



Statement concerning euthanasia and physician-assisted suicide

Richard A. MacLachlan, MD, CCFP, FCFP Philip C. Hébert, MD, PHD, CCFP
for the Ethics Committee of the College of Family Physicians of Canada

The Ethics Committee of the College of Family Physicians of Canada (CFPC) introduces a new statement endorsed by the National Board of the CFPC on December 8, 1999, regarding assisted suicide and active euthanasia (see sidebar¹⁻⁵). This statement is a complete reworking of a 1990 statement entitled "The Dying Patient: Ethical Considerations for Canadian Family Physicians." This new statement has gone through numerous revisions and received suggestions from a variety of committees and individuals inside and outside

the CFPC. We believe it fairly represents the current ethical consensus regarding assisted suicide and active euthanasia. It cannot be the last word on these subjects because the debate concerning these practices continues to evolve. The CFPC issues this statement both to guide Canadian physicians and to promote dialogue and debate about ethically sensitive matters.

This new statement simply says that, at this time, certain medical practices for dying patients are relatively uncontroversial ethically and others

Statement concerning euthanasia and physician-assisted suicide

The College of Family Physicians of Canada (CFPC) distinguishes palliative care and appropriate decisions to forgo life-sustaining treatment from acts of assisted suicide and active euthanasia. Specifically:

- The CFPC *does not* support assisted suicide and active euthanasia, as they are illegal and controversial acts.
- The CFPC *does* support and recommend guidelines on appropriate end-of-life care and ongoing societal discussion of these issues by members of the CFPC, physicians generally, other health care professionals, patients, their families, and, indeed, all citizens in our society.^{1,2}

1. The goals of medicine are not only to cure disease and decrease suffering but also to provide the best possible end-of-life care, when cure is no longer possible.

2. Patients and families are due effective, comprehensive, and competent palliative care.* Such care strives to meet physical, psychological, social, and spiritual expectations and needs of those living with illness.³
3. Patients have the right to participate in decisions about their care. This includes the right to appropriate medical care[†] as well as the right to forgo life-sustaining measures.
4. A decision to withhold or withdraw certain treatments might result in the earlier death of a patient, but this consequence is ethically acceptable and legally permissible if carefully and thoughtfully made.[‡] Where a patient's wishes to have specific treatment withheld or care withdrawn run counter to the physician's own values and an impasse is reached, the physician must seek to transfer the patient to

another physician who might accommodate the patient.

5. Substitute decision makers for an incapable[§] patient should make decisions for the patient in accordance with the patient's prior expressed wishes or, if such wishes are unknown or not applicable, shall act in the incapable person's best interests (taking into consideration the patient's prior wishes, beliefs, and values, and the treatment's effect upon the patient's well-being and its balance of benefits and harms).
6. Physicians ought to seek clarification of a patient's views about care at the end of life by providing counseling and assistance in the area of advance care planning (living wills, mandates for health care, powers of attorney for personal care, proxy decision making). The goal of advance care planning is to encourage physicians,

are more morally contentious. Palliative care and decisions to forgo life-sustaining care are, with appropriate provisions and safeguards, ethically and legally acceptable. The more morally contentious practices are, of course, assisted suicide and active euthanasia, and physicians in Canada ought to avoid these practices at this time.

The committee believed it important to distinguish between these end-of-life practices to help guide and support front-line physicians caring for the dying and the critically ill. It reminds physicians not to abandon patients who are dying but to provide comfort to them, even if such measures might hasten death. Palliative care physicians know all too well, however, that the purported danger of "overdosing" a dying patient with drugs such as morphine is exaggerated and causes some physicians to undermedicate patients. Family physicians face very few professional hazards in this area, as long as the palliative treatment is proportionate to the patient's suffering; is not intended to directly cause death; and uses appropriate, symptom-directed, escalating doses of drugs.

Faced with implicit or explicit requests for assisted suicide and active euthanasia, physicians are encouraged to explore such requests with patients and their families and care providers. Often requests to accelerate death—and this can equally apply to requests to withdraw or not to provide life-sustaining care—are born out of patient suffering, loneliness, and despair. Not all of these patients are easy to treat, but sometimes they can tolerate the seemingly intolerable if they know someone *cares* for them. This means taking time to explore with patients the meaning of requests for death and what, if anything, can be done to help manage the whole spectrum of a patient's suffering.

