

Mourir avec dignité : un débat ouvert

Dying with dignity : an open debate

David Roy

Volume 7, Number 2, November 1982

Mourir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030148ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030148ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Roy, D. (1982). Mourir avec dignité : un débat ouvert. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 112–118. <https://doi.org/10.7202/030148ar>

Article abstract

"Dying with dignity" is little more than a slogan until its meaning is spelled out in guidelines facilitating medical decisions that honor a patient's needs and wishes. The attempt to do this shifts "dying with dignity" to the center of a debate, as yet unfinished, on a series of issues. When should efforts to prolong or save a patient's life be stopped? On what moral basis should these decisions be made? How is the responsibility to take such decisions to be shared? If it is morally justifiable to let a patient die, why is it not morally justifiable to hasten a patient's death? These and other questions are still challenging society and professional communities to work out a defensible consensus to resolve difficult moral dilemmas in medicine today.

MOURIR AVEC DIGNITÉ : UN DÉBAT OUVERT

David Roy*

Tant et aussi longtemps qu'on ne définira pas les règles à suivre pour respecter les besoins et les désirs du patient, «mourir avec dignité» ne sera rien de plus qu'un slogan. Toute tentative pour établir un mécanisme destiné à faciliter la prise de décision en fait ressortir les nombreux problèmes. Quand devons-nous cesser nos efforts pour prolonger une vie? Quand devons-nous continuer le traitement? Sur quelle base morale devons-nous prendre ces décisions? Qui a la responsabilité de prendre cette décision? Ces décisions doivent-elles être partagées? S'il est moralement justifiable de laisser un patient mourir, pourquoi n'est-il pas moralement justifiable de hâter sa mort? Toutes ces questions, et bien d'autres qui leur sont connexes, présentent un défi pour notre société et les professionnels de la santé. Nous devons donc en venir à un consensus, si nous voulons résoudre les graves dilemmes moraux dans la médecine d'aujourd'hui.

Le débat sur le thème «Mourir avec dignité» a dominé la pratique, l'éthique et la législation médicales des dix dernières années. Il est souvent difficile d'imaginer le sens que prend un tel slogan dans des hôpitaux où se déploie une technologie complexe destinée à prolonger la vie et nécessitant l'intervention de plusieurs personnes hautement spécialisées. Le défi clinique que représente une personne malade et peut-être sur le point de mourir s'inscrit dans une histoire personnelle et unique. C'est une histoire de désirs, de projets, de réalisations, d'amour et d'espoir qui ne peut être ramenée à une seule question de santé et de survie biologique. Cette histoire personnelle est remise en question quand la maladie dévastatrice frappe et quand la mort menace. Cette personne unique, certainement affaiblie et probablement effrayée, ne devrait pas être considérée uniquement comme un objet à propos duquel on prend des décisions cliniques. Elle devrait aussi servir de norme aux choix humains fondamentaux qui confèrent un sens à l'activité clinique dans les cas extrêmes. Cependant, qui doit faire ces choix et comment doivent-ils être faits dans une société pluraliste et dans des hôpitaux hautement spécialisés?

Le théâtre, la télévision et le cinéma ont traduit les inquiétudes profondes soulevées par le stade

du «mourir» en ayant recours à des histoires dramatiques tirées de la vie réelle, tant de personnes elles-mêmes que des professionnels impliqués; les événements qu'on y raconte se produisent presque à tous les jours dans les unités de soins intensifs et dans les hôpitaux. Quelques-unes de ces histoires sont devenues des cas célèbres dans les annales judiciaires et certaines décisions initiales de la Cour ont fait l'objet de plusieurs appels. Les noms de Quinlan, Saikewicz, Dinnerstein, Becker, Fox, Storar et Spring, pour nommer quelques cas parmi les plus célèbres en Amérique du Nord, disent notre confusion et notre absence de consensus à propos de ce qu'est une mort digne. La réapparition de groupes se faisant les promoteurs de l'euthanasie active et du suicide «rationnel» révèle le niveau de désespoir atteint par un désaccord social à propos d'un sujet important. Notre façon de traiter les mourants, les malades en phase terminale et ceux que la médecine peut «sauver» mais non guérir est remise en question. Toute cette controverse traite de la vie et non pas seulement d'idées.

