

**Soins palliatifs et euthanasie: un esprit et des gestes inconciliables**

**Mémoire présenté à l'Assemblée nationale dans le cadre de la consultation générale proposée par la Commission spéciale sur «Mourir dans la dignité».**

**Michelle Dallaire**

**16 juillet 2010**

## Table des matières

Présentation de l'auteur	p.3
Résumé de l'exposé	p.4
Exposé 8 pages	p. 5-12
Coordonnées de l'auteur	p.13

## **Partie 1 : Présentation de l'auteur**

Je suis médecin en soins palliatifs depuis 1995. Je fais de la clinique et j'ai été chef du service des soins palliatifs de l'hôpital Notre-Dame du CHUM de 2000 à 2004. J'y exerce toujours

.

Je suis diplômée de l'université de Sherbrooke en médecin générale depuis 1975 et inscrite au Collège des médecins du Québec au # 76-363.

J'ai complété un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en bioéthique de 1992 à 1996.

Je suis professeur adjoint de clinique de la Faculté de médecine de l'UDM depuis 2000.

J'ai été responsable de la création et de l'organisation des programmes d'enseignement de l'éthique pour l'ensemble des résidents en médecine de l'UDM de 1997 à 2002.

J'ai 58 ans. Je réfléchis à ces questions depuis plus de 20 ans. J'ai suivi ce dossier dès le début lors les présentations organisées à l'IRCM avec Messieurs le Juge Beaudoin et David Roy et le D<sup>r</sup> Boisvert qui ont suscité notre réflexion. C'est d'ailleurs en relation avec ces enjeux éthiques que je me suis inscrite au programme de bioéthique de l'Université de Montréal. En 1995, j'ai participé à la réflexion faite par la Commission sénatoriale spéciale sur l'euthanasie et l'aide au suicide. J'ai lu alors de nombreux mémoires et le comité d'éthique regroupant les établissements sud-ouest de l'Ile<sup>1</sup> de Montréal, que je présidais, a produit un document écrit qui a été diffusé par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre<sup>2</sup> et une émission qui a été diffusée au Canal Savoir pendant 10 ans. Les enjeux sont sensiblement les mêmes qu'alors et il est important pour moi de vous transmettre cette réflexion poursuivie et approfondie depuis.

---

<sup>1</sup> Regroupement connu sous le nom de Géronto-Réseau du Sud- Ouest de Montréal.

<sup>2</sup> Ce document a été remis à Mme Véronique Hivon le 16 février dernier lors de ma visite à l'Assemblée nationale. Je faisais partie de la délégation de l'Association médicale du Québec.

## **Partie 2 : Résumé**

Est abordé ici exclusivement l'incompatibilité du geste d'euthanasie avec la pratique clinique des soins palliatifs et la pérennité de ceux-ci au Québec. L'exposé est divisé en 3 parties correspondant aux arguments évoqués.

**A** : L'œuvre des soins palliatifs se caractérise par un processus relationnel complexe qui se déroule dans le temps, ce qui ne correspond pas au caractère de radicalité du geste d'euthanasie.

**B** : L'engagement des professionnels et des bénévoles des soins palliatifs auprès des malades et des proches crée le lien de confiance qui donne du sens à la vie qui reste alors que l'euthanasie repose le plus souvent sur la perte de sens.

**C** : Introduire le geste d'euthanasie dans l'espace palliatif aurait des impacts négatifs importants sur la qualité de ceux-ci et sur l'accessibilité à ces soins.

En résumé, le geste d'euthanasie est inconciliable avec les soins palliatifs. Le geste d'euthanasie n'est ni un soin approprié, ni un soin tout court. Ce geste s'oppose à la philosophie de la médecine et des soins palliatifs qui fait la promotion d'une qualité de vie optimale pour permettre d'utiliser au mieux le temps qui reste. Ne pas hâter la mort, ne pas prolonger l'agonie. Donner au malade tout son temps. Il est incompatible avec le processus d'accompagnement car il détruit la communication et la relation. Il nuit à l'engagement professionnel et bénévole. Il dévalue la vie des personnes et contribue à la perte du sens de la vie d'une communauté. Introduire ce geste dans l'espace palliatif fragiliserait cet espace social précieux et pourrait même en provoquer l'éclatement.

