



**maison de soins palliatifs  
de la rivière du nord**

---

**Consultation sur la question  
du droit de mourir dans la dignité**

**Mémoire présenté à la  
Commission de la santé et des services sociaux**

---

**28 juin 2010**

## **RÉDACTION**

Dre France Hoquet, CSSS Saint-Jérôme, membre de l'équipe médicale MSPRN  
Dr Jean-François Rouleau, CSSS Saint-Jérôme, directeur médical MSPRN

## **COLLABORATEURS À LA RÉDACTION**

L'équipe médicale de la Maison de soins palliatifs de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord

- Dr Richard Cartier, CSSS Saint-Jérôme
- Dre Nathalie Hébert, CSSS Saint-Jérôme
- Dre France Hoquet, CSSS Saint-Jérôme
- Dr Alain Nadeau, CSSS Thérèse de Blainville
- Dr Jean-François Rouleau, CSSS Saint-Jérôme
- Dre Suzie Vermette, CSSS Saint-Jérôme

Dre Marie-Christine Houde, médecin en soins palliatifs, CSSS Saint-Jérôme  
Dr Carroll Laurin, médecin en soins palliatifs, CSSS Thérèse de Blainville.

## **QUI SOMMES-NOUS?**

La maison de soins palliatifs de la Rivière-du-Nord est un organisme communautaire sans but lucratif qui accueille sans égard à l'âge, des personnes malades en fin de vie, principalement celles atteintes de cancer.

Dans ce milieu de soins chaleureux et à dimension humaine, nous avons pour mission d'améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches.

### **NOTRE PHILOSOPHIE:**

- 1) Nous voyons le patient comme un être à part entière, vivant jusqu'à la fin
- 2) Nous respectons les croyances religieuses et les valeurs culturelles, personnelles et sociales du patient et de sa famille
- 3) Nous sommes à l'écoute des besoins affectifs du patient et de ses proches et favorisons l'implication d'un personnel attentif et chaleureux
- 4) Nous reconnaissons la très grande valeur de la vie et considérons que la mort en est une étape normale
- 5) Nous suivons l'évolution naturelle et normale de la maladie, en nous abstenant de toute manœuvre indue visant à prolonger ou abrégé la vie
- 6) Nous croyons que le patient a droit à la vérité, à la dignité, à l'intimité et à la confidentialité
- 7) Nous valorisons le droit du patient de prendre des décisions éclairées et d'exprimer sa volonté quant au choix et à l'organisation de ses soins
- 8) La notion de qualité de vie qui guide nos interventions est celle définie par le patient lui-même
- 9) Respect, confort et dignité sont au cœur de notre engagement .

Notre clientèle est composée de personnes souffrant de cancer dans une très grande proportion. Nous accueillons aussi des gens souffrant d'autres maladies à issues terminales lorsque leur pronostic de survie est évalué à moins de 3 mois. Par ailleurs, les malades avec une évolution difficile à prévoir (maladie d'Alzheimer par exemple) sont rarement admis. Malgré cela, nous croyons fermement que cette philosophie peut s'appliquer à toutes situations de fin de vie.

## QU'EST-CE QUI A AMENÉ LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE À CETTE RÉFLEXION?

Les quarante dernières années ont amené d'importants changements dans notre société. Les valeurs passées d'obéissance à la foi et l'autorité chrétienne ont fait place à la valorisation de l'autonomie de l'individu. Nous sommes passés d'une société de devoir à une société de droit. La société actuelle valorise surtout la jeunesse, la santé et la productivité. Elle laisse peu de place aux gens limités par différents handicaps. À la limite, même la vieillesse n'est plus perçue comme une étape normale de la vie, mais plutôt comme un handicap...

La médecine a tout autant changé. La mort est de moins en moins naturelle. Les grands progrès technologiques ont repoussé ses limites entraînant fréquemment de grandes souffrances tant chez les malades que leurs proches. Même si l'acharnement thérapeutique est aujourd'hui une situation bien reconnue et encadrée par le consentement aux soins, beaucoup de gens auront été marqués par les dérives des années 70 à 90. Ayant en mémoire de pénibles souvenirs, ils ne veulent pas répéter ces expériences.

D'autre part, il est bien reconnu que certains médecins prescrivent des doses massives de médicaments avec l'accord de la famille dans le but avoué d'écourter l'agonie. Ceux qui en ont été témoins contribuent à véhiculer l'impression que l'euthanasie est possible.

Par ailleurs, les médias et la littérature ont aussi créé le mythe de la «mort douce». Ceci entraîne souvent des attentes peu réalistes puisqu'il est évident que cette étape ne peut se vivre sans souffrance, tout au moins existentielle.