Mourir avec dignité : le problème

Les gens meurent rarement seuls aujourd'hui, même s'ils peuvent mourir délaissés.

Autrefois, les gens mouraient à la maison, au milieu de leur famille, entourés de tous leurs

* L'auteur, md, est directeur du Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

objets et de leurs souvenirs ; ainsi, l'histoire de leur vie accompagnait leurs derniers moments. Aujourd'hui, les gens meurent le plus souvent à l'hôpital, en des lieux étrangers et stériles qui ne portent aucune trace de leur passé ou des êtres qui leur sont chers.

Les gens meurent aujourd'hui dans des établissements pourvus d'une technologie complexe, pouvant assurer la prolongation de la vie quand la guérison et le retour à la santé et la vitalité ne peuvent plus être envisagés. Mais souvent, il ne s'agit là que de vie biologique. Les patients en phase terminale et les mourants peuvent survivre biologiquement à l'aide de la technologie bien au-delà du moment où ils auraient pu mourir conscients et maîtres des derniers instants de leur vie. Philippe Ariès a décrit la situation créée par cette technologie et notre incertitude à propos du moment où il faut la laisser de côté.

«La mort a été décomposée, morcelée en une série de petites étapes dont, en définitive, on ne sait laquelle est la mort vraie, celle où on a perdu la conscience, ou bien celle où on a perdu le souffle... Toutes ces petites morts silencieuses ont remplacé et effacé la grande action dramatique de la mort, et plus personne n'a la force ou la patience d'attendre pendant des semaines un moment qui a perdu une partie de son sens». (Ariès, 1975, 69).

On meurt aujourd'hui dans un environnement marqué par la présence d'une technologie complexe nécessitant un personnel nombreux. C'est dire qu'on meurt rarement seul. Mourir est presque devenu une activité d'équipe, un événement interdisciplinaire. Les gens ne font donc pas simplement que mourir et ne meurent pas simplement. Leur mort exige des décisions. Cependant, le mourant n'est souvent ni le principal acteur, ni le décideur mais un objet à propos duquel on prend des décisions.

Un mourant peut facilement être désapproprié de sa propre mort. Ce processus d'aliénation a une longue histoire :

«À partir de la fin du XVIII^e siècle, nous avons l'impression qu'un glissement sentimental faisait passer l'initiative du mourant lui-même à sa famille — une famille dans laquelle il avait désormais toute confiance. Aujourd'hui, l'initiative est passée de la famille, aussi aliénée que le mourant, au médecin et à l'équipe hospitalière. Ce sont eux les maîtres de la mort, du moment et aussi des circonstances de la mort.» (Ariès, 1975, 69).

Les décisions à prendre pour et avec les mourants ne sont pas purement techniques. Elles font intrinsèquement partie de l'événement de la mort. Selon le contenu et la modalité des décisions, certains auront la chance de bien mourir, maîtres de leur mort, ni seuls ni délaissés. D'autres mourront avant leur temps, sans avoir la chance de vivre leur mort. D'autres mourront trop tard, réduits à une survie biologique artificielle. Certains peuvent mourir sans avoir été prévenus ni éclairés, surpris en train de jouer la première scène alors que la pièce est sur le point de se terminer. D'autres, encore, peuvent mourir alors qu'ils auraient pu vivre.

