FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

CSMD – 212M
C.G. – Question de mourir dans la dignité

MÉMOIRE DE LA FMOQ

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

Le 24 août 2010

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec), H3G 1R8
Tél. : (514) 878-1911; interurbain sans frais : 1 800 361-8499; télécopieur : (514) 878-4455

TABLE DES MATIÈRES

LA FMOQ 3

INTRODUCTION 4

A. L'EUTHANASIE 6

1. **Existe-t-il des situations où il est justifié de recourir à la pratique de l'euthanasie ?** 6

   a) Consultation réalisée auprès des médecins omnipraticiens 6
   b) Définir les soins de fin de vie appropriés 8
   c) Le refus et la cessation de traitement 9
   d) L'acharnement et l'abandon thérapeutiques 9
   e) Le soulagement de la douleur n'est pas de l'euthanasie 9
   f) La sédation continue ou terminale n'est pas de l'euthanasie 10
   g) Commentaires concernant les soins de fin de vie actuels 10

2. **L'euthanasie pourrait-elle être considérée, dans certaines situations, comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie ?** 12

3. **Êtes-vous pour ou contre la légalisation de l'euthanasie ?** 13

4. **Si l'euthanasie était légalisée ici, quels critères seraient-ils essentiels de retenir en ce qui a trait aux éléments suivants?** 13

   a) Qui pourrait demander l'euthanasie ? 13
   b) Qui pourrait la pratiquer et où ? 14
   c) Quelle procédure devrait être suivie ? 15

5. **Pensez-vous qu'il y a des risques de dérives ?** 15

6. **Selon certains, la légalisation de l'euthanasie pourrait ébranler la relation de confiance que la personne a développée avec son médecin. Quelle est votre opinion à ce sujet ?** 16

B. LE SUICIDE ASSISTÉ 16

CONCLUSION 17

LA FMOQ

Constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe 19 associations affiliées et représente l'ensemble des quelque 8 000 médecins omnipraticiens exerçant leur profession dans toutes les régions du Québec.

La FMOQ a pour mission d'étudier et de défendre les intérêts économiques, sociaux, moraux et scientifiques de ses associations constituantes et de leurs membres.

Depuis sa création, la Fédération propose, entreprend et poursuit, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde de la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine, à l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper les médecins omnipraticiens sur l'échiquier des services de santé au Québec. En matière d'organisation de services et de politiques liés à la qualité de notre système de santé et de services sociaux, la FMOQ a toujours été soucieuse de partager son expertise. Elle a à cœur tant l'intérêt des médecins que celui de la population en général. Elle aspire à la viabilité d'un système de santé fiable, efficace et performant.

La FMOQ négocie également, depuis plus de quarante ans, les conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens québécois avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle conclut avec lui les ententes relatives à ces questions dans le cadre de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec.*

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre une part active aux consultations particulières se rattachant à la question du droit de mourir dans la dignité.

INTRODUCTION

La FMOQ salue le courage des parlementaires de lancer une vaste consultation publique sur la question du droit de mourir dans la dignité. De multiples aspects de la vie et de la mort sont en cause : la vie comme une valeur fondamentale de notre société, l'autonomie comme une valeur individuelle et la souffrance comme une réalité généralement associée à la fin de la vie.

Bien que des sondages d'opinion réalisés au Québec auprès de la population, des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes au cours des deux dernières années suggèrent des tendances assez favorables face à l'euthanasie, aucun sondage, quel qu'il soit ne saurait remplacer les discussions que nous devons avoir sur les questions délicates qui se soulèvent face aux conditions entourant la mort dans notre société. Un sondage ne permet pas d'exprimer toutes les nuances et les modulations d'une opinion sur le respect de la vie, la mort dans la dignité ou l'euthanasie. Ce n'est d'ailleurs pas son but.

Les médecins omnipraticiens québécois sont certainement les médecins les plus exposés aux questions que soulève la Commission. Que l'on parle de soins palliatifs ou, plus généralement, de soins en fin de vie, les médecins omnipraticiens sont concernés au premier chef et ils constituent, dans ce secteur d'activités, le cœur des ressources médicales disponibles.

