

Mémoire

De la coalition des médecins pour la justice sociale

À la commission spéciale
sur la question de mourir
dans la dignité

rédigé par docteur Paul Saba

2010-10-13

TABLE DES MATIÈRES

1. La coalition des médecins pour la justice sociale.....	3
2. Le Code de Déontologie des Médecins du Collège des médecins du Québec.....	3
3. Manque de compliance à la Loi.....	4
4. Manque d'encadrement.....	5
5. Le serment d'Hippocrate.....	6
6. Soins palliatifs.....	7
7. La vie—Le vrai choix	8
8. Références.....	12

La coalition des médecins pour la justice sociale

La coalition des médecins pour la justice sociale est un organisme comprenant des médecins du Québec qui fait la promotion du système de santé public, universel et gratuit. Nous existons depuis 1998 et nous revendiquons pour l'amélioration de notre système de santé. Nous voulons assurer que les plus vulnérables de notre société sont protégés.

La coalition s'interroge sur l'incohérence de la politique de Collège des médecins du Québec qui prétend protéger la sante et la vie des malades du Québec en appuyant le droit à l'euthanasie.

Le Code de Déontologie des Médecins du Collège des médecins du Québec

Le Code de Déontologie des médecins du Collège des médecins du Québec, nous donne les devoirs du médecin dans les articles suivants :

Article 28. Le médecin doit obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.

Article 29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes a leur compréhension de la nature, ... du traitement qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

Il est bien évident selon la recherche internationale que les protocoles et critères sur l'euthanasie ne sont pas respectés

Manque de compliance à la Loi

CMAJ - 15 juin 2010 : Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium.

C'est une étude de 6927 certificats de décès des patients entre juin et novembre 2007. 66 des 208 décès dus aux médicaments sont survenus sans consentement, sans demande libre et éclairée soit un pourcentage de 32%. La majorité de ces patients avait plus que 80 ans, une maladie autre que le cancer et ceux-ci étaient hospitalisés.

Dans le British Medical Journal, 2010 : Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases: 1 sur 2 des cas n'ont pas été rapportés aux autorités.

Dans l'article **British Medical Journal**, le 24 septembre 2005, dans le **Dutch Experience of monitoring euthanasia**, la moitié des cas n'ont pas été déclarés et la majorité de ces cas étaient associés à le manque de consultation avec un deuxième médecin.

Dans le British Medical Journal, 2 août 2008 : Une étude d'Oregon a démontré que 20% des patients souffraient d'un syndrome clinique de dépression. Aucun des patients n'a été référé pour une évaluation psychiatrique ou psychologique—un standard nécessaire pour assurer un consentement libre et éclairé.

Un article dans « Michigan Law Review par Hendin et Foley de Juin 2008 a évalué « Oregon Death with Dignity Act » d'une perspective médicale.

La loi nécessite les critères suivants :

1. La présentation aux patients de la possibilité des soins palliatifs.

Par contre seulement 13% des médecins ont recommandé des consultations en soins palliatifs.

2. La loi d'Oregon ne nécessite pas une évaluation Psychiatrique ou Psychologique malgré le fait que la dépression significative est associée avec 20% des patients qui demandent l'euthanasie.

De plus la majorité des patients qui demande le suicide assisté sont ambivalents quant à la mort.

Un livre écrit pour des professionnels de la santé par « Oregon University Center for Ethics » recommande que tous les cas pour suicide assisté par des médecins soient référés aux psychiatres. Seulement 4 % des cas ont été référés en 2006.

3. La loi nécessite que le patient doit avoir moins que 6 mois à vivre.

La majorité des médecins de l'Oregon se disaient incapables de prévoir avec précision l'issue du patient ou de se prononcer sur le pronostic. En effet un nombre significatif de patients vivent plus que leur pronostic de 6 mois. C'est un « coup de dés »

Manque d'encadrement

1. En Oregon, les médecins n'ont pas assisté dans 88% des décès comme prévus dans la loi.
2. Les informations de « Oregon Public Health Division » ne sont pas accessibles au public. Il n'y a aucune recherche ou évaluation indépendante—donc aucune vérification si les traitements étaient appropriés.
3. Il y a des organisations qui font la promotion du suicide assisté et aident les patients pour trouver un médecin qui est prêt à prescrire le médicament

pour mettre fin à la vie des patients. Donc en effet c'est du "shopping" pour trouver le bon médecin qui va prescrire le médicament fatal. Le dernier rapport en 1999 mentionne que dans 10 des 27 cas de décès par suicide assisté, les patients ont consulté un 2^e médecin et 8 des 27 cas ont cherché un 3^e ou 4^e médecin pour recevoir la prescription nécessaire pour mettre fin à leurs jours.