Les décisions ayant de telles conséquences sont éminemment morales. Elles ne peuvent être prises sans faire appel à nos valeurs et nos croyances les plus profondes au sujet de ce qui est vraiment fondamental dans la vie humaine. Un tel sujet peut donner lieu à de profondes dissensions. Même si nous laissons de côté les questions de négligence, d'insensibilité, de contrôle incompétent de la douleur, d'intervention médicale irréfléchie, d'utilisation mécanique de la technologie et de paternalisme, «Mourir avec dignité» demeure un thème soulevant les passions à titre d'objet de polémique et symbole d'une recherche de consensus moral et social. Ce consensus, à ne pas confondre avec l'uniformité, est en train de se développer et laisse place à des opinions différentes des points de vue traditionnels.

«Mourir avec dignité» : un modèle

Mourir avec dignité est devenu un slogan utilisé pour s'opposer à des formes de prolongation de la vie biologique jugées dégradantes et inutiles lorsque l'exercice d'une maîtrise intelligente et personnelle sur sa propre vie n'est plus possible. Tous peuvent s'accorder pour considérer comme une dégradation de la dignité humaine le fait de traiter une personne comme un pur objet. Cet assentiment forme déjà la base morale de nos rapports avec les autres dans tous les stades de la vie. Le slogan «Mourir avec dignité» appelle au respect de ce fondement moral dans nos relations avec les mourants.

Blaise Pascal considérait que l'être humain demeure toujours supérieur à l'univers entier,

même lorsqu'il se soumet aux lois de la nature qui impliquent sa mort. Il en est ainsi parce qu'un être humain peut être conscient de sa mort alors que l'univers n'a pas conscience de ses activités. Même si la dignité de l'être humain ne réside pas uniquement en sa pensée, comment sa mort peut-elle en être l'expression si on ne lui laisse pas la chance d'y imprimer son sens personnel de la vie et de la mort ?

Dans un *premier sens*, mourir avec dignité signifie mourir sans tout cet appareillage technique et sans se préoccuper de prolonger la vie biologique de quelques moments, alors que la chose vraiment importante est de bien vivre ces derniers instants aussi pleinement, consciemment et courageusement que possible. Aider les gens à mourir avec dignité, c'est reconnaître que la vie biologique n'est ni un absolu, ni la valeur primordiale. C'est reconnaître qu'arrive un temps où les efforts technologiques pour prolonger la vie peuvent s'opposer à de plus grandes valeurs personnelles et qu'ils devraient alors céder le pas à d'autres formes de soins.

En *second lieu*, mourir avec dignité signifie mourir sans ces douleurs torturantes qui obnubilent quelqu'un et ne laissent de place pour rien ni personne. Il existe aujourd'hui des méthodes de contrôle de la douleur tout en maintenant le patient conscient. Mais il existe encore un écart important entre ce qui est fait et ce qui peut être fait. Plusieurs patients expérimentent encore une douleur suffisamment forte pour faire d'elle l'expérience dominante durant les derniers moments de leur vie. Inconscients, ils sont écrasés par la douleur. Cela est particulièrement dégradant dans un contexte où il est possible d'éviter une telle situation mais où certains médecins sont trop ignorants ou insensibles pour le faire. Dans son article traitant du contrôle et intitulé «The quality of Mercy», le docteur Marcia Angell parle de ce fait.

«Few things a doctor does are more important than relieving pain. Yet the treatment of severe pain in hospitalized patients is regularly and systematically inadequate. One study showed that 73 per cent of patients undergoing treatment for pain continued to experience moderate to severe discomfort. This is not for want of tools. It is generally agreed that most pain, no matter how severe, can be effectively relieved by narcotic analgesics. Why this inconsistency between what is practiced and what is possible?» (Angell, 1982, 306).

Troisièmement, mourir avec dignité veut dire mourir dans un environnement digne d'un être humain appelé à vivre ce qui pourrait être «sa plus belle heure». Quand nos corps, miroirs du monde pour nous, sont dans un état d'effondrement définitif, ce n'est pas nous élever en dignité que de nous placer dans une salle stérile dépourvue de toute forme d'art et de tous les objets riches de nos souvenirs. On n'améliore pas notre situation si nos derniers jours de conscience et de communication avec les êtres qui nous sont chers sont envahis par l'appareillage de la technologie destinée à prolonger la vie. L'environnement d'un mourant devrait clairement signifier que la technique médicale est passée à l'arrière-plan pour faire place au drame humain fondamental, le drame d'un être humain unique «luttant avec son Dieu», comme dirait le poète.

