

**LES MÉDECINS DE LA DIVISION DE GÉRIATRIE DE L'UNIVERSITÉ  
MCGILL**

**L'EUTHANASIE: UN CHOIX NÉFASTE POUR LA POPULATION  
QUÉBÉCOISE ET SON SYSTÈME DE SANTÉ**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À M. GEOFFREY KELLEY,  
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION SPÉCIALE  
SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ  
ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC**

**24 AOÛT 2010**

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DES AUTEURS.....	3
RÉSUMÉ.....	3
INTRODUCTION.....	4
LE CADRE ÉTHIQUE DE LA PRATIQUE MÉDICALE .....	5
EUTHANASIE : SES CONSÉQUENCES SUR LA QUALITÉ DES SOINS ET SES ABUS...5	
SOINS AIGUS EN MILIEU HOSPITALIER.....	7
SOINS À DOMICILE POUR PERSONNES AGÉES VULNÉRABLES.....	9
SOINS EN CENTRE D’HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE .....	9
CONCLUSION.....	11

## **PRÉSENTATION DES AUTEURS**

La Division de gériatrie de l'Université McGill comprend 21 médecins spécialistes en médecine interne et gériatrie et 14 médecins de famille avec une formation supplémentaire en gériatrie. Tous sont impliqués dans l'investigation, le traitement, la réadaptation et la promotion de la santé chez les personnes âgées et vulnérables. Ils œuvrent, pour la plupart, en milieu hospitalier de soins aigus mais font aussi de la consultation aux CSSS du RUIS de McGill et dans les Centres d'hébergement de soins de longue durée. Ils sont également enseignants auprès d'étudiants et résidents en médecine et plusieurs font de la recherche clinique.

## **RÉSUMÉ**

L'euthanasie est un sujet fort complexe. Son adoption implique un changement radical dans notre façon actuelle de pratiquer la médecine qui se base sur des principes éthiques où le respect de la vie est fondamental et le patient est au centre des soins prodigués. Le fait d'inclure l'euthanasie comme acte thérapeutique risque de miner la relation patient-médecin et de précipiter une cascade d'effets néfastes sur la qualité des soins. En particulier, il existe un danger réel de détérioration des soins généraux et palliatifs, souvent exigeants, destinés aux patients vulnérables, dont une large proportion de personnes âgées. Comme en fait foi une importante littérature médicale, si l'euthanasie est légalisée, les cas d'abus seront inévitables.

Plutôt que d'adopter l'euthanasie, nous proposons des solutions afin d'améliorer les soins aux personnes âgées. Ces bénéfices s'étendraient à tous les patients. Ces propositions ont le mérite de remettre le patient au centre du système de santé et de mieux adapter les soins aux patients. Ces projets préviendraient l'acharnement thérapeutique et rendraient les soins plus humains, sans se traduire par des coûts plus élevés. Ainsi, les demandes pour l'euthanasie diminueraient car, dans la majorité des cas, il s'agit d'un appel à l'aide dans un système devenu impersonnel.

## INTRODUCTION

Les médecins de la Division de gériatrie de l'Université McGill ont senti le besoin d'exprimer leurs opinions dans le débat actuel sur l'euthanasie et le suicide assisté car ils sont convaincus que l'inclusion de l'euthanasie comme modalité de soins pourrait conduire à une détérioration des soins aux personnes âgées.