En résumé, l'expérience en Oregon démontre que la majorité des patients n'ont pas donné un consentement libre et éclairé selon les standards de la profession médicale et tout le processus manquait de transparence.

Le serment d'Hippocrate

La déontologie des médecins qui date depuis des milliers d'années est fondée sur le serment d'Hippocrate.

Il nous oblige d'agir en toutes circonstances pour la vie de notre patient et constate : « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, et je m'abstiendrai de tout mal, je ne remettrai à personne du poison et si on m'en demande je ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion... »

Donc, le serment d'Hippocrate est une police d'assurance pour le patient qui garantit que leur médecin agira pour le guérir et non pour mettre fin à ses jours.

Si le médecin ne peut pas guérir la maladie, il doit agir afin de soulager la souffrance.

Article 58. Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement approprié.

Pendant des siècles, les patients ont souffert. À notre époque nous possédons les outils nécessaires au soulagement de la douleur.

- pourquoi aujourd'hui il y a un mouvement pour l'euthanasie et le suicide assisté pour accélérer le décès des patients qui est en fait, un meurtre ou un homicide prémédité?

Soins palliatifs

Suite au développement des soins palliatifs, le suicide assisté et l'euthanasie ne sont pas nécessaires pour soulager la souffrance des patients. C'est acceptable d'augmenter les doses analgésiques telles que la morphine et les autres co-analgésiques et médications sédatives pour soulager la douleur. Les spécialistes en soins palliatifs, ici au Québec, ont développé un guide (**Guide pratique des soins palliatifs**) pour des patients souffrants de douleurs chroniques. La recherche a démontré que l'utilisation appropriée des médicaments contre la douleur n'accélère pas le décès des patients—même des patients en fin de vie. En effet, la recherche démontre que les patients qui reçoivent la morphine n'ont pas de raccourcissement de longévité. Nous préconisons le développement des soins palliatifs à la formation des médecins plutôt que le suicide assisté ou l'euthanasie. Malheureusement, seulement 20% des patients ont accès aux soins palliatifs au Québec.

Par exemple, au Campus Lachine où je pratique, il nous manque 4 lits de soins palliatifs qui nous étaient promis depuis 2008. Depuis plusieurs années nous sommes forcés de choisir par le nombre limité de nos lits les patients qui vont avoir accès aux soins palliatifs. Le gouvernement et l'agence nous a promis depuis 2008 une augmentation à 10 lits mais on est toujours en attente que les promesses sont réalisées. À travers le Québec il y a un manque de lit en soins palliatifs.

Cette politique de l'euthanasie vise davantage les plus vulnérables de notre société et ceux qui sont moins capables de s'exprimer (les plus malades, les

personnes âgées, les plus pauvres, les handicapés, les psychiatriques et les nouveaux-nés avec des handicaps).

LA VIE—LE VRAI CHOIX

Si les soins palliatifs peuvent soulager des patients en fin de vie avec les supports psychologique, infirmier et familiale, pourquoi devons-nous avoir recours à l'euthanasie ou au suicide assisté?

Article 4. Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.

Article 13. Le médecin doit s'abstenir de participer a une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population.

Article 43. Le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes ou la dignité de la profession.

Article 50. Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Article 60. Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation a tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient, eu égard à sa santé.

Donc, le collège ne peut pas changer par un comité la pratique des milliers de médecins au Québec qui refusent d'accepter que leur profession devienne une pratique d'euthanasie.

Dans la même perspective, notre parlement canadien ne doit pas légitimer l'homicide par un acte médical.

Article 40. Le médecin qui a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacé doit en aviser les autorités de santé publique concernées.

La charte des droits et libertés de la personne du Québec souligne en Article 1. « Tout être humain a droit à la vie...destiné à assurer sa protection - donc le droit à la vie est primordial.

