquée entre le traitement et les soins palliatifs. Elle permet d'offrir les soins palliatifs aux patients et à leur famille dans le cadre du continuum de soins entre le diagnostic et le décès. Après le diagnostic et aux premiers stades de la maladie, l'accent est placé sur la communication, la planification préalable des soins, le soutien psychologique et spirituel, et la prise en charge de la douleur et des symptômes. Par la suite, l'accent est placé sur la revue des objectifs de soins, le soutien continu des patients et de leur famille, la prise en charge de la douleur et des symptômes, et la préparation à la mort.

L'acceptation du mourir peut permettre un temps de grâce, de réconciliation et d'apaisement. L'objectif des soins palliatifs en fin de vie est compatible avec la notion chrétienne d'une *bonne mort*.

Avant de décider pour de bon de passer aux soins palliatifs, Paul perd conscience. Malgré le long cours de sa maladie mortelle, les longues discussions avec sa fille et la mort soudaine de sa femme, Paul n'a jamais officiellement fait de planification préalable des soins ni nommé de mandataire qui pourrait parler en son nom s'il en devenait incapable.

Des divergences de réaction entre Jim et Pat à la mort maintenant inévitable de leur père ont clairement surgi et créé des frictions entre eux. Jim pense qu'il faut continuer un traitement énergique, mais Pat connaît mieux son père et veut lui permettre d'aller « retrouver le Seigneur » comme il lui en avait parlé.

QUEL EST LE RÔLE DE LA PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS ET DES MANDATAIRES?

En prévision de la perte de la capacité de prendre des décisions en matière de soins ou de les exprimer, la planification préalable des soins peut être vue comme une activité spirituelle. Le respect des croyances et des valeurs d'une personne peut s'étendre jusqu'aux situations où elle ne peut plus prendre ses propres décisions. Les mandataires autorisés doivent pouvoir exprimer les souhaits, valeurs et croyances de la personne qui reçoit des soins. Les souhaits, valeurs et croyances que le bénéficiaire de soins a déjà exprimé, soit oralement, soit dans des directives préalables écrites, doivent être respectés par les mandataires. Il est donc crucial que ceux-ci les connaissent et les comprennent. Les mandataires doivent aussi pouvoir évaluer quand des circonstances imprévues nécessitent une dérogation à ce que le malade a demandé.



L'objectif des soins palliatifs en fin de vie est compatible avec la notion chrétienne d'une *bonne mort*.

Le prêtre de la paroisse de Paul a aidé Pat et Jim à parler de leur père, de ce qu'il était et de ce que, selon eux, il aurait voulu. Le prêtre les a rassurés et leur a expliqué que la cessation d'un traitement énergique n'équivalait pas à un suicide assisté ou à de l'euthanasie. Jim a été amené à comprendre que la culpabilité qu'il ressentait par rapport à sa relation avec son père l'empêchait d'agir selon les volontés de ce dernier. Le frère et la sœur ont convenu de mettre fin au traitement et de choisir une approche axée sur les soins palliatifs pour offrir des soins de confort en fin de vie. Plusieurs jours plus tard, Paul est décédé paisiblement aux côtés de son fils, de sa fille et de quelques amis intimes. Ses funérailles ont été une célébration de la vie!

Y A-T-IL D'AUTRES ENJEUX QUI AURAIENT PU INTERVENIR DANS LE CHEMINEMENT DE PAUL?

Les patients et leurs proches sont appelés à composer avec bien d'autres questions complexes, dont le traitement de la douleur, d'autres symptômes physiques, la souffrance et tout ce qui touche l'alimentation et l'hydratation des personnes mourantes.

La prise en charge efficace de la douleur est essentielle pour offrir des soins appropriés à des personnes malades ou mourantes, peu importe leur âge ou leur situation. Le mourir s'accompagne souvent de douleur et d'autres symptômes physiques, comme l'essoufflement. Selon l'enseignement catholique, nous avons le devoir d'offrir un soulagement. Certains craignent que l'administration de morphine ou d'autre opioïde pour soulager la douleur et l'essoufflement équivaille à de l'euthanasie. L'enseignement de l'Église est pourtant clair :

« L'usage des analgésiques pour alléger les souffrances du moribond, même au risque d'abrèger ses jours, peut être moralement conforme à la dignité humaine si la mort n'est pas voulue, ni comme fin ni comme moyen, mais seulement prévue et tolérée comme inévitable. »
(*Catéchisme de l'Église catholique*, n° 2279)

Il ne fait aucun doute que l'utilisation appropriée de médicaments titrés pour soulager la douleur n'accélère pas la mort. Un tel traitement ne constitue pas de l'euthanasie, mais plutôt une bonne prise en charge de la douleur.