Vaincre la souffrance est un objectif crucial pour tout médecin. Malheureusement, pour le partisan de l'euthanasie, c'est l'élimination du patient souffrant qui est proposée comme solution plutôt que celle de la souffrance. L'euthanasie est un sujet complexe qui comporte des dimensions philosophiques, éthiques, juridiques et sociétales, et qui inclue la question de l'exécution de l'acte lui-même. Plusieurs considèrent le médecin comme la personne la mieux placée pour exécuter cet acte. L'euthanasie inquiète les soignants et en particulier les médecins qui appréhendent le jour où ils devront choisir entre soulager la souffrance et causer la mort du patient. Accorder le droit d'enlever la vie est un bouleversement tellement radical dans la pratique médicale, que cet acte est source de tourment pour le médecin qui est formé pour soulager et apporter le réconfort<sup>1</sup>. Nous appréhendons aussi la réaction de nos patients, en particulier les personnes âgées, face au double rôle de leur médecin : prodiguer des soins et enlever la vie. La confiance qui existe chez le patient envers son médecin est si grande, qu'il importe de se demander comment cette relation serait affectée par le pouvoir nouvellement acquis de donner la mort. Par exemple, certains pourraient omettre de mentionner leurs symptômes de crainte de recevoir un diagnostic de maladie terminale, et de potentiellement faire face à l'euthanasie.

À notre époque, la demande pour l'euthanasie reflète davantage une demande pour des soins plus humains qu'un vrai désir de mourir. Le patient requiert des soins personnalisés et non un système où l'efficacité est devenue une priorité. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'on considère la personne âgée qui est fragilisée par des troubles cognitifs ou par la perte de capacité fonctionnelle. Celle-ci est souvent, inconsciemment, perçue en milieu hospitalier comme un fardeau pour le système qui doit rouler toujours plus vite. En effet, le milieu hospitalier est si mal adapté aux personnes âgées, qu'un tiers d'entre elles se détériore du point de vue fonctionnel lors d'un séjour à l'hôpital<sup>2</sup>. Ce problème résulte d'un manque de connaissances quant aux problèmes spécifiques des gens âgés, d'un personnel mal préparé à leur donner des soins et d'une infrastructure peu adaptée à leurs besoins. Dans un milieu impersonnel, l'euthanasie ne ferait que contribuer à une détérioration des soins pour le patient âgé.

C'est parce que nous considérons l'euthanasie comme une violation potentielle des droits de nos patients âgés vulnérables et comme étant néfaste à leurs soins que nous voulons prendre position contre la possibilité d'inclure l'euthanasie comme acte thérapeutique. Nous espérons, par le biais de ce mémoire, alerter les membres de la Commission sur ces faits et les sensibiliser à l'importance de repositionner le patient au centre de nos efforts afin de rendre les soins véritablement plus adaptés et humains, plutôt que d'envisager l'euthanasie.

---

<sup>1</sup> Kenneth R. Stevens Jr. Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *Issues in Law & Medicine*; Vol. 21, No. 3, 2006.

<sup>2</sup> Creditor M.C. Hazards of hospitalization of the elderly, *Annals of Internal Medicine* 1993, 118(3): 21-223.

## **LE CADRE ÉTHIQUE DE LA PRATIQUE MÉDICALE**

Depuis environ 2 500 ans, les médecins se sont basés sur le serment d'Hippocrate pour les guider dans l'exercice de leur profession. Bien que de nos jours le médecin ne prête plus serment, tous les codes de déontologie des corps régissant la pratique médicale dans le monde occidental, incluant celui du Collège des médecins du Québec (CMQ), s'inspirent du serment d'Hippocrate. Les principes qui le composent assurent un cadre éthique de haut calibre pour prodiguer les soins, enseigner la médecine et défendre la vie. Ce cadre éthique est aussi protégé par la loi canadienne en vigueur qui interdit de tuer. Ainsi, le praticien est encouragé à toujours prodiguer les meilleurs soins possibles et assure le patient de tout faire en son pouvoir pour l'aider, tout en respectant sa vie. Il prodigue des soins personnalisés en donnant au patient une place centrale dans le système de soins. Néanmoins, le médecin reste libre de considérer certains autres facteurs, tels que les coûts associés aux options de traitement, mais ceux-ci sont considérés comme des éléments secondaires par rapport aux besoins du patient. Dans un système de soins toujours aux prises à des ressources limitées, le médecin devient le défenseur du patient, qui lui fait confiance. Idéalement, tout Québécois devrait voir, en son médecin, un défenseur de ses droits, et devrait recevoir de sa part des soins de qualité tout en sachant, qu'en aucun cas, celui-ci ne lui causerait de torts ni ne lui enlèverait la vie. Cette confiance est essentielle pour établir un lien thérapeutique et pour le succès des soins. Considérant la longue tradition du cadre éthique qui a tant servi la pratique médicale depuis des générations, le médecin ne peut être qu'inquiet face à un changement aussi radical qu'est celui de pouvoir donner la mort au patient qui se confie à lui.