Le document de consultation produit par cette commission spéciale cerne adéquatement les grands enjeux impliqués et constitue une excellente base pour rendre la réflexion commune plus productive. Cependant, même si le document porte sur la question de mourir dans la dignité, il soumet une série de questions qui portent spécifiquement sur l'euthanasie, le suicide assisté et l'aide à mourir. Ce n'est qu'indirectement qu'il met en cause les soins de fin de vie appropriés.

Le mémoire que la Fédération présente à la Commission exprime les idées d'une majorité de médecins omnipraticiens. En semblable matière toutefois, les opinions ne peuvent être unanimes. La Fédération tient à préciser qu'elle respecte les points de vue de chacun. Au terme des consultations et des analyses auxquelles elle s'est prêtée, la FMOQ demeure convaincue que la discussion ne doit pas se restreindre aux seules questions de l'euthanasie et du suicide assisté. Il est essentiel que la discussion englobe les soins de fin de vie, car ce n'est qu'à travers ceux-ci que l'on pourra mettre en perspective la question de l'euthanasie. Un examen de conscience collectif s'impose concernant les conditions d'accompagnement et de soins actuels des personnes en fin de vie ou de celles qui sont confrontées à des maladies ou à des conditions imposant des souffrances parfois atroces. Notre société répond-elle aux besoins de ces personnes ? La réponse à cette question est essentielle car l'euthanasie et le suicide assisté ne devraient en aucune circonstance s'avérer un expédient pour pallier de tels manques.

Ce n'est qu'une fois cet exercice accompli que la société québécoise sera en mesure de déterminer comment elle peut permettre à chacun de mourir dans la dignité et, s'il y a lieu, de modifier les lois qui régissent l'euthanasie et l'aide au suicide.

A. L'EUTHANASIE

1. Existe-t-il des situations où il est justifié de recourir à la pratique de l'euthanasie ?

Cette question met d'emblée en cause la légitimité de procéder à une euthanasie qui est présentement considérée comme un acte criminel dans notre société.

Suivant une consultation effectuée par la FMOQ auprès de ses membres à l'automne 2009, il semble qu'une majorité de médecins omnipraticiens du Québec soit d'opinion que l'euthanasie peut être acceptable dans certaines circonstances et à certaines conditions. Une proportion moindre de médecins omnipraticiens croit, pour sa part, que le respect de la vie humaine est un principe fondamental qui ne peut souffrir aucune exception.

La FMOQ croit que l'euthanasie ne devrait être envisagée par notre société qu'après avoir acquis la certitude que toutes les autres options auront été offertes à ceux qui la demandent. Dans ce contexte, un sérieux exercice d'autocritique préalable doit être mené sur la disponibilité et l'accessibilité des soins appropriés à toutes les personnes en fin de vie. Il est en effet fort vraisemblable que le contexte actuel des soins en fin de vie nous mène à croire à un besoin d'euthanasie beaucoup plus important qu'il ne l'est en réalité.

De façon réaliste, la FMOQ croit cependant que des personnes continueront toujours de demander l'euthanasie malgré l'accès aux services appropriés. Ce n'est que sous certaines conditions bien précises, que l'euthanasie pourrait être envisagée comme une option ultime pour soulager les douleurs et les souffrances en fin de vie.

a) Consultation réalisée auprès des médecins omnipraticiens

Il est important de noter que la consultation réalisée par la FMOQ auprès de ses membres, à laquelle plus de 1 000 médecins ont participé, portait uniquement sur l'euthanasie et les soins appropriés à prodiguer en fin de vie et non pas sur le suicide assisté.

Les faits saillants des résultats sont les suivants :

- Plus de 78 % des répondants déclarent être parfois ou souvent confrontés à des enjeux éthiques ou déontologiques concernant les soins appropriés à offrir à leurs patients en fin de vie.

- Plus de 83 % des répondants déclarent être parfois ou souvent confrontés à des enjeux éthiques ou déontologiques concernant les soins à offrir tout au long de la vie, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques.

- Plus d'un répondant sur deux (52,7 %) est d'accord pour affirmer que l'euthanasie, sous diverses formes et de manière indirecte, est actuellement pratiquée au Québec.

- Plus de 75 % des répondants sont d'opinion que l'euthanasie devrait être considérée comme une étape ultime de soins en fin de vie acceptée et reconnue au Québec.