On ne peut pas abroger le droit de la vie par une mauvaise interprétation de la liberté du choix. On a une obligation de protéger la vie dans le contexte du bien commun.

Article 9.1 Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

Par exemple, si un patient veut consommer alcool et conduire sa voiture— sa liberté de consommer est interdite par la loi pour protéger sa vie et les vies de ses co-citoyens.

Le médecin a une obligation de refuser toute demande inappropriée. Si un patient demande un médicament inapproprié à son médecin qui peut nuire à sa santé, ce dernier doit le refuser.

Donc, pour la même raison, la liberté du choix pour se suicider doit être refusée.

2^e article. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en

péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate...

Si une personne dit qu'il va sauter d'un pont—c'est illégal d'encourager un patient de se suicider, nous devenons complices.

Nos valeurs ici au Québec, la compassion et le bien-commun sont la base pour protéger nos co-citoyens et nos enfants.

Article 10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité des droits et libertés de la personne, sans distinction exclusion ou préférence fondée sur la race, couleur..., l'âge, la condition sociale, le handicap....

...il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

Donc, comme société nous avons une obligation à protéger les plus vulnérables, nos malades, les aînés, les psychiatriques et les plus pauvres.

Dans les expériences d'Hollande, le suicide assisté et l'euthanasie sont présentement étendus jusqu'aux enfants et les psychiatriques sans leur consentement, selon l'article du British Medical Journal 24 septembre 2005. Cela est devenu une boîte de Pandore. C'est une illusion de dire que le droit à l'euthanasie est une autonomie.

Pourquoi le virage vers le suicide assisté et l'euthanasie?

Est-ce que c'est pour contrôler les coûts de santé?

Est-ce que nous allons donner le choix de la vie ou de la mort aux bureaucrates qui ferment nos hôpitaux, nos CHSLD, qui limitent les nombres des lits dans nos hôpitaux et CHSLD—qui reçoivent des primes

pour la performance, l'efficacité et l'efficience—qui vont exercer la pression et coercition auprès des médecins pour libérer des lits? Comment? En encourageant les décès prématurés auprès des plus vulnérables de nos co-citoyens en fin de vie. On a déjà l'expérience en Oregon et ailleurs. Pourquoi pas ici?

Je répète : est-ce qu'on va laisser la vie des plus vulnérables, surtout les malades et personnes âgées, les dépressifs, les nouveaux-nés dans les mains des bureaucrates?

L'euthanasie tue le patient deux fois—le patient dit que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et nous répondons que vous avez raison, ensuite nous enlevons la vie au patient.

C'est un abus de la confiance de nos patients les plus vulnérables.

C'est un abus et discrimination contre leur vie.

Comme médecins et comme société, nous devons dire NON à l'euthanasie.

Références :

- British Medical Journal, 2010 : Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases
- **British Medical Journal**, le 24 septembre 2005 : **Dutch Experience of monitoring euthanasia**
- **British Medical Journal** , le 24 septembre 2005: Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients
- British Medical Journal, 2 août 2008 : Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians's aid in dying : cross sectional survey
- British Medical Journal, 16 juillet 2005: Dutch doctors adopt guidelines on mercy killing of newborns
- Michigan Law Review par Hendin et Foley de Juin 2008 : Physician – assisted suicide in Oregon : a medical perspective
- Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes – année 2008
- Le Code de déontologie du Collège des médecins – 22 juillet 2010
- La charte des droits et libertés du Québec – 1^{er} octobre 2010
- Death with dignity : a recipe for elder abuse and homicide
- Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law (J. Med Ethics 1994)

Chers Mesdames et Messieurs

Je vous remercie de m'avoir accordé la possibilité de vous transmettre un avis au sujet de l'euthanasie. En raison d'une autre obligation professionnelle je ne pourrai pas être présent ce soir pour faire cette présentation moi-même et je remercie mon collègue, le Dr. Paul Saba, pour m'avoir accordé quelques minutes de son temps pour lire mes pensées sur ce sujet.