Il est à noter que la proposition récente d'inclure l'euthanasie dans les modèles de soins arrive à une époque de l'histoire où la médecine, plus qu'à tout autre moment, possède les moyens de soulager la souffrance. Alors, pourquoi introduire l'euthanasie dans notre pratique? Certains perçoivent peut-être que la tendance actuelle favorise l'acharnement thérapeutique. Pourtant, les médecins comprennent que nous ne pouvons offrir tous les moyens thérapeutiques mis à notre disposition et savent pertinemment qu'il n'est pas désirable de vouloir maintenir la vie à tout prix, puisque notre condition humaine comporte une finitude. Tout extrême, qu'il s'agisse de l'acharnement thérapeutique ou de l'euthanasie, est à éviter. Aujourd'hui, il nous faut déployer plus d'efforts pour la dissémination et l'application des principes éthiques déjà établis, afin de nous guider dans l'utilisation des technologies disponibles. Ces principes incluent celui de la proportionnalité des soins qui implique d'offrir des soins dont l'efficacité est reconnue et dont les bénéfices surpassent les risques encourus pour le patient considéré. Il existe également le principe de futilité de traitement qui dicte que nul n'est tenu d'offrir un traitement jugé inutile parce qu'il n'apporte aucun bénéfice au patient. Les gériatres se servent déjà de ces principes dans leur pratique pour choisir un traitement. Par ailleurs, il est à noter que selon le principe d'autonomie dicté par la loi, le patient ou son représentant peut refuser tout traitement qu'il juge inapproprié. Dans ce contexte, il devient évident que l'euthanasie n'a aucune raison d'être mais que des efforts sont requis pour que ces principes éthiques soient mieux connus et appliqués.

## **EUTHANASIE : SES CONSÉQUENCES SUR LA QUALITÉ DES SOINS ET SES ABUS**

Une des conséquences appréhendées de l'euthanasie est la détérioration de la qualité des soins, et ce, à plusieurs niveaux. En premier lieu, la relation patient-médecin risque d'être affectée. En effet, on peut imaginer qu'un patient se méfie de son médecin, face au pouvoir de celui-ci de donner la mort. Même si le consentement du patient est nécessaire pour l'euthanasie, certains

s'inquiètent, comme en témoigne le rapport présenté par le député Jean Leonetti à l'Assemblée nationale française. En effet, celui-ci décrit des cas de personnes âgées qui fuient les Pays-Bas pour s'installer en Allemagne<sup>3</sup>. Cette inquiétude est justifiée par des cas où l'euthanasie est maintenant pratiquée sur des bébés jugés très handicapés, par l'intermédiaire du Protocole Groningen<sup>4</sup>. Les cas d'abus et de non-respect des conditions stipulées dans la loi néerlandaise, à savoir une demande explicite de la personne ayant une maladie en phase terminale, sont importants. Ainsi, seulement 54% des cas de suicide assisté sont rapportés aux Pays-Bas et 1 cas sur 7 est pratiqué sans consentement<sup>5</sup>. Le danger de dérapage existe partout où l'euthanasie est en vigueur. Un article dans le journal de l'Association médicale canadienne rapporte que 2% des cas de suicide assisté en Belgique sont accomplis sans demande explicite du patient<sup>6</sup>. Le modèle de décision pour les enfants lourdement handicapés aux Pays-Bas s'étend déjà aux personnes âgées sans famille ou à celles qui ont perdu leur capacité décisionnelle, c'est-à-dire la personne âgée atteinte de démence<sup>7</sup>. C'est ainsi que des personnes âgées ayant encore les capacités de s'enfuir quittent les Pays-Bas. On peut aisément imaginer la détresse psychologique qui pousse une personne âgée à immigrer dans un pays étranger par peur de l'euthanasie... L'Association médicale canadienne et sa branche québécoise nous met en garde dans sa directive de 2007 contre tout changement de loi qui inclurait l'euthanasie car elle craint des dérapages similaires (item no.5)<sup>8</sup>.