- Selon 74 % des répondants, l'euthanasie devrait être considérée, pour le médecin, comme l'un des moyens de remplir son devoir déontologique.

- Près de trois répondants sur quatre (74,1 %) souhaitent l'adoption de nouvelles balises réglementaires et législatives permettant le recours à l'euthanasie.

- Une proportion de 87,3 % des répondants jugent que la décision d'avoir recours à l'euthanasie devrait toujours se prendre dans un cadre clairement défini, en tenant compte notamment de la volonté clairement exprimée du patient (ou des proches en cas d'incapacité du malade), du médecin traitant et d'un tiers (autre médecin).

- Les répondants affirment, dans une proportion de 71,3 %, qu'ils seraient prêts à avoir recours à l'euthanasie dans leur pratique médicale si de nouvelles balises réglementaires et législatives le permettaient.

- Enfin, une très forte majorité d'omnipraticiens ayant complété le questionnaire (88,5 %) estiment que de nouvelles balises réglementaires et législatives devraient être adoptées afin de clarifier la notion de soins appropriés à offrir aux patients en début de vie, tout au long de la vie et en fin de vie.

La FMOQ reconnaît que les résultats de la consultation à la question de déterminer si les médecins omnipraticiens du Québec sont favorables à l'euthanasie doivent être interprétés avec prudence et nuances. L'euthanasie est essentiellement l'administration d'une dose létale causant la mort. Elle doit être distinguée de certains soins de fin de vie qui pourraient avoir pour répercussion d'abréger la vie, non pas dans l'objectif de causer la mort, mais bien de soulager la souffrance.

Il est cependant incontestable que les médecins omnipraticiens reconnaissent massivement être confrontés à des enjeux éthiques lorsqu'ils prodiguent des soins de fin de vie : le refus et la cessation de traitement, l'acharnement et l'abandon thérapeutiques, la sédation continue et l'euthanasie. Sans doute pour être mieux préparés à faire face à ces situations difficiles et pour actualiser les pratiques cliniques aux valeurs d'aujourd'hui, les médecins omnipraticiens demandent donc une redéfinition des cadres clinique et juridique entourant les soins de fin de vie et l'euthanasie. À cette fin, il y a lieu de définir, dans un premier temps, les soins de fin vie appropriés et, dans un deuxième temps, de décrire les enjeux éthiques soulevés.

b) *Définir les soins de fin de vie appropriés*

La question de déterminer à quoi doivent correspondre des soins appropriés en fin de vie est celle qui revêt la plus grande importance aux yeux de la FMOQ. Comme les soins de fin de vie soulèvent des questions très concrètes sur les attentes des patients tant au niveau médical qu'aux niveaux personnel et relationnel, nous croyons qu'il est primordial de connaître les attentes de nos concitoyens pour déterminer la façon dont notre système devrait prendre en charge l'accompagnement des moments ultimes dans la vie des individus.

Au niveau médico-légal, le Code de déontologie des médecins précise l'obligation du médecin d'agir de telle sorte que le décès d'un patient, qui lui paraît inévitable, survienne dans la dignité. Il doit alors assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés (article 58).

Nous croyons, à l'instar du Collège, que les soins appropriés sont des soins proportionnés et individualisés qui résultent d'un processus décisionnel dynamique entre le patient, ses proches et le personnel soignant. Ce dialogue continuel doit notamment porter sur le choix des traitements disponibles pour soulager les souffrances, tant physiques que psychologiques. C'est ce dialogue évolutif qui permet d'assurer le respect des volontés de la personne.

Ces discussions sont essentielles, notamment pour mettre en évidence les attentes des patients et révéler certains éléments dépressifs qui poussent certains patients à vouloir mettre fin à leurs jours et à formuler des demandes d'euthanasie ou d'aide au suicide. Dans ces cas, les traitements appropriés peuvent inclure une prise en charge et un traitement de cette problématique.

Dans leur pratique, les médecins omnipraticiens constatent régulièrement une méconnaissance de certaines notions et même de certains droits entourant les soins de fin de vie. Plusieurs dispositions législatives et réglementaires encadrent pourtant le droit de mourir dans la dignité au Québec. Outre les principes généraux liés au respect de la personne et de sa dignité, les autres dispositions concernent la prestation des soins, dont le droit d'y consentir ou de les refuser.