J'ai l'honneur de travailler comme pneumologue et intensiviste à l'Institut thoracique de Montréal au Centre Universitaire de Santé de McGill (CUSM) depuis une vingtaine d'années. Nous desservons une population particulière de malades atteints de toute la gamme de maladies pulmonaires y compris le cancer de poumon et les maladies de types neuromusculaires comme la dystrophie musculaire et le sclérose latérale amyotrophique. Ces dernières pathologies sont mentionnées parce qu'elles sont de nature progressives et dégénératives et amènent ceux qui y sont atteints au décès prématuré ou à une vie qui dépend d'un traitement prolongé sur ventilation mécanique. Nous prenons soins également d'une population de malades qui se trouvent sur des ventilateurs mécaniques pour des raisons variables et pour des périodes prolongées, c'est-à-dire, des patients dépendent des soins médicaux et des soins infirmiers pour assurer tous leurs besoins. À première vue, il pourrait s'agir d'une population de patients qui demanderait une délivrance d'une souffrance prolongée, une population qui demanderait la possibilité d'avoir accès à l'euthanasie. Je voudrais vous faire parvenir mes expériences à travailler quotidiennement avec ce monde et vous expliquer comment ces expériences m'ont amené à m'opposer à l'institution de l'euthanasie au Québec.

D'abord pour qu'on se comprenne de façon précise, pour moi l'euthanasie veut dire l'administration d'un médicament ou un cocktail de médicaments dont le but est de mettre fin à une vie

Ronald Olivenstein, MD
Directeur Médicale Institut Thoracique de Montréal
Professeur agrégé en médecine
McGill University
514 934 1934 (32117)

dans un temps rapide. Je considère pas comme euthanasie un traitement dont le but est de soulager la douleur physique ou psychique et qui, de par sa nature, pourrait contribuer à un décès plus précoce, par exemple, l'administration de morphine pour soulager les douleurs chez un cancéreux. Ce type de traitement est courant dans beaucoup de milieux de soins de santé depuis des années et à mon avis n'aura pas besoin d'une législation particulière. Il existe également des procédures bien définies pour permettre à un patient de refuser un traitement qui pourrait prolonger sa vie ou de demander aux autorités médicales de retirer des mesures (ventilateurs etc.) qui les tiennent en vie contre leur bon gré. Il me semble qu'on ne parle pas de ce genre de procédures quand on parle de l'euthanasie. Pourtant pour le public il existe une confusion importante en ce qui concerne ces définitions et qui est en grande partie responsable de l'appui important accordé à l'euthanasie dans beaucoup de sondages.

Pour revenir sur mes expériences avec les patients atteints de maladies respiratoires incurables, je pourrais vous affirmer que ces patients ont besoin dans un premier temps avant tout d'un traitement professionnel et humain qui leur accorde tout ce qu'on est capable de leur fournir pour rendre leurs vies le plus confortable possible. Une fois que les patients comprennent que malgré leurs handicaps parfois dévastateurs qu'ils pourraient vivre avec une qualité de vie acceptable et pourrait continuer à communiquer avec leurs proches, d'écouter de la musique, de faire de la lecture, de regarder la télé et les films, et d'avoir leurs besoins quotidiens soignés avec tendresse et dignité, la grande majorité accepte, au moins pour une période de temps, de continuer la vie dans cette forme. Et pour ceux qui décident de ne pas continuer leurs vies sur un ventilateur mécanique, il existe également des moyens pour leur permettre de vivre leurs derniers jours avec un confort qui leur permette de continuer pour un certain temps à communiquer avec leurs proches jusqu'à ce que le mort les réclame éventuellement. Une

Ronald Olivenstein, MD
Directeur Médicale Institut Thoracique de Montréal
Professeur agrégé en médecine
McGill University
514 934 1934 (32117)

fois que le patient et la famille comprennent qu'on pourrait assurer une qualité raisonnable de vie et assurer une mort digne et confortable, je n'ai jamais entendu une demande soit par un patient, soit par leur famille de mettre fin à la vie avec une injection et cela dans toute ma carrière de vingt années à travailler avec cette population.