L'euthanasie a également un effet néfaste direct sur la qualité des soins. En effet, la réduction de la qualité des soins découle naturellement de la déviation du cadre éthique traditionnel. Cet effet a été reconnu par l'ancienne vice-première ministre des Pays-Bas, la docteure Els Borst, qui a elle-même guidé la loi permettant l'acceptation de l'euthanasie par le parlement néerlandais. Tel que rapporté par les médias, elle conclut que l'euthanasie met en péril les soins palliatifs<sup>9</sup>. Cette détérioration des soins palliatifs peut s'expliquer par la propension humaine à choisir la voie la plus facile. Le praticien, face aux défis des soins de fin de vie de plus en plus exigeants, opte pour l'alternative la plus facile, soit de proposer la mort comme solution. Cette tendance, combinée au fait que les raisons de souhaiter l'euthanasie sont souvent d'ordre subjectif, culmine en une demande grandissante pour l'euthanasie. Bien que cet aspect de facilité soit difficile à documenter sans une étude spécifique, on ne peut qu'y voir une confirmation lorsqu'on considère l'augmentation du taux annuel des cas d'euthanasie au Pays-Bas, qui a atteint 13% entre 2008 et 2009<sup>10</sup>. Sans l'appui d'un cadre éthique et juridique qui interdit la pratique de l'euthanasie, on ne peut empêcher le médecin ni le patient d'y recourir lorsque les difficultés augmentent, ce qui explique les cas d'abus fréquents. Ainsi, la facilité de recourir à l'euthanasie

---

<sup>3</sup> Jean Leonetti. Rapport d'information Solidaires devant la fin de vie, n. 1287, tome 1, Assemblée nationale, décembre 2008, in Les inquiétudes que suscitent les législations et les pratiques issues de la légalisation de l'euthanasie, p. 136. Rapporté dans LibertéPolitique.com : <http://www.libertepolitique.com/respect-de-la-vie/5552-euthanasie-les-nations-unies-epinglent-les-pays-bas>.

<sup>4</sup> Verhagen E and Sauer PJJ. The Groningen Protocol – euthanasia in Severely Ill Newborns. *N Engl J Med* 2005; 352:959-962.

<sup>5</sup> Geroges RJD, Finlay IG, Jeffrey D. Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients. *Lancet* 2005;331:-684-5.

<sup>6</sup> Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ* 2010; 182:895-901.

<sup>7</sup> Sheldom T. Euthanasia endorsed in Dutch patient with dementia. *BMJ* 1999;319:75.

<sup>8</sup> Assoc Med Can. <http://www.cpsns.ns.ca/guidelines-policies/2007-euthansia-assisted-suicide-cma.pdf>.

<sup>9</sup> <http://www.nationalpost.com/Dutch+euthanasia+cases+taboo+fades/3179832/story.html>.

<sup>10</sup> Ibid.

comme moyen de contourner les exigences des soins terminaux mène à moins d'efforts pour développer des soins de qualité, recourir à des alternatives de soulagement de la douleur, trouver des ressources, faire de la recherche, innover, etc., ce qui conduit inéluctablement à la détérioration des soins. Cela peut même entraîner une attitude franchement commerciale avec des intérêts pécuniaires comme en font foi plusieurs sites internet de groupes pro euthanasie, tels que Dignitas et Exit International.