Des soins palliatifs optimaux peuvent offrir un soulagement appréciable de presque tous les symptômes. En cas de douleur récalcitrante, il est possible d'envisager la sédation palliative. Puisque toute personne a le droit et l'obligation de préparer sa mort pendant qu'elle est pleinement consciente, elle ne doit pas être privée de son état de conscience sans bonne raison. Toutefois, la sédation palliative peut être moralement envisageable dans la tradition catholique.

Compte tenu de la signification émotionnelle, sociale et spirituelle de la nutrition, les questions d'alimentation et d'hydratation artificielles (ou d'alimentation par sonde) sont particulièrement épineuses. Il est important de faire la distinction entre les personnes atteintes d'un trouble chronique qui pourraient bénéficier d'une alimentation et d'une hydratation artificielles et les personnes mourantes. Pour celles qui approchent de la mort, la perte de l'appétit et du besoin de manger est normale et à prévoir.

L'utilisation appropriée de médicaments titrés pour soulager la douleur n'accélère pas la mort.



En principe, il y a une obligation de fournir aux patients de la nourriture et de l'eau, y compris une alimentation et une hydratation artificielles, quand ils ne peuvent se nourrir par la bouche. Toutefois, l'alimentation devient moralement optionnelle quand on ne peut raisonnablement plus attendre qu'elle prolonge la vie ou quand elle peut « comporter pour le patient une excessive pénibilité ». À l'approche inévitable de la mort des suites d'un état sous-jacent progressif et fatal, certaines mesures pour alimenter et hydrater la personne peuvent devenir excessivement pénibles et par conséquent facultatives vu leur capacité limitée à prolonger la vie ou à fournir du confort. Le confort et les soins personnels du mourant continuent à être assurés de bien d'autres façons.

COMPRENDRE LES DEMANDES D'AIDE À MOURIR

Malgré toute la tristesse qui l'entoure, le décès de Paul constitue un exemple d'une bonne mort selon la tradition catholique. Il marque l'aboutissement d'une vie en tant que cheminement spirituel et familial offrant des possibilités de réconciliation et d'apaisement avec les proches. Un tel décès diffère considérablement de la conception moderne du « suicide assisté », soit celle de mettre intentionnellement fin à la vie d'une autre personne soi-même ou par l'intermédiaire d'un tiers.

Il est important de bien comprendre les demandes de suicide assisté ou d'euthanasie. Parfois, quand elles viennent de la personne mourante, elles indiquent qu'il faut réexaminer les mesures de soulagement de la douleur et des symptômes et le soutien spirituel et émotionnel. Parfois, elles représentent un cri du cœur causé par la peur de l'inconnu, de la douleur et de la souffrance, d'être abandonné ou d'être un fardeau. Parfois, elles découlent de la croyance que la seule façon de mourir dignement ou d'avoir une « bonne mort » passe par le suicide assisté ou l'euthanasie.

Pour bien des personnes, l'aide à la mort est un droit individuel et un droit à l'autonomie. Les chrétiens toutefois comprennent que la vie est un don qui comporte une dimension personnelle et une dimension commune.

« [N]ul de nous ne vit pour lui-même et nul ne meurt pour lui-même. » (Romains 14:7)

Dans les médias et les sondages d'opinion, le suicide assisté et l'euthanasie sont souvent dépeints comme des actes de compassion à l'égard de personnes atteintes d'une douleur irréductible. Toutefois, la douleur et autres symptômes physiques ne jouent qu'un petit rôle dans les demandes d'aide à mourir. Les raisons les plus couramment invoquées ont plutôt trait à la peur de souffrir, de perdre sa dignité et de devenir un fardeau – surtout pour les proches –, et à la volonté d'exercer un certain contrôle sur la mort. Ces sentiments expriment une souffrance et non pas de la douleur.



Le suicide assisté et l'euthanasie sont la médicalisation de la mort et de la souffrance humaine – une fausse conviction selon laquelle toutes les douleurs et les souffrances humaines peuvent être guéries par une intervention médicale.

Le suicide assisté et l'euthanasie sont la médicalisation de la mort et de la souffrance humaine – une fausse conviction selon laquelle toutes les douleurs et les souffrances humaines peuvent être guéries par une intervention médicale. Cette notion est répandue dans la société contemporaine – l'idée qu'il existe un « remède miracle » à tous les maux et toutes les détresses de l'humain. Dans cet esprit, le suicide assisté ne serait certainement pas confiné aux soins en fin de vie ni aux maladies terminales. Les répercussions pour toute la société seraient effarantes.

EST-IL POSSIBLE D'AVOIR UNE « BONNE MORT » DE NOS JOURS?

À l'instar de Paul, bon nombre de nous nous demandons s'il est possible d'imaginer notre propre mort. Même si nous voyons la mort à distance tous les jours (p. ex. : les morts accidentelles ou violentes dont font état les médias, les notices nécrologiques du décès prématuré de jeunes personnes ou prévus de personnes âgés), la plupart d'entre nous n'ont jamais eu de maladie menaçant la vie, même si nous avons déjà veillé des amis ou des membres de la famille lors de leur passage à la mort.