Too readily acquiescing to requests for assistance to die (as such requests might arise out of temporary despair and reversible depression) can send a subtle message to patients: "You can't be helped because I cannot help you. Unfortunately, it is your time to die." Therapeutic nihilism regarding end-of-life care ought to be strenuously resisted, as a great deal can be done to improve care at the end of life.^{6,7} Clinicians

patients, and their significant others to discuss issues concerning death and dying; such discussions can better prepare patients for serious illness and encourage realistic end-of-life care.

7. It is sometimes claimed that treatment aimed at alleviating suffering might occasionally hasten a patient's death.⁴ This concern, especially pertaining to opioids, has been overstated. The reality is that the suffering of many dying patients is undertreated.
8. All care aimed at alleviating symptoms due to advanced, terminal disease is ethically acceptable and

legally permissible if administered to relieve the patient's suffering, if it is commensurate with that suffering, and if it is not a deliberate infliction of death.⁵

9. Acts intentionally causing a patient's death either by a physician (active euthanasia) or with a physician's help (assisted suicide) are to be distinguished from the appropriate practice of withholding or withdrawing life-sustaining care. Even if done out of best possible compassionate motives, the former practices are ethically controversial and illegal under the Criminal Code of Canada.

10. A patient's request for the deliberate infliction of death by a physician or with a physician's help ought not to be agreed to and calls for urgent attention by the physician. Such requests are often prompted by depression, poor palliation, isolation, and fear of abandonment. Input and consultation might be required from other health care professionals (such as a palliative care specialist, a social worker, an ethicist, a psychiatrist) for help in clarifying the patient's needs and exploring alternative ways of helping the patient.

*The College of Family Physicians of Canada's Palliative Care Committee is currently developing clinical guidelines for care at the end of life.

[†]Appropriate care means the care that a reasonable practitioner would provide. Patients or families might, at times, ask for treatment that, in the eyes of health care providers, is futile or inappropriate. Such differences in perspective ought to be subject to negotiation and discussion among patients, families, and health care professionals.

[‡]Such treatment decisions must be made by a capable patient and accord with the principles of informed choice, that is, the consent must relate to the treatment being declined, be informed, be voluntary, and not be obtained through misrepresentation.

[§]"Incapacity" means that the person, as regards treatment, is unable to understand the relevant information, appreciate the consequences of a decision or lack thereof, or express his or her wishes. All people are presumed competent unless there are reasonable grounds to the contrary. Incapable patients must have treatment decisions made for them by appropriate substitute decision makers.

need to recognize that requests to accelerate death are often cries for more help, not genuine requests to end life. Physicians who fail to provide appropriate medical treatment to critically ill patients might face professional or legal sanctions. (A physician in Toronto, Ont, was recently jailed for providing a lethal dose of drugs to a suicidal nonterminally ill patient.⁸)

The committee recognizes that death is not the worst fate for some patients; there are conditions of unrelieved suffering and imminent death that call for reducing treatment. Hippocrates recommended that physicians ought to cease treatment for patients "overmastered by their disease." Just when this point is reached is a matter of clinical judgment that is made more difficult because of the new technology of medicine. Results of the SUPPORT study have shown how challenging it is to change end-of-life care.⁹ Because we can do so much more in medicine these days, it is difficult to recognize when "enough is enough." Clinicians, patients, and families can, unfortunately, sometimes collude in overtreatment.

Decision making at the end of life is difficult and unlikely to get easier.¹⁰ But maybe that is how it should be. If decisions to limit care or to allow patients to die were ever to become easy or routine, we should all worry about medicine. This statement does not, and cannot, resolve the ethical debate over whether assisted suicide and active euthanasia could ever be a morally appropriate response to suffering. Oregon has legalized physician-assisted suicide and some empirical data are available on that experience.¹¹ That article joins an already rich literature on medical practices and attitudes in various countries regarding physician-assisted suicide.¹²⁻¹⁴ Physicians are encouraged to contribute to the ongoing debate on how best to manage end-of-life care.