Les expériences difficiles de fin de vie, que vivent encore de nombreux patients du Québec et leurs proches, continuent de miner la confiance dans le système de santé, poussant un grand nombre à envisager des solutions comme l'euthanasie et l'aide au suicide, solutions auxquelles ils ne penseraient pas si nous disposions de soins palliatifs compétents et accessibles. En effet, les patients en soins palliatifs font très rarement des demandes d'euthanasie et le plus souvent il s'agit d'appels à l'aide. Nous recevons plutôt des témoignages éloquentes de gratitude en reconnaissance des services rendus.

Si le geste d'euthanasie est imposé dans l'espace palliatif, il pourrait bien y avoir la perte de l'espace de solidarité sociale qui animait nos établissements de santé depuis plus de 35 ans. Ce choix est inacceptable. Au contraire, il faut agrandir cet espace pour former des soignants aguerris et compétents, pour approfondir la qualité de nos accompagnements, pour favoriser une recherche des méthodes de soulagement de la souffrance et accroître plutôt cette solidarité qui donne du sens à la vie et de l'espoir.

## Partie 3 : Exposé général concernant le « Mourir dans la dignité », les soins palliatifs appropriés et l'euthanasie.

### Introduction

En guise d'ouverture, je propose quelques commentaires sur l'usage délicat du concept de dignité<sup>3</sup>, délicat au sens où sa complexité rend son appréciation, sa compréhension ou son application embarrassant ou malaisé.

Si certains demandent à mourir dans la dignité, c'est qu'il y a des *contextes* où celle-ci semble leur manquer : mourir par exemple dans un environnement inadéquat (branché et intubé aux soins intensifs par exemple), ou dans la souffrance et l'isolement au domicile, sans aide suffisante. Il peut s'agir aussi d'un *sentiment* d'indignité *vécu* par la personne malade qui se voit irrémédiablement diminuée, ce qui la conduit à vouloir abrégé ses jours. C'est parfois le conjoint ou la famille épuisé par un accompagnement de fin de vie qui peut *transmettre* ce message d'indignité au malade. Ici la dignité à un *caractère dynamique* car elle est à la fois ressentie en soi et produite par les gestes d'autrui. Ce sentiment est donc *fortement variable* selon les circonstances et les proches disponibles pour nous accompagner. Ce sentiment peut même varier d'un jour à l'autre. Enfin le bien portant s'inquiète de tout ce qu'il entend sur la «*dite*» *perte de dignité* en fin de vie et il désire une *assurance-dignité* pour échapper à cette période ultime de sa vie si le besoin se présente.

Donc les significations du mot dignité sont multiples<sup>4</sup> et l'utilisation courante de ce mot devient dès lors périlleuse car il est bien difficile de savoir ce qu'en comprendra le récepteur. Et le temps n'est pas toujours disponible pour élaborer une discussion d'ordre philosophique. Ainsi vaut-il mieux considérer la dignité comme *intrinsèque* à tout être humain et appuyer notre réflexion et notre discours concernant la compatibilité des soins palliatifs et de l'euthanasie sur des arguments plus consistants.

Le geste d'euthanasie est habité de souffrance<sup>5</sup>. Il est radical. Il est fréquemment relié à un refus des processus normaux de vieillissement, à des incapacités diverses liées à la maladie chronique ou des handicaps. Il peut être la conséquence du sentiment de devenir un fardeau pour les proches ou la société.

---

<sup>3</sup> Voir à ce propos le mémoire que j'ai présenté à l'Assemblée Nationale le 16 février 2010 dans le cadre des auditions de la Commission de la Santé et des Services Sociaux en vue d'étudier la question du droit de mourir dans la dignité.

<sup>4</sup> Vanderpool, Harold. PhD. The Ethics Of Terminal Care, JAMA, fev.27, 1978, vol. 239, no 9.  
Verspieren, Patrick. De la dignité humaine. Novembre 1996; 1446-1453.