L'ironie veut que la possibilité d'une « bonne mort » de nos jours soit peut-être compromise par des interventions de maintien de la vie qui étaient ni offertes ni envisageables auparavant. La notion chrétienne traditionnelle de « bonne mort » fournit un éclairage presque intemporel. Devant une maladie bouleversante et menant à la mort, l'attention minutieuse portée aux objectifs importants de la vie – bien-être matériel, émotionnel et spirituel –, aurait intérêt à passer par l'utilisation réfléchie de moyens pour favoriser le confort, pour protéger et préserver la vie et, enfin, pour permettre une mort paisible.

Le décès de Paul constitue un exemple de *bonne mort* dans la tradition catholique. La vie est comme un voyage, et une bonne partie de ce voyage est consacrée à apprendre ce que signifie la vie. Nous apprenons que toute vie est un don de Dieu. Nous apprenons ce que sont le monde, les relations, l'amour, l'interdépendance, l'indépendance et l'équilibre. Nous

apprenons qu'il y a tant de choses dans la vie que nous ne pouvons pas contrôler et que nous devons accepter. La mort fait partie de ce cheminement, de la vie, et les chrétiens croient qu'une bonne mort se traduit par la reconnaissance de notre interdépendance, la gratitude envers la vie qui nous a été donnée, le renoncement au contrôle, et la confiance en Dieu. Une *bonne mort* marque la fin d'un cheminement de foi et de famille.

Elle diffère considérablement de la conception moderne d'aide à mourir.

Une telle perspective ne minimise pas la nécessité de prendre de bonnes décisions à l'approche de la mort. La vie doit être chérie et protégée par des soins raisonnables. Mais les objectifs spirituels de la vie nécessitent que les décisions concernant les traitements soient prises en tenant compte des avantages et des inconvénients de ceux-ci.

Enfin, la famille et les personnes qui prodiguent des soins doivent militer pour le

soulagement optimal de la douleur et des symptômes ainsi que pour le confort personnel et spirituel de la personne mourante. Parfois, ce qu'il faut d'abord et avant tout, ce sont des personnes bienveillantes aux côtés du mourant. L'accompagnement d'une personne qui arrive au terme de son cheminement est un privilège. Il permet de lui procurer un réconfort et une marque de respect envers elle et son vécu. C'est à cela que ressemble une mort dans une véritable dignité, une *bonne mort*.



Une *bonne mort* marque la fin d'un cheminement de foi et de famille.



QUESTIONS POUR FAVORISER LA RÉFLEXION DANS LA PRIÈRE

1. À quoi vous fait penser une « bonne mort »? Avez-vous déjà été personnellement témoin d'une « bonne mort »? À quoi ressemblait-elle? Quels sentiments s'en dégagent?
2. Avez-vous songé aux soins que vous aimeriez recevoir du personnel médical si vous aviez une maladie terminale ou que vous étiez mourant? Quel type de soins souhaiteriez-vous pour les membres de votre famille qui sont gravement malades ou mourants?
3. Avez-vous formulé vos directives préalables, c'est-à-dire clarifié vos propres croyances, valeurs et souhaits, parlé à vos proches et vos fournisseurs de soins, et nommé un mandataire? Dans la négative, pourquoi?
4. Que pensez-vous de l'euthanasie et de l'aide au suicide?
5. À votre avis, en quoi la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté changera-t-elle les possibilités d'avoir une « bonne mort » et de bons soins pour les personnes mourantes?
6. À votre avis, en quoi la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté changera-t-elle la société canadienne?

Ressources utiles

Guide d'éthique de la santé, Alliance catholique canadienne de la santé

Organisme catholique pour la vie et la famille

Institut canadien catholique de bioéthique

Portail canadien en soins palliatifs

Association canadienne de soins palliatifs

Pallium Canada

Parlons-en

Aller de l'avant : des soins qui intègrent l'approche palliative

Catéchisme de l'Église catholique



Catholic Health Alliance of Canada
Alliance catholique canadienne de la santé

L'Alliance catholique canadienne de la santé souhaite remercier l'auteure
de la présente publication,

Nuala Kenny, o.c., M.D, FRCPC,
et les membres du groupe de travail qui l'ont épaulée,
Michael Coughlin, Pat Murphy et James Roche.

Conception et mise en pages : James Roche

Alliance catholique canadienne de la santé
Hôpital Saint-Vincent, annexe C
60, rue Cambridge Nord
Ottawa (Ontario) K1R 7A5

Téléphone : 613-562-6262, poste 2164
www.accs.ca

Tous droits réservés. Alliance catholique canadienne de la santé, 2014.