The Ethics Committee and the CFPC hope you find this new statement regarding assisted suicide and active euthanasia helpful. We welcome your comments on it. ♦

Dr MacLachlan is Chair and Dr Hébert is a member of the College of Family Physicians of Canada's Ethics Committee.

Correspondence to: Dr Philip C. Hébert, Room A102, Department of Family and Community Medicine, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, 2075 Bayview Ave, Toronto, ON M4N 3M5; e-mail philiphebert@home.com

References

1. Law Reform Commission of Canada. *Euthanasia, aiding suicide and cessation of treatment*. Working Paper 28. Ottawa, Ont: Law Reform Commission of Canada; 1982.
2. Senate of Canada. *Of life and death*. Ottawa, Ont: Supply and Services Canada; 1995. p. 88-9.
3. *Canadian Palliative Care Association Standards Committee working definition of palliative care*. Ottawa, Ont: Canadian Palliative Care Association; 1995.
4. Senate of Canada. *Of life and death*. Ottawa, Ont: Supply and Services Canada; 1995. p. 31.
5. Young J. Chief Coroner of Ontario guidelines. In: Lavery J, Singer P. The Supremes decide on assisted suicide. *Can Med Assoc J* 1997;157:406.
6. Commentary from Alzheimer's Association, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American Association of Critical Care Nurses, et al. Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:526-7.
7. Veteran's Affairs Faculty Leaders Project for improved care at the end of life [webpage]: Washington, DC 1999. Available from: <http://www.va.gov/oaaf/ftp/spec/default.asp>. Accessed 2000 Jan 10.
8. *Her Majesty the Queen v Maurice Gilles Genereux*, (1999) OCA. Available from: <http://www.ontariocourts.on.ca/decisions/1999/index.htm>. Accessed 2000 Jan 11.
9. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). *JAMA* 1995;274:1591-8.
10. Hébert PC. *Doing right: a practical guide to ethics for medical trainees and physicians*. Toronto, Ont: Oxford University Press; 1996.
11. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalised physician-assisted suicide in Oregon: the first year's experience. *N Engl J Med* 1999;340:577-83.
12. Kissane DW, Steet A, Nitschke P. Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet* 1998;352:1097-102.
13. Van der Wal G, van der Maas P, Bosma J, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Havarkate I, et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996;335:1706-11.
14. Slome L, Mitchell T, Charlebois E, Benevedes JM, Abrama DI. Physician-assisted suicide and patients with human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1997;336:417-21.

...



La Déclaration sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide

Richard A. MacLachlan, MD, CCFP, FCFP Philip C. Hébert, MD, PHD, CCFP
au nom du Comité d'éthique du Collège des médecins de famille du Canada

Le Comité d'éthique du CMFC a le plaisir de présenter une nouvelle déclaration, endossée par le Comité de direction du CMFC, sur l'aide au suicide et l'euthanasie active (texte encadré^{1,5}). Il s'agit d'une refonte complète de l'énoncé du CMFC publié en 1990 et intitulé «Le patient mourant: considérations éthiques pour les médecins de famille canadiens». Cette nouvelle déclaration est le résultat de nombreuses révisions à la suite des commentaires de plusieurs comités et individus tant de l'intérieur que de l'extérieur du Collège. À notre avis, cette déclaration reflète fidè-

lement le consensus éthique actuel sur l'aide au suicide et l'euthanasie active. Ces sujets feront certainement l'objet d'autres déclarations parce que le débat se poursuit et continue d'évoluer. Le CMFC publie cette déclaration à la fois pour guider les médecins canadiens et pour stimuler le dialogue et le débat sur des aspects éthiques très sensibles.

Cette nouvelle déclaration précise simplement que, à ce stade-ci, certaines pratiques médicales entourant la fin de la vie sont relativement peu controversées du point de vue éthique, alors que

Énoncé de principe sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide

Le CMFC établit une distinction entre les soins palliatifs et les décisions appropriées de ne pas intervenir par des mesures extraordinaires, et les actes illégaux et controversés que sont l'aide au suicide et l'euthanasie active. Plus précisément,

- (a) Le CMFC *n'appuie pas* l'aide au suicide et l'euthanasie active qui sont des actes illégaux et controversés.
- (b) Le CMFC *appuie et recommande* que des lignes directrices appropriées soient adoptées concernant les soins aux mourants et que les membres du Collège, les médecins en général, les autres professionnels de la santé, les patients, leurs familles et tous les citoyens de notre société poursuivent la discussion sociétale de ces sujets^{1,2}.