<sup>5</sup> Cassell Eric : «La souffrance est la détresse provoquée par une menace actuelle ou imminente à l'intégrité ou à la survie de la personne» 1991; Portenoy Russel K.: «La souffrance est une expérience globale adverse soutenue par de nombreuses perceptions négatives, dont l'une d'elle est la douleur». Dans : Les Annales des soins palliatifs, sous la direction de David Roy et Charles Henri Rapin, Douleur et antalgie. Centre de bioéthique, 1993 p.5-6

Il est généralement associé à une fermeture irréversible à l'offre d'autrui de communication et de relation. Il y a refus de l'aide proposée. Le geste d'euthanasie signe aussi une perte irréversible d'espoir d'une vie qui ait encore un sens. L'euthanasie est également souffrante pour les proches, les bénévoles et pour le personnel soignant qui peuvent se sentir rejetés ou coupables de ne pas pouvoir aider à trouver du sens au présent. Le Dr D. Lossignol, médecin qui a largement mis en place l'euthanasie en Belgique, décrit ainsi le processus d'euthanasie<sup>6</sup> : Se rendre à la pharmacie, remettre main à main une prescription de barbiturique et de curarisant au pharmacien, attendre la médication, remonter à l'étage, installer le soluté en expliquant au patient et à la famille le déroulement attendu, injecter la médication et constater le décès. J'ai ressenti une froideur technique et une grande solitude en écoutant ce récit, j'étais bien loin de la solidarité généralement vécue dans nos équipes de soins palliatifs lors des situations difficiles.

La question de l'euthanasie est très large. Les demandes viennent beaucoup de personnes qui ne sont pas en fin de vie, ni en soins palliatifs réellement actifs.<sup>7</sup> Par exemple, de personnes en santé effrayées par l'avenir, de personnes atteintes de maladie mentale (schizophrénie, maladie maniaco-dépressive,) ou des jeunes désœuvrés, sans abri, agressifs ou de personnes atteintes de maladies chroniques évolutives non terminales (sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, séquelles d'accident cérébro-vasculaire, arthrite rhumatoïde, etc.). Je ne compte pas discuter des raisons qui motivent ces demandes d'euthanasie car les soins palliatifs ici sont peu concernés. Néanmoins reconnaissons que ces personnes sont suffisamment souffrantes pour demander une assurance-mort (i.e. la mort sur demande). Il est donc extrêmement important de s'assurer qu'elles peuvent dès maintenant avoir recours à des ressources psycho-socio-spirituelles adéquates. Or j'observe que ce n'est pas le cas. N'y a-t-il pas là un devoir social à combler?

J'aborderai ici exclusivement l'incompatibilité du geste d'euthanasie avec la pratique clinique des soins palliatifs et la pérennité de ceux-ci au Québec. L'exposé sera divisé en 3 parties correspondant aux arguments évoqués.

**A** : L'œuvre des soins palliatifs se caractérise par un processus relationnel complexe qui se déroule dans le temps, ce qui ne correspond pas au caractère de radicalité du geste d'euthanasie.

**B** : L'engagement des professionnels et des bénévoles des soins palliatifs auprès des malades et des proches crée le lien de confiance qui donne du sens à la vie qui reste alors que l'euthanasie repose le plus souvent sur la perte de sens.

---

<sup>6</sup> Propos tenus lors d'une conférence à Montréal le 2 mai 2010 au Centre St-Pierre à Montréal

<sup>7</sup> Je veux écarter ici tous ces malades qui sont atteints de maladies chroniques, dont les capacités sont conservées et dont les symptômes sont contrôlés simplement par une médication simple (Aspirine, acétaminophène, anti-inflammatoire, etc.).

C : Introduire le geste d'euthanasie dans l'espace palliatif aurait des impacts négatifs importants sur la qualité de ceux-ci et sur l'accessibilité à ces soins.

### **A : L'œuvre palliative : un processus relationnel incompatible avec l'euthanasie**

L'œuvre palliative se déroule dans le temps à trois niveaux : celui du soin, celui du soulagement et celui de l'accompagnement. Le soin évoque une continuité d'aide. Le Larousse définit le soin sous quatre aspects. • «Être attentif, veiller à.» On pense à la mère qui berce l'enfant malade. L'esprit d'un processus apparaît au sens d'un déroulement dans le temps, au sens de durée. • «Charge, devoir de veiller à.» lequel soulève l'idée de prise en charge et de responsabilité. • Au pluriel : « Moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade», de l'aider à retrouver sa qualité de vie antérieure. • «Être aux petits soins pour. Avoir des attentions délicates.» Le soin a un caractère de don et il prend du temps (déplacements avec aide, positionnements répétés, la toilette, les massages, la coiffeuse...). Ainsi est-il évident pour nous que l'injection qui provoque la mort immédiate sur demande ne peut être considérée comme un soin.