Enfin, on ne peut passer sous silence une des conséquences néfastes à long terme de l'euthanasie qui consiste à affecter le libre choix de continuer à vivre. Par l'intermédiaire de l'imprégnation de la mentalité euthanasiante dans la société, les personnes âgées aux prises avec des maladies chroniques et débilitantes se sentiront contraintes à recourir à l'euthanasie. La considération de leur maladie chronique débilitante, de leur âge avancé et de leur perte d'autonomie amènera les personnes âgées à penser qu'elles sont un poids pour leur entourage et à s'infliger le sentiment d'un « devoir mourir »<sup>11</sup>. Leur entourage pourrait aussi y contribuer par des allusions sur l'état de santé de la personne âgée vulnérable et sur la signification de sa vie de dépendance. Il est notoire que la dépression qui accompagne fréquemment la maladie chronique, l'isolement, le manque de ressources et de soutien familial sont des facteurs déterminants dans le choix de recourir à l'euthanasie<sup>12</sup>. C'est ainsi que la proposition de légaliser l'euthanasie conduirait à un effet paradoxal où le libre choix de continuer à vivre pour un individu aux prises avec une maladie débilitante serait réduit. Plutôt que d'encourager une attitude de compassion envers les personnes qui ont le plus besoin de notre assistance, l'euthanasie conduirait notre société à les marginaliser davantage, à leur faire sentir qu'elles sont inutiles, à nous rendre plus insensibles à leurs besoins et à leur proposer la mort comme seule alternative possible.

## **SOINS AIGUS EN MILIEU HOSPITALIER**

Il se dégage de la littérature médicale que les causes les plus profondes de demande d'euthanasie ne sont pas d'ordre physique mais plutôt existentiel et psychologique, dimensions pour lesquelles la médecine est de peu de ressources. C'est souvent une oreille attentive et une présence pleine de compassion qui font la différence. Elles donnent au patient le courage de continuer à vivre et de rechercher un sens à la vie malgré les souffrances, non pas tant physiques mais qui résultent du manque de contrôle, de la dépendance et du sentiment de fragilité<sup>13</sup>. Plutôt que de proposer l'euthanasie, les gériatres de McGill recommandent de soutenir les efforts et d'encourager les initiatives qui visent à rendre les soins plus humains et disponibles dans nos établissements de santé.

Avec l'amélioration des mesures sanitaires et des soins de santé du siècle dernier, nous avons assisté à une augmentation de la longévité et du nombre de personnes âgées dans notre société. Nos centres hospitaliers de soins aigus n'ont pas échappé à cette tendance. Nous avons compté au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) – et cela devrait être semblable pour les autres hôpitaux de la province – que 55% des lits, en dehors de la néonatalogie et des soins de transition, étaient occupés par des personnes de plus de 65 ans. Cette clientèle est prédisposée à présenter de multiples maladies chroniques, à être affectée par des troubles cognitifs et à souffrir

---

<sup>11</sup> Campbell J. A right to die? I'm more concerned that everyone has the right to live. *Times* 2004, Dec 2.

<sup>12</sup> Emanuel E J, Fairclough D. Desires related to euthanasia and physician assisted suicide among terminally ill patients *JAMA* 2000;284-2460-8.

<sup>13</sup> Chochinov HM et al, Understanding the Will to Live in Patients Nearing Death. *Psychosomatics* 46:7-10, 2005.

d'un niveau élevé de dépendance. L'hôpital présente pour les patients âgés un « milieu hostile » car un tiers d'entre eux y perd une part de sa capacité fonctionnelle<sup>14</sup> et plusieurs y développent une confusion aiguë, appelée délirium. Ces complications ne sont pas dues aux effets de leur maladie aiguë mais bien aux effets adverses de la thérapie moderne hautement technologique et aux pratiques hospitalières conçues pour une population plus jeune. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail reconnu a fait des recommandations pour un hôpital mieux adapté aux personnes âgées<sup>15</sup>.