Plusieurs personnes confondent régulièrement le refus et la cessation de traitement, l'acharnement et l'abandon thérapeutiques, la sédation continue ou terminale et l'euthanasie. Ne serait-il pas possible, qu'après discussion, ces personnes fassent la part des choses et entrevoient alors différemment l'idée même de l'euthanasie, ne l'estimant plus nécessaire pour cheminer vers la mort dans la dignité ? Ceci met en relief l'important besoin d'information et d'éducation de la population à cet égard et l'importance déterminante d'un dialogue entre l'équipe traitante et la personne ainsi que sa famille quant aux choix de traitements disponibles.

c) *Le refus et la cessation de traitement*

Plusieurs personnes associent, à tort, le refus et la cessation de traitements susceptibles de maintenir une personne en vie à de l'euthanasie. Cette ignorance peut ainsi faire conclure à ces personnes que des euthanasies sont régulièrement pratiquées au Québec alors que tel n'est pas le cas.

Le refus et la cessation de traitement ont des assises juridiques très claires actuellement au Québec. Ils reposent sur le principe de respect de l'autonomie de la volonté d'une personne ou de ses représentants en cas d'inaptitude.

Le refus et la cessation de traitement devraient être mieux compris par tous. Il s'agit de moyens disponibles, tout à fait légaux, qui peuvent s'avérer indiqués pour assurer la survenance de la mort dans le respect de la dignité humaine et exempte de tout acharnement thérapeutique.

d) *L'acharnement et l'abandon thérapeutiques*

Plusieurs médecins estiment que des réanimations inappropriées sont encore pratiquées, le plus souvent à la demande de certaines familles qui se révèlent incapables d'accepter la mort de leurs proches.

D'un autre côté, des familles se plaignent également que des réanimations inappropriées sont pratiquées par le personnel soignant, plus particulièrement dans les centres hospitaliers. Dans certains cas, des patients ainsi réanimés resteront affligés de séquelles graves annihilant toute qualité de vie.

L'acharnement surviendrait le plus souvent parce que des discussions, pourtant essentielles, n'auraient pas été tenues par l'équipe soignante avec le patient et sa famille. Ces discussions concernent notamment le pronostic vital, les volontés du patient quant aux niveaux de soins disponibles, la qualité de vie associée à ces niveaux de soins, etc.

Les expériences négatives, vécues ou relatées, face à l'acharnement thérapeutique renforcent la volonté de plusieurs personnes de vouloir garder le contrôle, non seulement des soins qu'ils recevront en fin de vie, mais également de la façon dont elles décéderont. Elles peuvent également expliquer que certaines personnes en soient venues à considérer l'euthanasie comme un moyen nécessaire permettant de mourir dans la dignité.

e) *Le soulagement de la douleur n'est pas de l'euthanasie*

Il faut reconnaître que certains professionnels de la santé associent erronément certains traitements pour la douleur à de l'euthanasie, ce qui n'est pas sans causer un

malaise au sein des équipes de soins. Cette confusion a notamment été entretenue par les concepts d'euthanasie dite active ou passive. La définition soumise dans le document de consultation est celle que nous devons retenir. Elle implique un acte intentionnel de provoquer la mort d'autrui pour soulager ses souffrances et ne correspond pas à la volonté de soulager uniquement la souffrance sans causer la mort. La distinction est liée à l'intention de causer la mort.

f) La sédation continue ou terminale n'est pas de l'euthanasie

La sédation continue est une technique qui consiste à créer un état de coma artificiel par le biais d'une pharmacopée. Elle est parfois utilisée par les médecins qui exercent dans le domaine des soins palliatifs à la suite d'un échec des thérapeutiques palliatives pour soulager les souffrances physique et morale d'une personne. Les enjeux éthiques entourant cette approche thérapeutique surviennent lorsque la sédation se prolonge jusqu'au décès. Certaines personnes estiment alors qu'elle devient de l'euthanasie déguisée.

Plusieurs médecins témoignent, de plus, de l'existence d'une ambiguïté et d'un malaise chez certaines équipes traitantes face à l'utilisation de ce type de sédation lorsqu'il s'agit de soulager la souffrance morale. Pour certains, cette pratique s'apparente à de l'euthanasie alors que pour d'autres, il paraît tout aussi légitime de soulager les souffrances morales que les souffrances physiques.