1. La médecine a pour but non seulement de guérir la maladie et de soulager la souffrance mais également de procurer, au terme de la vie, les meilleurs soins possible lorsque la maladie devient terminale.

2. Les patients et les familles ont droit à des soins palliatifs compétents, globaux et efficaces.* De tels soins doivent répondre aux attentes et aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des personnes aux prises avec la maladie³.
3. Les patients ont le droit de participer aux décisions concernant les soins qui leur sont prodigués. Ceci comprend le droit à des soins médicaux appropriés⁴ ainsi que le droit de refuser les mesures extraordinaires.
4. Une décision de ne pas intervenir ou de refuser certains traitements peut abrégé la vie d'un patient; cette conséquence est toutefois acceptable des points de vue éthique et juridique à la condition que la décision soit éclairée et réfléchie⁵. Lorsque le patient désire ne pas recevoir de soins extraordinaires et que ce souhait vient à l'encontre des valeurs personnelles du médecin et crée, par le fait même, une impasse, le médecin doit alors transférer son patient à un autre médecin qui pourra répondre aux besoins du patient.

5. En cas d'incapacité⁶, le mandataire doit prendre les décisions en accord avec les désirs exprimés antérieurement par le patient ou, lorsque ces désirs ne sont pas connus ou sont non applicables, agir dans le meilleur intérêt de la personne inapte (prendre en considération ses désirs, ses croyances et ses valeurs tel qu'exprimés antérieurement, et tenir compte de l'impact du traitement sur le bien-être du patient en s'appesantissant les avantages et les inconvénients).
6. Le médecin doit clarifier les perceptions du patient quant aux soins à dispenser pendant la phase terminale de la maladie en prodiguant ses conseils et son aide dans le domaine de la planification des soins avancés (testament biologique, mandat pour les soins de santé, procuration pour les soins personnels, mandat pour les décisions). L'objectif de cette planification préalable est d'encourager les médecins, les patients et leurs proches à discuter des aspects entourant la mort et le mourir. De telles discussions ne peuvent que mieux préparer

d'autres sont davantage contestées moralement. Le premier groupe de pratiques, notamment celles qui touchent les soins palliatifs et les décisions entourant le refus de mesures extraordinaires, sont acceptables des points de vue éthique et juridique lorsqu'elles s'accompagnent de mesures et de précautions appropriées. Par contre, l'aide au suicide et l'euthanasie active sont des pratiques davantage contestées du point de vue moral et doivent être évitées par les médecins canadiens.

Le Comité d'éthique du CMFC insiste sur l'importance de clarifier les distinctions entre les diverses pratiques utilisées en fin de vie afin de guider et de soutenir les médecins de première ligne impliqués dans les soins aux mourants et auprès des malades en phase terminale. Il rappelle aux médecins de ne pas abandonner les mourants mais plutôt de contribuer à leur confort, même si de telles mesures peuvent accélérer la mort. Les médecins impliqués dans les soins palliatifs savent très bien que le prétendu danger d'administrer des doses excessives de médicaments comme la morphine à un patient mourant est exagéré au point de

pousser certains médecins à administrer des doses palliatives sous-optimales. Dans ce domaine, les médecins de famille sont exposés à très peu de risques professionnels, à la condition que le traitement palliatif demeure proportionné au degré de souffrance du patient, qu'il ne vise pas à causer directement la mort et qu'il fasse appel à des doses appropriées, progressives et suffisantes pour soulager les symptômes.

On encourage les médecins, lorsque confrontés à des demandes implicites ou explicites d'aide au suicide et d'euthanasie active, à explorer de telles demandes avec les patients, leurs familles et les soignants. De telles demandes pour accélérer la mort (ceci peut également s'appliquer aux demandes de ne pas intervenir ou de cesser le soutien artificiel de la vie) sont souvent le résultat des souffrances, de la solitude et du désespoir du patient. On ne peut pas demander aux mesures palliatives d'aplanir toutes les difficultés mais il arrive parfois que les patients tolèrent ce qui semble intolérable lorsqu'ils savent que quelqu'un *prend soin* d'eux. Il faut donc prendre le temps de clarifier avec les patients les demandes d'abrégier la vie et ce qu'on

les patients à affronter une maladie grave et favoriser l'application de soins réalistes pendant la phase terminale.