Quatrièmement, mourir avec dignité veut dire rencontrer les gens simplement, avec toute la richesse propre aux êtres humains. Dans les situations extrêmes, en temps de guerre, de catastrophe et de mort, notre humanité commune fait surface et nivelle les différences qui nous placent dans des classes de toutes sortes. Les rôles professionnels, les attitudes et les masques font partie de la vie à des moments différents et colorent les contacts humains. L'approche de la mort, cependant, c'est le moment unique de la vie qui fait appel à de véritables contacts personnels, à une communication qui exprime vraiment ce que nous sommes au-delà de notre façade professionnelle.

On ne peut mourir sans de véritables contacts humains. Mourir ne veut pas dire tout simplement «s'en aller». C'est une partie intégrante de l'acte de mourir que de réaliser ces contacts. Mourir est une façon particulière de vivre. C'est le moment privilégié pour aller au-delà de tous les masques, de tous les reflets fragmentés que nous projetons à travers nos divers rôles, professionnels ou autres, à travers nos préjugés ou toute autre limite restreignante ayant emprisonné notre esprit.

En *cinquième lieu*, mourir avec dignité est un art. Les Anciens parlaient de l'*ars moriendi*, de l'art de mourir. Mourir est un des arts d'exécution. Mourir peut être quelque chose qu'on exécute et non qu'on subit. C'est une action qu'on doit accomplir selon sa personnalité. Comment pourrait-il en être autrement puisqu'il s'agit de réaliser

l'accomplissement final de sa vie? Mais la vie étant un incessant processus de communication, cet accomplissement doit intégrer les proches. C'est pourquoi, bien mourir est un parachèvement important et difficile ; tout comme arrive un temps où une communication véritable et sincère soit la dernière chose qui compte réellement.

Sixièmement, mourir avec dignité veut dire mourir les yeux ouverts. Quand on meurt ainsi, on ne joue pas de jeu, on ne feint pas. On cherche et on s'encourage mutuellement à accepter ce qui arrive. On regarde la mort en face, on regarde aussi le désarroi possible, la profonde frustration et l'expérience du vide qu'entraîne le fait d'avoir à mourir maintenant. On regarde cette réalité en face. Un être humain qui peut faire cela est en avance sur sa mort et la dépasse déjà.

En septième lieu, mourir avec dignité veut dire mourir l'esprit ouvert. Les questions difficiles qui vont au cœur de nos rêves et de nos espoirs demeureront sans réponse au moment de notre mort. Mourir en persistant dans ces questions, en refusant de les enfermer dans un mythe qui les rendra inoffensives et les dépouillera de leur pouvoir d'éveiller un écho dans l'âme, c'est cela qu'exige mourir l'esprit ouvert.

J'ai déjà vu un vieil homme y arriver. Il s'est engagé dans la nuit avec un désir acharné de savoir. Il s'en est allé avec le sourire. Il était déjà rendu au-delà de ses questions.

En huitième lieu, mourir avec dignité veut dire mourir le cœur ouvert. On pourrait penser que la préoccupation pour autrui, le désintéressement sont le propre d'une jeunesse active qui a la vie devant elle et qu'au moment de la mort il serait temps de se préoccuper de soi.

Peut-être. La mort peut nous amener à des degrés divers de peur et d'anxiété qui peuvent diminuer notre champ d'ouverture vers autrui et rétrécir nos élans du cœur. Pourtant, j'ai rencontré une jeune femme qui maîtrisait sa peur et son anxiété. Elle est morte le cœur ouvert envers tous ceux qu'elle aimait et envers tous ceux qui avaient pris soin d'elle pendant la phase terminale de son cancer. Ce fut une expérience très singulière. Nous ressentons habituellement une grande compassion envers une personne jeune qui meurt de cette façon. Elle semblait ressentir une grande tristesse pour nous, une tristesse remplie de compréhension.