Nous croyons qu'il y a lieu d'admettre et de favoriser la sédation continue ou terminale lorsqu'elle s'avère une option indiquée en raison de l'échec des thérapies palliatives. Cette pratique devrait alors être dissociée de l'euthanasie, car elle n'a pas pour objet de causer la mort, mais bien de soulager la souffrance en attendant que la mort naturelle survienne. Les inquiétudes exprimées par les intervenants en soins palliatifs sont cependant légitimes et témoignent d'un besoin d'encadrement ou de normes professionnelles pour orienter son utilisation et rassurer les intervenants de la santé quant à cette utilisation.

g) Commentaires concernant les soins de fin de vie actuels

Il est indéniable que pour assurer une mort dans la dignité, il y a lieu d'accroître significativement l'accessibilité aux soins palliatifs ainsi que l'accompagnement humain des personnes en fin de vie et de promouvoir l'absence d'acharnement thérapeutique.

De façon générale, nous croyons que le domaine des soins palliatifs n'est pas suffisamment connu, compris et accessible aux Québécois. Il y a lieu de remédier à cette situation. Les soins palliatifs privilégient une approche holistique qui considère la mort comme un processus normal et qui propose un ensemble d'actions auprès de la personne et de ses proches dans une perspective d'humanisation de ces soins. Comme nous le mentionnait le docteur Mario Martineau, membre de l'Association

des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière et chef du service des soins palliatifs du CSSSL Pierre-Le-Gardeur : « *Si tous les patients avaient accès à des ressources adéquates lorsque c'est nécessaire, se sentaient en sécurité sans crainte de souffrance dès l'annonce de leur diagnostic, ce débat [sur l'euthanasie] n'aurait peut-être pas encore lieu aujourd'hui, même s'il est tout à fait pertinent.* (…) *si le soulagement de la douleur s'est considérablement amélioré avec l'essor des soins palliatifs, l'organisation sur le terrain n'est pas encore homogène, ni bien connue de la population* ».

Bien que le gouvernement du Québec ait adopté une *Politique en soins palliatifs de fin de vie* en 2004, celle-ci demeure l'expression d'une volonté qui, faute de moyens et de ressources, semble avoir de la difficulté à s'actualiser dans la réalité. Rappelons que les grands objectifs de cette politique sont les suivants :

- une équité dans l'accès aux services partout au Québec ;
- une continuité de services entre les différents sites de prestation ;
- une qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires ;
- une sensibilisation des intervenants au caractère inéluctable de la mort.

Le manque de ressources et la pénurie actuelle de médecins omnipraticiens et d'infirmières rendent ardue l'atteinte de ces objectifs à l'heure actuelle. La FMOQ est favorable à la mise en œuvre résolue de la *Politique en soins palliatifs de fin de vie.*

Par ailleurs, la FMOQ croit que l'approche et les valeurs promues par les soins palliatifs devraient imprégner tous les soins rendus en fin de vie. Une meilleure organisation des soins de fin de vie dans le réseau de la santé est à privilégier. Les soins appropriés devraient notamment être offerts aussitôt que l'évolution clinique de la personne le requiert, car ils sont disponibles trop tardivement à l'heure actuelle. De plus, comme une proportion majoritaire de la population souhaite demeurer à domicile aussi longtemps que possible, les soins requis devraient y être davantage disponibles également. Certains médecins, dont la docteure Christiane Martel de l'Association des médecins de CLSC du Québec, nous ont à ce sujet signalé: « *tant que ces conditions seront absentes de nos milieux de soins, l'euthanasie ne sera pas une option possible pour moi* ». Avec le soutien et l'environnement appropriés, la vie peut parfois prendre un tout autre sens à l'approche de la mort.