Nous avons, au niveau de la Division de gériatrie de McGill, recensé la littérature médicale de ce domaine et, en se basant sur le modèle proposé par l'ONU pour un environnement ami des aînés, avons proposé le concept de l'hôpital pour tous les âges au Ministre pour les aînés, madame Marguerite Blais. Nous recommandons que les hôpitaux bénéficient de l'approche gériatrique pour promouvoir la santé, la dignité et la participation des personnes âgées hospitalisées et de leurs familles aux décisions sur les soins. Ce concept est basé sur cinq principes fondamentaux : 1) un environnement physique novateur qui répond aux besoins des personnes âgées et de leur famille; 2) une tolérance zéro envers l'âgisme à tous les niveaux de l'organisation par l'enseignement et la diffusion d'information; 3) le développement d'une approche intégrée de soins utilisant des programmes réputés efficaces, tels que HELP pour les unités de soins<sup>16</sup> et ISAR pour l'urgence<sup>17</sup>; 4) l'assistance pour déterminer le niveau de soins le plus approprié afin d'éviter les complications associées aux interventions et d'empêcher l'acharnement thérapeutique; et 5) la promotion du lien entre la communauté et l'hôpital pour faciliter la continuité des soins et prévenir le retour des personnes âgées à l'urgence. Nous estimons que le coût du concept d'hôpital pour tous les âges devrait être neutre et que dans le meilleur des scénarios, il devrait contribuer à épargner de l'argent au système de santé. Ce sont des projets semblables que le gouvernement devrait appuyer et non l'euthanasie. Ces initiatives pour améliorer les soins feraient en sorte que les personnes âgées hospitalisées et les autres patients se sentiraient soutenus dans leurs maladies et ne souhaiteraient pas l'euthanasie.

## **SOINS À DOMICILE POUR PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES**

D'après la consultation provinciale entreprise par le Ministère des aînés, il est clairement établi que les personnes âgées préfèrent rester à domicile plutôt que d'être placées en hébergement<sup>18</sup>. Par conséquent, la grande majorité de nos personnes âgées vivent à domicile, malgré un état important de dépendance, due aux effets concomitants d'un âge avancé et de maladies chroniques. Afin d'y demeurer, elles requièrent des services à domicile supportés par nos réseaux de santé, mais aussi par des organismes bénévoles et par les membres de leur famille. Malgré une amélioration de la politique de la santé dont ces personnes âgées devraient bénéficier, mieux connue sous l'expression de virage ambulatoire, les ressources consacrées à

---

<sup>14</sup> Cf. Ref. 2, supra

<sup>15</sup> Kergoat MJ. L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence déposé au MSSS par le CSSS-IUGS et l'IUGM. Montréal; L'Institut; 2010.

<sup>16</sup> Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM Jr. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Dec;48(12):1697-706.

<sup>17</sup> McCusker J, Verdon J, Tousignant P, Poulin de Courval L, Dendukuri N, Belzile E, Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline; Results of a multi-centre randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 49(10):1272-1281, 2001.

<sup>18</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>.



cette tâche demeurent insuffisantes<sup>19</sup>. La pénurie de médecins se fait sentir de façon plus marquée auprès de cette population, en raison de leur état de santé précaire. De plus, il semble y avoir des inégalités d'un CLSC à l'autre quant au budget alloué et aux ressources dont les personnes âgées bénéficient. Pourtant, des programmes réputés efficaces existent, tels que SIPA à Montréal<sup>20</sup> et PRISMA à Sherbrooke<sup>21</sup>. Malheureusement, ils ont été abandonnés, faute de soutien financier.