Parce que son cœur était ouvert envers nous en cette heure la plus difficile pour elle, elle ouvrit les nôtres les uns aux autres et nous donna un regain de confiance. Elle nous donna quelque chose d'elle-même qui dépassait sa mort et que cette dernière n'a pu nous enlever. Elle nous a amenés à vouloir vivre courageusement et les uns pour les autres.

Mourir devrait être un acte de vie, un acte d'intégration et un acte de communication. La compétence professionnelle est là pour nous permettre de réaliser ces actes. À ce moment, l'autorité professionnelle cède le pas à une nouvelle autorité, celle qui apparaît chez celui qui demande à mourir à sa façon et dans la dignité.

Mourir avec dignité : incertitudes et controverses

La réalité est toujours trop variée et complexe pour se conformer à une seule image de ce que veut dire mourir avec dignité. Le modèle peut convenir lorsqu'il s'agit d'un patient conscient et compétent. Cependant, comment respecter la dignité d'un patient inconscient ou incompétent? Que faire lorsqu'un patient pleinement conscient et raisonnable refuse un traitement qui aurait pour effet de prolonger sa vie? Que signifie respecter la dignité lorsque le patient est un nouveau-né sévèrement handicapé sur les plans physique et mental? Que demande ou permet le respect de la dignité quand les patients sont jeunes et dans un coma irréversible, ou âgés et atteints d'une sénilité, tout aussi irréversible? Ces situations et beaucoup d'autres placent les médecins, les infirmières et les familles au centre d'une spirale d'incertitudes et de controverses passionnées.

Le refus d'un traitement destiné à prolonger la vie

De nos jours, lorsque le cerveau d'un patient est endommagé irrémédiablement, peu de gens hésitent devant l'abandon d'un traitement qui pourrait prolonger sa vie. Les mêmes personnes hésiteraient cependant beaucoup plus à se conformer au désir du patient qui refuserait un traitement pouvant prolonger sa vie, parce qu'il sait que sa situation est très grave et irréversible.

Le Cogito cartésien est une valeur primordiale dans notre culture, elle en constitue même une norme morale. Cependant, pour plusieurs patients, tels les quadraplégiques ou les grands brûlés, pouvoir penser ne leur permet pas réellement de vivre. Dans la pièce «*Quelle vie?*», traduction de «*Whose Life is it Anyway?*» de Brian Clark, Joncas, le sculpteur qu'un accident d'automobile a rendu quadraplégique, refuse la cathétérisation, même s'il en a absolument besoin pour survivre. Le refus de Joncas est un rejet de la thèse qu'un être humain est avant tout un cerveau en bon état.

Nous trouvons difficile à accepter qu'une personne intelligente puisse refuser de vivre, même avec un handicap majeur, quand sa survie peut être médicalement et techniquement assurée. Ces dernières années, nous avons beaucoup parlé de l'autonomie des patients. Nous tentons de plus en plus d'assurer un support légal qui prolongerait sa vie lorsque le traitement n'est pas conforme à sa conception personnelle de la vie.

Cependant, nous ne trouvons pas toujours facile de vivre conformément à nos principes. En public, nous nous référons aux patients en termes d'autonomie et de liberté de choisir, alors que privément nous vivons souvent des situations où nous assumons une protection paternaliste.