Le soulagement de la douleur et des autres symptômes nécessite aussi du temps. Du temps pour observer les réactions du patient à la médication choisie, pour ajuster celle-ci, pour introduire si nécessaire une co-analgésie. Le choix de la médication diffère selon les pathologies, selon le métabolisme individuel et selon le patient qui exprime ainsi ses propres valeurs. Chaque traitement est spécifique et individualisé. Le soulagement des symptômes est tout de finesse. Il nécessite de la persévérance, de la prudence et de la compétence. L'objectif du soulagement est de permettre une qualité de vie optimale pour utiliser au mieux le temps qui reste. Ne pas hâter la mort, ne pas prolonger l'agonie. Donner au malade tout son temps. Le goût de la vie à ce moment est directement relié à la capacité relationnelle. Le soulagement approprié libère l'esprit prisonnier de la souffrance et ouvre le temps du dialogue.

*«Toute douleur déchire; mais ce qui la rend insupportable, c'est que celui qui la subit se sent séparé du monde; partagée, elle cesse au moins d'être un exil.»*

Simone de Beauvoir

Les soins palliatifs peuvent soulager les douleurs grâce à des moyens thérapeutiques très diversifiés. Ultiment, dans les situations de symptômes réfractaires, il sera possible de recourir à la sédation palliative, laquelle ne peut en aucune façon se confondre avec l'euthanasie. La sédation est en effet ponctuelle, réversible et vise le soulagement et non la mort. L'euthanasie brise à jamais la vie

relationnelle alors que les soins palliatifs offrent au malade qui le désire d'excellentes opportunités d'une fin de vie de qualité. Tel que décrit par le Collège des Médecins du Québec :

*«En de multiples cas, une fois la douleur physique écartée, la souffrance morale du patient peut se transformer en une réconciliation avec la vie, grâce entre autres à l'accompagnement; celui-ci est au centre de la mission des unités de soins palliatifs. Bien souvent ce que les patients désirent le plus, en phase terminale, c'est la considération authentique d'un soignant qui, par son dialogue, les aiderait à retrouver l'amour enfoui en eux et à mourir dignement.»*

Le Collège des Médecins du Québec<sup>8</sup>

Ces citations nous conduisent au troisième volet, celui de l'accompagnement. L'euthanasie est un geste d'abandon qui dit au malade tendant la main que je ne peux plus l'aider, ni le soulager. Mais il est possible de considérer la souffrance, inévitable en fin de vie, comme une crise. Assurément faire face à la mort n'est pas facile et constitue probablement la crise ultime à laquelle l'homme doit faire face. Vu positivement, Malherbe<sup>9</sup> en dit :

*«La crise est occasion de changement si elle vient au langage, si elle s'ouvre sur le récit»*

Permettre *«le récit»* demande au malade de trouver en lui la force de vaincre la maladie en acceptant l'aide de l'autre. Il faut donc un vis-à-vis qui écoute sans banaliser, sans juger, avec attention, prêt à saisir avec le malade le sens profond de son histoire. Un vis-à-vis à qui faire confiance. Cette ouverture de soi permet de relire le passé, de lui donner du sens et de rouvrir sa vie sur un avenir même court. Ce processus qui demande au soignant de la présence, du respect, du doigté aidera l'aidé à reconnaître les pertes et à cheminer à travers ses deuils en s'appuyant souvent sur des ressources encore inexplorées. Dans ces situations de détresse, chacun doit pouvoir penser à lui comme à quelqu'un qui est capable d'inventer une suite à sa propre histoire. Plusieurs diront : «Se dire c'est guérir» pour évoquer ce processus de l'accompagnement. Mais se dire, implique qu'un autre nous fait face. C'est reconnaître devant témoin sa fragilité, ses peurs de souffrir, de mourir, d'être abandonné, ses erreurs, ses culpabilités, ses limites pour trouver au-delà l'amour de l'autre qui nous rejoint tel que nous sommes. C'est bien ce qui va redonner sens.