Étant donné le soutien gouvernemental insuffisant, les familles doivent assumer une plus grande partie des responsabilités afin de combler les besoins grandissants du patient âgé fragile. Il en résulte des coûts supplémentaires, associés aux soins privés et aux pertes financières encourues par la nécessité de s'absenter du travail. Il en découle également un isolement social pour l'aidant ainsi qu'un stress provenant des exigences de soins qui le dépassent. Ainsi se bâtit une situation angoissante et naît un syndrome communément appelé épuisement de l'aidant<sup>22</sup>. Récemment, ce problème a pris tellement d'ampleur, que des réseaux sociaux se sont développés au Québec pour contrer cette situation ([www.reseaudesaidants.org](http://www.reseaudesaidants.org)). L'euthanasie, si elle était adoptée, aurait le potentiel de pousser des soignants épuisés vers une décision regrettable. Notre recommandation est donc de continuer à investir dans les services à domicile, afin de les améliorer et de les rendre plus disponibles aux patients et à leur famille. Ainsi, nous préviendrions les situations désespérées, propices à la demande d'euthanasie.

### **SOINS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

Environ 2.5% des personnes âgées vivent en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) en raison d'un état de dépendance. Pour la majorité de ces individus, la perte d'autonomie survient lors de la phase préterminale de leurs maladies chroniques, qui peut être considérée comme phase palliative. Il convient donc de donner à ces patients les soins de confort appropriés, tout en respectant leur dignité. Il s'agit d'un moment privilégié de la vie, au cours duquel nous pouvons démontrer que notre société a atteint un haut degré de civilité en se préoccupant du sort de ses citoyens les plus vulnérables. Les soins palliatifs gériatriques ont leur propre spécificité car plusieurs aspects diffèrent des soins palliatifs développés pour répondre aux besoins de personnes en phase terminale de cancer. Par exemple, lors d'une admission en CHSLD, il est nécessaire de souligner auprès du patient et de sa famille, l'importance d'une approche palliative plutôt que curative et d'établir un niveau de soins qui inclue des interventions proportionnées. Les démarches pour établir le niveau de soins sont décrites dans une publication du CMQ<sup>23</sup>. En CHSLD, les défis posés par la démence rendent cette tâche plus délicate et affectent directement la qualité des soins. Plus de 50% des résidents en CHSLD sont déments et

---

<sup>19</sup> Gagnon E et al. Les impacts du virage ambulatoire: responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001 ([http://www.fcrrs.ca/final\\_research/ogc/pdf/gagnon\\_f.pdf](http://www.fcrrs.ca/final_research/ogc/pdf/gagnon_f.pdf))

<sup>20</sup> Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield M, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J. Gerontol: Med Sci*, 61A (4):367-373, 2006.

<sup>21</sup> Hébert R, Durand Pj, Bubuc N, Tourigny A. PRISMA : a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *Intern J. Integrated Care*, Vol 3, March 2003.

<sup>22</sup> Van den Heuvel ETP. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clin Rehabil* 2001;15:669-677.

<sup>23</sup> Baillargeon I, Montreuil A. Les soins de fin de vie... parlons-en avant qu'il ne soit trop tard. *Le Médecin du Québec* 2009;44 :39-44.

ne peuvent donner un consentement éclairé<sup>24</sup>. L'évaluation et le traitement de la douleur est un véritable défi pour cette clientèle aux prises avec des troubles cognitifs. Une recherche spécifique devrait être consacrée à l'évaluation de la douleur chez le patient dément, à sa tolérance aux analgésiques, et aux effets secondaires qu'il peut ressentir. Étant donné la complexité des cas, le manque de ressources et le peu de connaissances sur les approches palliatives appliquées à des maladies autres que le cancer, nous assistons autant à des phénomènes d'âgisme qu'à de l'acharnement thérapeutique. Nous pouvons être témoins de douleurs mal contrôlées ou de transferts vers des milieux de soins aigus qui mèneront à des interventions invasives offrant peu de bénéfices, tels que l'insertion de tubes percutanés de gavage, pourtant futiles dans les cas de démence<sup>25</sup>. Avoir une approche bien adaptée ne se traduit pas nécessairement par une augmentation des coûts. A titre d'exemple, il existe un besoin énorme de revoir la polypharmacie des patients âgés et de réduire leurs multiples médicaments afin de prévenir le risque d'effets secondaires et de diminuer les dépenses encourues. Malheureusement, ce milieu fait face à une pénurie de médecins et plusieurs de ceux qui y pratiquent sont mal préparés pour répondre aux défis d'une clientèle âgée avec de multiples maladies chroniques en phase terminale.