7. Le traitement visant à soulager la souffrance peut, dans certains cas, accélérer la mort du patient⁴. Cette préoccupation, qui concerne essentiellement les opiacés, a été amplifiée. En réalité, la souffrance de nombreux mourants est sous-traitée.
8. Tous les soins visant à soulager les symptômes dus à une maladie avancée ou terminale sont tout à fait acceptables des points de vue éthique et juridique, à la condition que l'intention soit de soulager les souffrances du patient, que les doses soient proportionnées au degré de souffrance et

que le fait d'infliger la mort ne soit pas délibéré⁵.

9. Il faut distinguer les actes médicaux visant intentionnellement à causer la mort posés par un médecin (« euthanasie active ») ou avec l'aide du médecin (« aide au suicide ») de la pratique appropriée de ne pas intervenir ou de cesser le soutien artificiel de la vie. Quels que soient les motifs de compassion, les pratiques mentionnées ci-dessus sont controversées du point de vue éthique et illégales selon les termes du *Code criminel* du Canada.
10. Le patient qui demande au médecin de poser délibérément un acte dans le but explicite de mettre fin à sa vie ou de l'aider à mettre fin à ses jours

exige une attention urgente de la part du médecin. De telles demandes sont souvent le résultat d'une dépression, de soins palliatifs inadéquats, d'isolement et de crainte d'abandon. Il faudra peut-être avoir recours à un consultant ou à un autre professionnel de la santé (p. ex. un spécialiste des soins palliatifs, un travailleur social, un spécialiste de l'éthique, un psychiatre) pour aider à clarifier davantage les besoins du patient et à explorer des solutions de rechange pour venir en aide au patient.

Il est résolu que le CMFC adopte l'énoncé de principe sur l'euthanasie et l'aide médicale au suicide. (12-4-98)

*Le Comité des soins palliatifs du Collège des médecins de famille du Canada travaille présentement à l'élaboration de lignes directrices pour les soins aux mourants.

⁴Par « soins appropriés », on entend les soins dispensés par un praticien raisonnable. Les patients ou les familles peuvent parfois demander des traitements qui, aux yeux des soignants, sont futiles ou inappropriés. De telles différences de perspective doivent faire l'objet de négociation et de discussion entre les patients, les familles et les professionnels de la santé.

⁵De telles décisions thérapeutiques doivent être faites par un patient apte et en accord avec les principes du choix éclairé, c'est-à-dire que le consentement doit être en rapport avec le traitement refusé, être éclairé, volontaire et ne pas être obtenu par fausse représentation.

⁸« Inaptitude » signifie que la personne, face à son traitement, est incapable de comprendre l'information pertinente, d'apprécier les conséquences d'une décision ou de l'absence de décision et/ou d'exprimer ses désirs. Toute personne est présumée compétente à moins de preuves raisonnables à l'effet contraire. Dans le cas d'un patient inapte, il appartient au mandataire de prendre les décisions thérapeutiques en son nom.

peut faire pour contribuer à soulager l'ensemble des souffrances vécues par les patients.

Consentir trop facilement aux demandes d'aide à mourir (de telles demandes peuvent surgir à cause d'un désespoir temporaire et d'une dépression réversible) risque d'envoyer un message subtil aux patients « On est dans l'impossibilité de vous aider parce que je suis incapable de vous aider. Malheureusement, votre heure de mourir est arrivée ». Il faut résister énergiquement au nihilisme thérapeutique entourant les soins de fin de vie puisqu'il existe de nombreux moyens d'améliorer la qualité des soins en phase terminale^{6,7}. Les cliniciens doivent reconnaître que les demandes pour accélérer la mort sont souvent des appels à l'aide et non des demandes véritables pour mettre un terme à la vie. Les médecins qui ne fournissent pas un traitement médical approprié aux patients dont la vie est en danger risquent de faire l'objet de sanctions professionnelles et légales. De fait, un médecin de Toronto a récemment été emprisonné pour avoir fourni une dose létale de médicaments à un patient suicidaire mais non atteint d'une maladie terminale⁸.