C'est un travail difficile, mené de concert par les intervenants et les proches, que d'aider les malades à voir ce qu'ils apportent encore, toute la joie qu'ils peuvent encore vivre et donner. La souffrance s'estompe avec le retour du sens dans leur vie. Et ce travail de retournement ne peut être mené de front avec la perspective de l'euthanasie. Impossible de donner le temps de revivre en planifiant l'injection du

---

<sup>8</sup> Commission sur l'Exercice de la Médecine des Années 2000, dans Nouveaux Défis Professionnels pour le Médecin des Années 2000, Collège des Médecins du Québec, 1998, p.67.

<sup>9</sup> Malherbe, Jean-François. Pour une Éthique de la Médecine. Larousse. 1987 p.85-86.



lendemain. Et, il faut en convenir, cette démarche d'accompagnement ne fait partie d'aucun protocole d'euthanasie. Et pour cause : construire du sens détruit le besoin d'euthanasie.

### **Partie B : L'engagement relationnel des soignants et des bénévoles palliatifs est inconciliable avec le geste d'euthanasie.**

Les buts de la médecine ont donné lieu à de nombreuses réflexions et de multiples écrits. Retenons : Guérir, restaurer, maintenir, pallier et accompagner<sup>10</sup>. Tuer jamais. Dans un milieu de soins palliatifs, il est usuel de guérir de petits bobos, il est souvent difficile de restaurer, maintenir occupe beaucoup de temps, pallier et soulager également. Outre le fait de donner du confort, ces soins et thérapeutiques diverses contribuent, peu à peu, à développer avec le malade une relation de confiance. Celui-ci s'ouvre lentement et il devient possible pour lui de se raconter, de se dire et de guérir peu à peu à l'intérieur ces blessures qui éteignaient le goût de vivre. C'est la relation de confiance créée entre le malade et les soignants qui fonde la médecine et les soins palliatifs. Sans elle, rien n'est possible. Construire cette relation est très délicat. L'esprit du soignant doit être dégagé et ouvert à l'autre. Tout son être est tendu vers cette compréhension de la souffrance vécue par le malade et ses proches. Cette attention est la source du soin palliatif et est opposée à ce qui engendre l'euthanasie puisque les demandes d'euthanasie sont généralement des interrogations sur l'estime portée par autrui et des requêtes d'amour<sup>11</sup>. Grâce au relationnel qui se développe dans la relation soignant et malade, les soins palliatifs redonnent le goût de vivre. Cela pourrait expliquer pourquoi les demandes d'euthanasie sont si rares chez ces malades qui bénéficient de cette qualité de présence de leurs soignants. Les malades disent plutôt merci, merci et encore merci.

Mais imaginez ce que deviendrait ce climat et ces relations si l'euthanasie était associée à ce milieu palliatif. Si les malades ou leur famille étaient témoins de gestes d'euthanasie dans la chambre d'à côté. Ce serait la panique. Déjà certains malades et familles craignent que leur mort soit provoquée par les soins palliatifs. Il faut alors des trésors de patience pour leur expliquer la philosophie des soins palliatifs, et le fait qu'au contraire, ceux-ci vont les aider à profiter pleinement du temps qui reste. Introduire, de force quant à moi, l'euthanasie dans la culture palliative, c'est tirer à bout portant sur la sécurité qu'y vivent les malades actuellement, de même que sur le dévouement qui les nourrit. Ce serait compliquer dangereusement la possibilité de développer le lien de confiance avec le malade et, de là, les résultats attendus, de l'effort consenti par les professionnels et les bénévoles à l'amélioration de la qualité de vie du malade, seraient amoindris, voire sérieusement réduits.

---

<sup>10</sup> Hasting Center Report, Special Supplement, November-december 1996, 25 pages.