Une bonne formation du personnel soignant permettrait de donner des soins mieux adaptés et plus humains. Les médias nous rapportent parfois des cas dramatiques d'abus mais ceux-ci sont souvent la manifestation d'un manque de personnel, car ceux qui y travaillent sont dépassés par la lourdeur de la tâche. Au bout du compte, ce sont les personnes âgées qui en payent les conséquences. Il manque de personnel pour s'occuper de donner à manger aux bénéficiaires. Ainsi, lorsque le temps alloué aux repas est court, la personne ne mange pas à sa faim, ce qui conduit inévitablement à la malnutrition, atteignant 50% des résidents<sup>26</sup>. Les compressions des années 90 ont réduit le budget alloué à l'alimentation et les CHSLD du Québec, contrairement à ceux des États-Unis<sup>27</sup>, n'ont pas de politique pour le suivi de l'état nutritionnel des patients hébergés. Des efforts ont lieu pour améliorer les soins dans les CHSLD mais l'introduction de l'euthanasie pourrait venir miner ces démarches. Il s'agit d'un milieu qui pose des défis énormes pour les soignants et où le besoin de soins humains et respectueux se fait sentir de façon plus pressante étant donné le type de clientèle vulnérable. Ouvrir la porte à l'euthanasie dans cet environnement mettrait fin à la possibilité de soins vraiment humains.

---

<sup>24</sup> Canadian Study of Health and Aging. Canadian study of health and aging: Study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J.* 1994; 150: 899-913.

<sup>25</sup> Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:580-4.

<sup>26</sup> Keller HH. Malnutrition in institutionalized elderly: how and why? *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1212-8.

<sup>27</sup> Thomas DR, Ashem W, Morley JE, Evans WJ. Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline. *J Gerontol Med Sci* 2000;55:M735-M734.

## CONCLUSIONS

Nous avons exposé les différents aspects qui préoccupent les médecins de la Division de gériatrie de McGill si l'euthanasie venait à être légalisée. Étant donné les moyens mis à notre disposition pour soulager la douleur, les principes éthiques pour prévenir l'acharnement thérapeutique et les risques de dérapage associés à la légalisation de l'euthanasie, nous considérons qu'il n'y a pas de justification valable pour changer la loi et y inclure le droit de mourir. Il y aura toujours une minorité d'individus persuadés qu'ils s'octroient davantage d'autonomie en ayant le droit de décider de se donner la mort pour alléger leurs souffrances – davantage morales que physiques – mais cette demande doit être considérée à la lumière du danger existant pour les personnes vulnérables ou sans défense qui pourraient subir un sort qu'elles n'ont pas recherché. Pour ces patients, dont beaucoup de personnes âgées, l'autonomie augmentée de quelques uns se ferait au détriment de leur liberté. Qui plus est, l'effet néfaste de l'euthanasie sur la qualité des soins, et en particulier les soins palliatifs, rend ce changement de législation nocif pour la majorité de nos patients, de sorte que l'euthanasie devient un risque beaucoup plus important que la compassion pour quelques-uns.

Plutôt que d'adopter l'euthanasie, nous avons présenté des pistes de solution pour améliorer les soins aux personnes âgées, dont plusieurs aspects bénéficieraient à la population en générale. Ces propositions ont le mérite de remettre le patient au centre des soins de santé et de lui faire sentir que, malgré son état de dépendance, il mérite tous nos soins. Des soins plus adaptés et plus humains, voilà ce qu'il faut encourager dans notre système de santé, si nous comptons contrer la demande pour l'euthanasie. Comme nous l'avons exposé précédemment, derrière la demande pour l'euthanasie se cache une demande pour de meilleurs soins.