

METTRE LES PENDULES À L'HEURE

Le Dr Antoine Boivin, chercheur, signe un article, « Euthanasie : des risques majeurs » dans La Presse du 4 octobre 2010, dont certaines données méritent quelques commentaires.

Son texte repose entre autres, sur un article publié dans le New England Journal of Medicine en 2007 et portant sur les chiffres dévoilés en Hollande portant sur l'année 2005(1).

L'article du NEJM mentionne qu'en Hollande, les % de cas d'euthanasie rapportés pour les années 1990, 1995, 2001 et 2005 furent respectivement de 18, 20, 54 et 80%.

De même, pour les cas sans «demande explicite», avait eu lieu une discussion concernant l'euthanasie, ou une demande antérieure par le patient dans 26% des cas en 2001, (taux similaires en 1990 et 2001), et dans 60% des cas en 2005. Une demi-page de papier-graphique suffit à montrer que « 20% non déclarés » est une donnée trop suspecte en 2010 pour être citée sans précisions, considérant les pentes de ces courbes, ce qui échappe au jeune doctorant.

Lire «The Maintenance of Life ou sa traduction «Mourir un acte de Vie»(2) donne également une toute autre image que celle inventée par les mots : « ...si l'euthanasie a pour point de départ la demande du malade, la décision de prescrire et d'injecter le médicament est prise par le médecin». Comme si, une fois la demande faite, seul le médecin décidait. Aux Pays-Bas, la « discussion pré-euthanasique» se poursuit avec le malade et ses proches tant que le malade en est capable, libre de changer d'opinion quand il le désire. On est aux antipodes du médecin qui décide seul, ce que semble ignorer le Dr Boivin.

Et quant aux euthanasies pratiquées sans demande expresse, il omet que dans 60% des cas, une discussion avec le malade ou une demande antérieure avait eu lieu, de même qu'une discussion avec les proches dans 80% des cas. Si on exclus les 10% inconscients et autres facteurs à considérer dans 15% des situations, les dérogations aux balises sont loin d'être ce que le Dr Boivin en pense, et nous sommes en 2010. Le jugement qu'il porte est sérieusement biaisé ou enclin à la démagogie.

L'ouvrage, unique en son genre, «Mourir, un Acte de Vie » (2), projette un tout autre éclairage sur les données de Hollande. Il démontre entre autre, les dangers d'extrapoler des données sociologiques non-probantes d'une culture à une autre. Car si au Québec, les médecins émettent des notions imprécises quant à l'abrégement de la vie, aux Pays-Bas, ils continuent de s'interroger sur comment évaluer les concepts de « souffrance insupportable et sans espoir d'amélioration » inscrits dans les balises, convaincus eux-aussi que seul le malade peut évaluer sa souffrance. Des articles en font foi qu'il serait trop long de discuter ici.

En guise d'exemple, un article plus récent nous vient de Belgique. Alors que le discours actuel fait à bon droit la promotion des soins de fin-de-vie de qualité, une analyse méticuleuse des données de Flandre montre que le nombre des demandes d'euthanasie ou de suicide-assisté de patients suivis en Soins palliatifs n'est pas inférieur à celui des malades qui ne bénéficient pas de ces soins. Qui plus est, les demandes sont plus fréquentes de la part des patients ayant reçu un suivi spirituel (3). Et l'on sait qu'il y a 3 à 4 fois plus de demandes en Flandre qu'en Wallonie, ce qui donne lieu à plus d'hypothèses que d'explications. Également, en Orégon, la majorité des demandes de suicide-assisté (85%), proviennent de patients suivis en Soins palliatifs(4). Au vieux «doctorant» que je suis, il ne me vient pas à l'esprit de conclure que les soins palliatifs ne sont que de peu d'utilité et que le suivi spirituel devrait être évité...

Une étude des canadiens Wilson et Chochinov regroupant 8 services reconnus de Soins palliatifs du pays (dont un du Québec) ont trouvé que si l'euthanasie avait été légalisée au Canada, 5.8% de 379 cancéreux en phase terminale en auraient fait la demande immédiatement. Une seule personne a changé d'idée, son état s'étant amélioré. Tous les autres ont maintenu leur demande lorsque questionnés à nouveau une fois par semaine, certains survivant plus d'un mois (5). Les Soins palliatifs ont leurs limites, je le sais.

En conclusion, une ligne qu'il vaut mieux ne pas franchir est celle qui se déplace trop vite pour accommoder des jugements incisifs et mal fondés, d'autant plus que chaque culture, comme chaque individu, est unique. La vigilance oui ; non à l'exagération.

Certaines pendules devraient être remises à l'heure...

Marcel Boisvert md

1 van der Heide, A. et al. End-of-Life in the Netherlands under the Euthanasia Act N Engl J Med 2007; 356: 1957-1965

- 2 Norwood, F. Mourir un Acte de Vie (trad. Viens,P. Laberge,L.) PUL 2010
- 3 Marijke, C. Granted, Undecided,Withdrawn and Refused REquests for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Arch Intern Med 2005; 165: 1698-1704
- 4 Ganzini,L. The Oregon Experience in Physician-Assisted Dying J.Hopkins U.Press 2004 p.165
- 5 Wilson KG et al. Desire for Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in Palliative Cancer Care Health Psychology 2007; 26(3): 314-323