Le Comité reconnaît de toute évidence que la mort n'est pas le pire sort pour certains patients et que certaines situations de souffrances non soulagées et de mort imminente demandent un arrêt du traitement. Hippocrate a recommandé aux médecins de cesser de traiter les patients « complètement dominés par leur maladie ». La détermination de ce point critique relève du jugement clinique qui devient de plus en plus difficile à cause, entre autres, de la nouvelle technologie médicale. L'étude SUPPORT confirme à quel point il est difficile de changer les soins de fin de vie⁹. La médecine offre tellement plus aujourd'hui qu'il est difficile de préciser le moment de dire « assez c'est assez ». Les cliniciens, les patients et les familles peuvent, malheureusement, former une collusion qui entraîne une exagération thérapeutique.

Au terme de la vie, la prise de décision est difficile et peu susceptible de devenir plus facile¹⁰. Il est peut-être nécessaire qu'il en soit ainsi. Si les décisions de limiter les soins ou de permettre aux patients de mourir devenaient faciles ou routinières, nous devrions alors tous nous inquiéter de l'avenir de la médecine. Cet énoncé ne résout pas et n'offre pas toutes les solutions au débat éthique pour déterminer dans quelle mesure l'aide au suicide et l'euthanasie active *ne pourraient pas devenir* une réponse appropriée à la souffrance. L'Oregon a légalisé l'aide médicale au suicide; certaines données empiriques sont disponibles au

sujet de cette expérience¹¹. Cet article s'ajoute à une documentation déjà riche sur les attitudes et les pratiques médicales dans différents pays concernant l'aide médicale au suicide¹²⁻¹⁴. On encourage les médecins à participer et à contribuer au débat sur les meilleures façons de mieux prendre en charge les soins de fin de vie.

Le Comité d'éthique du CMFC ose espérer que cette nouvelle déclaration entourant l'aide au suicide et l'euthanasie active sera utile. Nous attendons vos commentaires. ♦

Les D^{rs} MacLachlan et Hébert sont président et membre respectivement du Comité d'éthique du Collège des médecins de famille du Canada.

Correspondance au: D^r Philip C. Hébert, Room A102, Department of Family and Community Medicine, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, 2075 Bayview Ave, Toronto, ON M4N 3M5; courriel philiphebert@home.com

Références

1. La Commission sur la réforme de la loi au Canada. *Euthanasie, aide au suicide et cessation du traitement*. Document de travail 28. Ottawa, Ont: La Commission sur la réforme de la loi au Canada; 1982.
2. Le Sénat du Canada. *Of life and death*. Ottawa, Ont: Approvisionnement et Services Canada; 1995. p. 88-9.
3. Groupe de travail de l'Association canadienne des soins palliatifs. *Définition des soins palliatifs selon les critères du Groupe de travail de l'Association canadienne des soins palliatifs*. Ottawa, Ont: Association canadienne des soins palliatifs; 1995.
4. Le Sénat du Canada. *Of life and death*. Ottawa, Ont: Approvisionnement et services Canada; 1995. p. 31.
5. Young J. *Lignes directrices 1996 du Coroner de l'Ontario*. Dans: Lavery J, Singer P. The Supremes decide on assisted suicide. *Can Med Assoc J* 1997;157:406.
6. Alzheimer's Association, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, American Association of Critical Care Nurses, et al. Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:526-7.
7. Veteran's Affairs Faculty Leaders Project for improved care at the end of life [page Web]: Washington, DC 1999. Disponible à: <http://www.va.gov/oaaf/flp/spec/default.asp>. Accès 10 janv. 2000.
8. *Her Majesty the Queen v Maurice Gilles Genereux*, (1999) OCA. Disponible à: <http://www.ontariocourts.on.ca/decisions/1999/index.htm>. Accès 11 janv. 2000.
9. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients: the study to understand prognoses and preferences for

- outcomes and risks of treatment (SUPPORT). *JAMA* 1995;274:1591-8.
10. Hébert PC. *Doing right: a practical guide to ethics for medical trainees and physicians*. Toronto, Ont: Oxford University Press; 1996.
11. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalised physician-assisted suicide in Oregon: the first year's experience. *N Engl J Med* 1999;340:577-83.
12. Kissane DW, Steet A, Nitschke P. Seven deaths in Darwin: case studies under the Rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. *Lancet* 1998;352:1097-102.
13. Van der Wal G, van der Maas P, Bosma J, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Havarkate I, et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996;335:1706-11.
14. Slome L, Mitchell T, Charlebois E, Benevedes JM, Abrama DI. Physician-assisted suicide and patients with human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1997;336:417-21.