En dernier lieu, notre société ayant de la difficulté à prendre soin de ses populations vulnérables (dont le nombre ira grandissant dans les prochaines années), certains pensent avec inquiétude que ceci contribue de façon plus ou moins consciente à l'émergence de cette réflexion... Pensons au vieillissement de la population, au manque criant de places en hébergement prolongé, au support insuffisant pour assurer le maintien à domicile et à l'explosion appréhendée des coûts de santé...

## VIVRE DANS LA DIGNITÉ

Au lieu de parler de mourir dans la dignité, ne devrions-nous pas plutôt parler de vivre dans la dignité? Nous voyons la personne vivante jusqu'à la fin. L'être humain conserve toute sa dignité lorsqu'il est accueilli sans jugement dans son individualité et dans son cheminement. Notre expérience nous montre qu'une fois la souffrance physique soulagée, notre accompagnement humaniste diminue de beaucoup les autres formes de souffrance amenant ainsi une baisse importante des demandes pour accélérer le décès. Lorsque rien ne fonctionne, nous utilisons la sédation palliative dans le continuum de nos soins pour soulager une souffrance intolérable quelle que soit sa forme (physique, psychologique, existentielle). Ce traitement est acceptable pour les soignants d'un point de vue éthique puisque l'objectif est le soulagement et non la mort.

Par ailleurs, la science des soins palliatifs est très peu connue, même de nos jours. La majorité des mourants n'ont pas accès aux soins palliatifs de bonne qualité. La population est mal informée et le personnel soignant est insuffisamment formé. Ceci contribue à l'insatisfaction de la population et à la diffusion de fausses impressions. Plusieurs craignent d'être transférés en soins palliatifs, croyant qu'ils seront abandonnés par la médecine et n'auront plus de soins médicaux... Plusieurs pensent aussi que les soins palliatifs aident à mourir, alors qu'en réalité nous aidons à bien vivre ce qu'il reste à vivre! Enfin, la sédation palliative est fréquemment perçue comme de l'euthanasie déguisée, ce qui est faux puisque le patient décède de sa maladie.

De plus, il est difficile pour les gens en santé de se projeter dans une situation où ils seraient en grande perte d'autonomie. Ils craignent ce type d'expérience, se sentant incapables de passer au travers... Cependant, lorsque les malades y sont confrontés réellement dans un environnement attentionné où ils conservent leur dignité humaine, beaucoup réalisent que le désir de vivre est bien plus fort qu'ils pensaient. Nous vivons régulièrement cette situation en soins palliatifs.

Enfin, l'acharnement thérapeutique est bien identifié aujourd'hui. Le Code civil québécois donne à chaque individu le plein pouvoir de décision sur le niveau de soins à recevoir. Cependant, il existe encore des situations courantes où nous prolongeons la vie indûment. De par leur nature d'accompagnement dans le respect, les soins palliatifs ont privilégié une approche individualisée depuis leur début. En généralisant cette approche, il y aurait beaucoup moins de situations où les gens perdent le contrôle sur le niveau de soins désiré.

Nous croyons donc profondément qu'il est possible de vivre avec dignité jusqu'à la fin, avec les outils actuels et une vision interdisciplinaire où le patient et ses proches sont au centre de toute intervention.

## **CONCLUSION**

Malgré tout, il y aura toujours des situations exceptionnelles où la vie n'a plus sa raison d'être... Dans ces rares exceptions, il pourrait être envisageable de l'abréger pourvu que cette décision soit prise dans le même continuum de soin.

Malheureusement, la reconnaissance de ce fait nous fait craindre une dérive... L'expertise en soins palliatifs de même que l'accès à certains soins spécialisés étant inégaux, cette solution pourrait être demandée et autorisée plus rapidement dans les équipes moins bien pourvues. Conséquemment, l'utilisation variable de ces moyens risque d'amener à la longue un relâchement, exposant un jour les personnes vulnérables à cette solution alors que d'autres avenues auraient pu être explorées.

Par ailleurs, les valeurs morales étant différentes d'un individu à l'autre, on ne peut exiger du personnel soignant d'aller à l'encontre des leurs. L'euthanasie et le suicide assisté exigent la collaboration de tierces personnes tant au niveau de la décision que dans l'application. Encore ici il pourrait y avoir des inégalités dans le moment où ces solutions seraient proposées tenant compte des individus impliqués.

En conclusion, nous pensons qu'il serait dangereux d'autoriser ces mesures. Nos gouvernements devraient en premier lieu bien informer la population et permettre que des soins palliatifs de qualité soient accessibles dans tous les lieux de prestation de soins.