Les patients dans le coma : les impératifs d'une situation exceptionnelle

Quelques rares individus sont sortis vigoureux et conscients d'un coma prolongé. Certaines familles et certains médecins éprouvent une forte tentation à transformer ces cas d'exception en règle générale et en viennent à affirmer : n'abandonnez jamais l'espoir ou le traitement. Les patients souffrant d'un déficit neurologique majeur ont habituellement besoin de mesures de survie draconiennes. Survient le dilemme suivant : si nous traitons énergiquement un tel patient, nous risquons de stabiliser ses fonctions vitales tout en échouant à le ramener à la conscience : ainsi, il peut être réduit à une existence purement biologique, à un état végétatif irréversible. Dans de tels cas, le «succès» d'un traitement énergique consiste en la stabilisation des fonctions vitales du patient. L'«échec» d'un tel traitement saute aux yeux : un patient irréversiblement comateux, maintenu

dans son coma à cause du succès de notre traitement. Nous avons laissé passer l'occasion de lui permettre de mourir en paix.

La sphère d'incertitude qui entoure ces décisions tragiques ne sera réduite qu'à l'aide de critères plus précis permettant de distinguer les patients qui ont des chances de sortir du coma de ceux qui n'en ont pas.

La sénilité avancée : faire tout ce qu'on peut faire?

La vie biologique chez les êtres humains est nécessaire à l'atteinte de plus hauts niveaux de développement et de réalisation. Bernard Lonergan a exprimé cette idée de la façon suivante :

«*Man develops biologically to develop psychologically, and he develops psychologically to develop intellectually and rationally. The higher integrations suffer the disadvantage of emerging later. They are the demands of finality upon us before they are realities in us.*» (Lonergan, 1957, 625).

Quand une personne âgée est dans un état irréversible de sénilité avancée, nous sommes témoins d'un développement inverse. Les intégrations les plus élevées auxquelles réfère Lonergan ne sont alors plus possibles, elles ont disparu. Ces personnes ne peuvent penser, raisonner, décider, choisir, parler, communiquer ou maintenir des relations interpersonnelles. Si ces activités les plus hautes et les plus spécifiquement humaines ne peuvent plus jamais être accomplies par ces personnes âgées, comment peuvent-elles exercer une force morale, se développer en fonction d'une finalité qui pourrait influencer les décisions morales du médecin? La question peut être posée plus durement : si la vie biologique de ces personnes âgées ne peut réaliser les finalités humaines les plus élevées, pourquoi faire des efforts majeurs pour maintenir une existence purement biologique? Pourquoi donner des antibiotiques destinés à guérir la pneumonie d'un patient atteint d'un état de sénilité avancée et irréversible? Devrions-nous faire une telle chose?

Les nouveau-nés gravement handicapés : les laisser mourir ou les aider à mourir rapidement?

Les unités de néonatalogie sont actuellement le théâtre d'un des débats les plus passion-

nés. Sous sa forme la plus dure, la question consiste à savoir si l'on doit ou non traiter énergiquement les nouveau-nés gravement handicapés. Il y a quelques années, la plupart de ces bébés seraient tout simplement morts assez rapidement. Comme peu pouvait être fait pour ces bébés, il y avait peu à décider.

Les choses ont changé, la médecine a progressé. Pour plusieurs de ces bébés, les déficiences congénitales n'entraînent pas nécessairement une mort directe et rapide. Leur vie peut maintenant être «sauvée» ou au moins prolongée de façon importante.

Dans certains cas, la survie résultant du traitement médical n'équivaut guère plus qu'à une prolongation de l'agonie. Les enfants anencéphaliques et hydronencéphaliques, les enfants présentant des déficiences neurologiques majeures et multi-systémiques en sont des exemples.

Dans d'autres cas, un traitement médical énergique et prolongé sauvera la vie du bébé. L'enfant, plus tard l'adolescent et le jeune adulte, sera plus ou moins gravement handicapé. Selon les circonstances, le handicap sera à la fois physique et mental. Les bébés atteints de spina bifida avec myélo-méningocèle en sont des exemples.