<sup>11</sup> Sebag-Lanoë, Les derniers actes du vivant dans E. Hirsh. Partir, l'accompagnement des mourants, Le Cerf, 1986.p.86

### **Partie C : Introduire le geste d'euthanasie dans l'espace palliatif aurait des impacts négatifs importants sur la qualité de ceux-ci et sur l'accessibilité à ces soins.**

Outre l'effet négatif sur l'engagement professionnel et bénévole, il y aurait un impact important sur la structure et la distribution des soins. L'esprit d'équipe est très fort en soins palliatifs. Les professionnels partagent l'organisation des soins et services entre eux. Ils construisent ensemble les plans de soins et discutent des orientations. Deux approches aussi distinctes (soins palliatifs et euthanasie) compliqueraient énormément le déroulement des journées. D'une part, la majorité des soignants palliatifs sont personnellement opposés à l'euthanasie. Introduire l'euthanasie au cœur de leur travail divisera les équipes en créant des conflits de valeurs importants et susceptibles de briser l'harmonie interdisciplinaire indispensable à ce travail exigeant. Si le but partagé disparaît, les gratifications disparaîtront aussi. D'autre part, les peurs des malades vont redoubler, ce qui demandera plus de temps, voire plus de personnel alors que celui-ci est déjà limité. À la longue, les insatisfactions professionnelles et bénévoles ne peuvent que conduire à du désengagement augmentant ainsi les malaises et la souffrance des malades et de leur famille. Autant le milieu palliatif est exceptionnel, autant il est fragile. Si la société juge que l'euthanasie est une belle façon d'aider les malades, il sera difficile de maintenir une qualité de soins susceptible de prévenir les demandes. Peu à peu, la qualité et la compétence pourraient disparaître dans le «À quoi bon?».

Par ailleurs, le milieu palliatif actuel est soumis aux mêmes contraintes que les autres secteurs du système de santé; *«tout indique que ...l'organisation de ce type de services accuserait d'importantes lacunes et souffrirait d'un manque de ressources appropriées<sup>12</sup>»*. *«L'évolution des soins palliatifs est profondément bouleversée par la montée des maladies chroniques qui, conjuguée avec le vieillissement de la population, met le système de santé à l'épreuve comme jamais auparavant. Au moins 70% des Canadiens n'ont pas accès aux soins palliatifs. Et même lorsque c'est le cas, cet accès est inéquitable<sup>13</sup>»*. Il s'y vit aussi un manque chronique de ressources en service social, ou en psychologie, ou en pharmacie et les infirmières y font du temps supplémentaire obligatoire comme ailleurs. La fatigue se fait sentir. La continuité des services est encore difficile entre l'hôpital et la communauté. Le personnel formé et compétent est rare. La mobilité quotidienne du personnel d'un service à l'autre y contribue. Toute pression additionnelle risque d'entraîner un éclatement des services de soins palliatifs.

Enfin l'avenir des soins palliatifs s'annonce déjà difficile. La population âgée augmente, il y aura donc augmentation des besoins palliatifs. Malgré des demandes répétées depuis 1981 et malgré une politique détaillée en 2004, 30 ans plus tard, les budgets nécessaires pour offrir une accessibilité à la population

---

<sup>12</sup> Politique en soins palliatifs de fin de vie. Gouvernement du Québec. 2004 p.25

<sup>13</sup> Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada : Monter la barre. L'honorable Sharon Carstairs, C.P. Le Sénat du Canada. Juin 2010 p.3

demeurent inadéquats<sup>14</sup>. Ce sous financement chronique risque de s'aggraver. Déjà les maisons de soins palliatifs sont financées à 50 % et plus par des donateurs privés. Pourront-ils donner toujours plus? Il est certain que l'euthanasie est un geste susceptible de plaire à ceux qui donnent priorité à l'équilibre budgétaire car les soins palliatifs, s'ils exigent peu d'équipement, nécessitent beaucoup de personnel spécialisé.

## **Conclusion**

En résumé, le geste d'euthanasie est inconciliable avec les soins palliatifs. Le geste d'euthanasie n'est ni un soin approprié, ni un soin tout court. Ce geste s'oppose à la philosophie de la médecine et des soins palliatifs qui fait la promotion d'une qualité de vie optimale pour permettre d'utiliser au mieux le temps qui reste. Ne pas hâter la mort, ne pas prolonger l'agonie. Donner au malade tout son temps. Il est incompatible avec le processus d'accompagnement car il détruit la communication et la relation. Il nuit à l'engagement professionnel et bénévole. Il dévalue la vie des personnes et contribue à la perte du sens de la vie d'une communauté. Introduire ce geste dans l'espace palliatif fragiliserait cet espace social précieux et pourrait même en provoquer l'éclatement.