Le Viagra et les cœurs brisés

Stephen Holzapfel, MD, CCFP, FCFP

Le sildénafil (Viagra) est un médicament de la pratique familiale. Il a fait passer la prise en charge active des problèmes sexuels masculins vers les soins de première ligne. La dysfonction érectile est un problème courant, dont l'incidence augmente avec l'âge, allant de 9% dans la vingtaine à 18% dans la cinquantaine¹. Une étude centrée sur la collectivité concluait que 52% des hommes âgés de 40 à 70 ans signalaient un certain degré de dysfonction érectile². Un homme sur dix rapportait «une impuissance complète». Ce chiffre augmentait de 5% à 40 ans pour atteindre 15% dès l'âge de 70 ans.

La dysfonction érectile figure parmi les problèmes associés aux affections communément observées dans les soins de première ligne, comme le diabète (60%), les maladies vasculaires (50%), les suites d'un infarctus du myocarde (40%), l'hypertension (20%), les accidents vasculaires cérébraux (35%) la dépression (35%), l'alcoolisme (35%) et le cancer traité de la prostate (de 30% à 70%). Il se peut également qu'il s'agisse d'un signe avant-coureur de ces affections. Une proportion aussi élevée que les deux tiers des hommes âgés qui ont souffert d'un infarctus du myocarde avaient une dysfonction érectile avant leur crise cardiaque. La perte de la capacité d'avoir une érection est souvent source d'inquiétude chez les hommes et leurs partenaires et se traduit par la détérioration de la qualité de vie et de l'état de santé, une baisse de l'estime de soi et de plus nombreux conflits dans les relations personnelles.

La première thérapie par voie orale d'importance notoire

Le sildénafil est la première pharmacothérapie d'importance par voie orale pour traiter la dysfonction érectile. C'est un inhibiteur spécifique

de la phosphodiesterase de type 5 de l'acide guanylique cyclique dont l'action empêche la désintégration de l'oxyde nitrique, un signal neuronal qui relaxe les artères cavernueuses permettant un influx accru de sang. Il produit une érection naturelle exclusivement en réaction à une stimulation sexuelle permettant à 69% des hommes impuissants³ de procéder à une relation vaginale complète.

Tôt après sa mise en marché, le sildénafil a suscité l'inquiétude chez les patients, leurs partenaires et les médecins, en raison de décès attribués à son usage. Le taux de mortalité dans l'ensemble des utilisateurs de sildénafil n'était pas plus élevé que celui prévu chez des hommes d'âge moyen ou avancé. Les couples peuvent se rassurer de savoir que le sildénafil n'est pas la cause de cardiopathies. La majorité des décès ont été associés à l'usage concomitant de nitrates, dont la dégradation est empêchée par le sildénafil. Ce médicament est un antidépresseur léger, qui a fait baisser la tension systolique de 8 mm Hg chez les sujets volontaires en santé⁴. Cet effet était quadruplé lorsque les sujets en santé prenaient des nitrates par voie sublinguale en plus du sildénafil, causant une hypotension symptomatique⁵. Aucune baisse n'était observée lorsque des inhibiteurs calciques étaient pris simultanément avec du sildénafil.

La Fondation des maladies du cœur, de concert avec la Société canadienne de cardiologie, a convoqué un groupe d'experts multidisciplinaires en vue de recommander des lignes directrices pour aider dans la prise en charge de la dysfonction érectile chez les hommes souffrant de cardiopathies (page 398). Ce guide de pratique classe les hommes en trois catégories de risque.

1. Les hommes souffrant de coronaropathie ou d'angine susceptibles d'avoir besoin de nitrates