Dans une troisième série de cas, les bébés sont nés avec un défaut physique qui peut être traité avec succès mais qui s'avère mortel s'il n'est pas traité. Ces bébés sont cependant affligés d'autres types de déficiences qui n'entraînent pas la mort mais des handicaps sérieux et inguérissables. Ainsi sont les bébés atteints du syndrome de Down, ceux qu'on appelait autrefois mongols.

Ces cas soulèvent une série de questions sur le traitement, la prolongation de la vie ou le non-traitement. Ces questions méritent une discussion élaborée, trop longue dans les limites de cet article. Si nous croyons justifié moralement et médicalement de ne pas traiter certains de ces bébés, devons-nous alors les laisser mourir ou les aider à mourir rapidement?

Plusieurs cas récents en Angleterre et aux États-Unis ont provoqué des débats passionnés. Est-il plus justifiable de les laisser mourir que de les tuer directement et sans douleur? S'il est justifié de les laisser mourir, ce qui signifie souvent sans nourriture et sans soins médicaux, pourquoi le fait de les tuer sans douleur serait-il condamnable? Le résultat

final est le même et les tuer sans douleur semble une solution plus humanitaire que de les laisser languir pendant des jours et des semaines d'agonie.

Ce point de vue est chaudement contesté. D'autres, au contraire, soutiennent que les médecins ne peuvent assumer une entière responsabilité envers le soulagement des souffrances et qu'ils ne détiennent pas l'autorité leur permettant de tuer quand ils ne peuvent guérir.

Le patient incompetent : qui décide?

Qui a réellement la compétence, la responsabilité et l'autorité pour décider si un patient, incapable d'exprimer ou même de concevoir sa propre volonté, va recevoir des soins destinés à prolonger sa vie ou sera laissé à sa mort sans ce traitement? Si, au contraire du cas célèbre du Frère Charles Fox, le patient n'a jamais exprimé sa volonté personnelle sur un tel sujet, ou n'a pas eu la possibilité de le faire, qui décide si le traitement de survie sera évité ou arrêté? Le médecin? La famille? La Cour? Un comité d'éthique?

Toutes ces suggestions ont été faites pour répondre à notre question. Aucune prise isolément n'est adéquate, réaliste ou justifiable. Une décision prudente et sage prise au nom de patients incompetents ou inconscients nécessite la coopération de la famille, du médecin et de l'équipe infirmière qui ensemble trouvent la solution qui protège le plus le patient et sauvegarde sa dignité.

Conclusion

Les décisions en situation extrême font nécessairement appel à nos valeurs et nos croyances les plus profondes. De plus, même si nous partageons une humanité commune, les personnes sont uniques et souvent différent de façon notable à propos de ce qu'ils valorisent le plus dans la vie. Dans nos efforts pour édifier une éthique médicale sur la base de notre humanité commune, nous devons éviter d'échafauder une éthique dominante qui laisse peu de place aux minorités et à ceux dont la morale diffère de la nôtre. Dans nos efforts pour édifier une éthique respectant l'originalité, nous devons éviter la solution facile d'un relativisme qui ignore les liens et les possibilités de notre commune humanité!

RÉFÉRENCES

- ANGELL, M., 1982, The Quality of Mercy, *New England Journal of Medicine*, 98, 306.
- ARIÈS, P., 1975, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident : du Moyen-Age à nos jours*, Édition du Seuil, Paris.
- LONERGAN, B., 1957, *Insight a Study of Human Understanding*, New York, Longmans.

SUMMARY

"Dying with dignity" is little more than a slogan until its meaning is spelled out in guidelines facilitating

medical decisions that honor a patient's needs and wishes. The attempt to do this shifts "dying with dignity" to the center of a debate, as yet unfinished, on a series of issues.

When should efforts to prolong or save a patient's life be stopped? On what moral basis should these decisions be made? How is the responsibility to take such decisions to be shared? If it is morally justifiable to let a patient die, why is it not morally justifiable to hasten a patient's death?

These and other questions are still challenging society and professional communities to work out a defensible consensus to resolve difficult moral dilemmas in medicine today.