Les expériences difficiles de fin de vie, que vivent encore de nombreux patients du Québec et leurs proches, continuent de miner la confiance dans le système de santé, poussant un grand nombre à envisager des solutions comme l'euthanasie et l'aide au suicide, solutions auxquelles ils ne penseraient pas si nous disposions de soins palliatifs compétents et accessibles. En effet, les patients en soins palliatifs font très rarement des demandes d'euthanasie et le plus souvent il s'agit d'appels à l'aide. Nous recevons plutôt des témoignages éloquentes de gratitude en reconnaissance des services rendus. Les familles sont profondément touchées par tous ces soins qui permettent à leur être cher de mourir sereinement.

Si le geste d'euthanasie est imposé dans l'espace palliatif, il pourrait bien y avoir la perte de l'espace de solidarité sociale qui animait nos établissements de santé depuis plus de 35 ans. Ce choix est inacceptable. Au contraire, il faut agrandir cet espace pour former des soignants aguerris et compétents,

---

<sup>14</sup> Voir Avis du Conseil des affaires sociales du Québec publié en 1981. Recommandations de la Commission de réforme du droit du Canada en 1983. Monographie de santé bien-être Canada 1984. Nouvel avis du Conseil des affaires sociales : Admettre la mort, l'affronter avec sagesse et humanité 1991. Recommandations de la Commission sénatoriale spéciale sur l'euthanasie et le l'aide au suicide 1995, recommandations qui ont été reconduites en 2000. Rapport du Conseil de la santé et du bien-être : Enjeux éthiques dans le secteur de la santé et du bien-être 1997. Rapport Lambert -Lecompte produit à la demande de l'Association québécoise des soins palliatifs 2000. L'Avis du Conseil de la santé et du bien-être : Pour une plus grande humanisation des soins en fin de vie 2003. Politique en soins palliatifs de fin de vie, Gouvernement du Québec, 2004.

pour approfondir la qualité de nos accompagnements, pour favoriser une recherche des méthodes de soulagement de la souffrance et accroître plutôt cette solidarité qui donne du sens à la vie et de l'espoir.

Michelle Dallaire

16 Juillet 2010

pour approfondir la qualité de nos accompagnements, pour favoriser une recherche des méthodes de soulagement de la souffrance et accroître plutôt cette solidarité qui donne du sens à la vie et de l'espoir.

Michelle Dallaire

16 Juillet 2010

Mayla Cabré travailleuse sociale (onco) HND-CHUM

Chantal Lessard Musicothérapeute Fondation Pall. Onco CHUM

Dorline Hébert infirmière aux soins palliatif HND-CHUM

Lucie Leduc infirmière soins palliatif HND CHUM

Hélène Desrois assistante inf. chef Soins Palliatifs HND CHUM

Linda Lhuiss infirmière soins palliatifs HND CHUM

Diane CHANCEL étudiante en soins infirmiers française

Robert Rouleau, Soins spirituels CHUM

12-3  
(suite)

pour approfondir la qualité de nos accompagnements, pour favoriser une recherche des méthodes de soulagement de la souffrance et accroître plutôt cette solidarité qui donne du sens à la vie et de l'espoir.

Michelle Dallaire  
16 Juillet 2010

- Nicole Rousseau Bénévole USP - Hôpital Notre-Dame
- Bonnie Bironnette Bénévole USP Hôpital Notre-Dame
- Rise Bibeart Bénévole USP Hôpital Notre-Dame
- LISE PAGE Bénévole soins palliatifs A.N.D.
- Monique Bernard Bénévole USP Hôpital Notre-Dame
- Gail Roy Bénévole - USP - Hôpital Notre-Dame
- Suzanne Lacourse Bénévole USP Hôp Notre-Dame
- Pierre Gauthier Bénévole USP Hôp Notre-Dame
- Marian Roy DG FONDATION PALLIATIVE