Si vous pouviez me permettre quelques anecdotes.... Brian, âgé de 29 ans est atteint d'une dystrophie musculaire. Il ne voulait pas se trouver sur un ventilateur mécanique pour le reste de sa vie malgré le fait qu'il savait que sa vie serait raccourcie. Or, lors de ses hospitalisations en répétitions pour défaillance respiratoire il avait observé ce qui se passait avec d'autres jeunes atteints de la même maladie dans notre Institut et a donné son accord pour une trachéostomie et une ventilation mécanique en permanence. Depuis cette intervention sa qualité de vie est beaucoup améliorée. Il est nourri surtout par gavage mais avait appris à manger aussi. Il a appris à parler et nous fait rigoler avec ses blagues. Il a quitté l'hôpital dans un fauteuil roulant équipé pour faire des courses sur la rue St. Laurent et pour voir les Canadiens au Centre Bell. Monsieur P... âgé de 82 est atteint de sclérose amyotrophique latérale et se trouve sur un ventilateur mécanique. Sa belle qualité de vie avant cette maladie et la présence des proches et des amis lui a persuadé de vouloir prolonger sa vie, même à cet âge, et il n'a pas de regrets. Il lit ses journaux quotidiennement, écoute son Mozart le matin, et reçoit des visites les après-midi. Finalement, Monsieur R... âgé de 63 ans était victime d'un accident qui l'a paralysé il vivait avec l'assistance d'un ventilateur mécanique. Il vivait sur l'étage de soins chroniques pendant 5 ans. Aucune plaie de peau grâce à de bons soins infirmiers sur l'étage. Un matin on a eu une conversation plus approfondie et je lui avais demandé comment il trouvait sa qualité de vie. Il m'avait répondu " Docteur décrivez moi votre matinée aujourd'hui. Alors j'ai répondu que je me suis levé à 6 :00, que j'ai rapidement pris ma douche et que

Ronald Olivenstein, MD
Directeur Médicale Institut Thoracique de Montréal
Professeur agrégé en médecine
McGill University
514 934 1934 (32117)

j'ai mangé quelques fruits dans la voiture parce qu'il fallait que j'arrive tôt sur le pont mais que malgré tout cela j'ai du attendre 45 minutes en fil et qu'à mon arrivée au travail j'ai donné un cours aux résidents puis j'ai couru pour faire la tournée sur l'étage de médecine. Il a souri et m'a répliqué que par contre il s'est levé à 8 :00, que deux gentilles dames lui a donné un bain, que son lavage s'est passée tranquillement, qu'il avait lu son journal et en même temps avait écouté du Beethoven. » Alors docteur », il a dit finalement, 'qui avait une meilleur qualité de vie ce matin « ? Six mois plus tard, il fut atteint de pneumonies en répétitions qui furent traités par antibiothérapie. Il a vu la qualité de vie rapidement détérioré et nous avons demandé de ne pas traiter la prochaine infection respiratoire. Un avis psychiatrique nous a confirmé qu'il ne s'agissait pas d'une dépression mais plutôt d'une expression claire de sa volonté. La prochaine pneumonie survenue, un traitement palliatif fut instauré et il est décédé plusieurs jours plus tard entouré de ces proches, avec confort et dignité. Il ne nous a jamais demandé de couper le ventilateur parce qu'il voulait passer le plus de temps possible avec sa famille.

La grande majorité des patients exprime plus d'inquiétude de souffrir que de mourir. Ils veulent une façon de mourir avec le moins de souffrance possible et d'avoir une qualité de vie la plus raisonnable pour la plus longue période possible. Si on ne les abandonne pas et ne les prive des moyens actuellement disponibles pour permettre une qualité de vie acceptable pendant leurs dernières jours ou dernières années, peu vont réclamer l'euthanasie. Dans mon expérience, je n'ai pas entendu de telle réclamation une fois que les patients sont assurés qu'on fera tout pour leurs assurer un confort acceptable. Si cette expertise n'existe pas partout il est de notre devoir de l'instaurer et de chercher une solution que peu de professionnelles de santé trouvent acceptable.

Ronald Olivenstein, MD
Directeur Médicale Institut Thoracique de Montréal
Professeur agrégé en médecine
McGill University
514 934 1934 (32117)

13 octobre 2010 OBJET: Memo au sujet de l'euthanasie

Mettons nos ressources à la disposition de nos intervenants de santé pour qu'ils puissent offrir une qualité de fin de vie digne de nos connaissances et de notre société.

Merci pour m'avoir accordé le temps de vous présenter mon point de vue.

Ronald Olivenstein, MD
Directeur Médicale Institut Thoracique de Montréal
Professeur agrégé en médecine
McGill University
514 934 1934 (32117)