Docteur Mario Martineau, que nous citions précédemment, nous relatait l'expérience suivante : « *Récemment, j'ai rencontré une de mes patientes au bureau, en détresse, parce que son père de 79 ans avait un cancer pulmonaire incurable avec un pronostic de quelques mois. Il demeurait seul en milieu urbain. Elle espérait l'héberger chez elle à la campagne, mais il n'avait pas de médecin de famille. On dit souvent en soins palliatifs que lorsqu'il n'y a plus rien à faire… tout reste à faire. Les deux mois de suivi à domicile que j'ai fait avec l'aide de l'infirmière du CLSC ont été autant un cadeau pour moi que pour ma patiente. Le décès en douceur à domicile en fin de vie*

fut aussi gratifiant qu'un accouchement au début de ma pratique. C'est là que le rôle du médecin de famille prend toute sa dimension. »

L'État a, de plus, un important travail d'information et d'éducation du public à faire en matière de soins de fin de vie. Le cadre juridique actuel en matière de soins de fin de vie et les droits qu'il confère aux Québécois sont trop peu connus et donc possiblement peu appliqués. Plusieurs personnes pourraient être soulagées de connaître l'existence de ces droits qui consacrent le respect de la personne et son autonomie décisionnelle en matière de soins. À cet égard, il y a lieu d'encourager les citoyens à communiquer par écrit et à l'avance leurs volontés de fin de vie.

Au-delà du cadre légal, nous croyons qu'il y a place à l'amélioration de la formation des professionnels de la santé à l'égard des pratiques cliniques des professionnels en fin de vie. Une meilleure formation de tous les professionnels appelés auprès des personnes en fin de vie permettrait sans doute de :

- mettre l'emphase sur la singularité de la personne ;
- faciliter la diffusion de la démarche palliative ;
- sensibiliser les professionnels aux enjeux éthiques ;
- favoriser l'approche multidisciplinaire face aux personnes en fin de vie (médecine, soins infirmiers, psychologie, droit…) ;
- augmenter l'aisance des professionnels dans l'exercice des soins de fin de vie.

Finalement, la FMOQ est fermement convaincue que le développement des soins palliatifs et, de façon plus générale, des soins de fin de vie serait, sans conteste, la meilleure voie pour accompagner le mieux possible les personnes en fin de vie et limiter au strict minimum les demandes d'euthanasie. Docteure Lucile Martin, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte du Sud, exprime bien le rôle primordial du médecin : « *notre rôle comme médecin est de promouvoir la qualité et l'évolution des soins palliatifs* ».

2. L'euthanasie pourrait-elle être considérée, dans certaines situations, comme faisant partie des soins appropriés en fin de vie ?

Il est difficile d'évaluer spécifiquement les besoins de la population québécoise en matière d'euthanasie. Il faudrait, pour ce faire, questionner tous les médecins omnipraticiens pour connaître le nombre de demandes explicites d'euthanasie reçues par année, les caractéristiques de ces demandes et combien de médecins répondraient positivement à ces demandes si l'euthanasie était décriminalisée. Les commentaires qui accompagnaient les réponses à la consultation réalisée par la FMOQ auprès de ses membres laissent croire que les demandes d'euthanasie formulées par les patients en fin de vie seraient en réalité très peu nombreuses, particulièrement dans le cadre de soins palliatifs. La FMOQ estime qu'il serait donc judicieux de mieux documenter les pratiques médicales exercées en fin de vie, et plus particulièrement, les décisions concernant la

mort. La FMOQ est prête à favoriser et à encourager la participation des médecins omnipraticiens en ce sens.

Si l'amélioration globale des soins en fin de vie pourrait indéniablement réduire les demandes d'euthanasie proprement dites, nous croyons qu'elle ne les éliminerait sans doute pas complètement. Dans la réalité, le médecin demeurera donc toujours confronté à des demandes d'euthanasie, car il y aura des patients aux prises avec des souffrances incommensurables que l'on ne pourra apaiser malgré les meilleurs soins possibles. On doit, de plus, reconnaître à cet égard que certaines personnes s'opposeront à la sédation terminale comme une option acceptable à leurs yeux. Elles revendiqueront plutôt la possibilité de faire leurs adieux à leurs proches dans la certitude que la mort les emportera aussitôt après.

Aussi, dans certaines situations exceptionnelles de douleurs incoercibles ou de souffrances interminables, la FMOQ est-elle d'opinion que l'euthanasie pourrait être considérée comme une étape ultime permettant d'assurer des soins de qualité et de mort dans la dignité et le respect de la personne.

3. Êtes-vous pour ou contre la légalisation de l'euthanasie ?

Plutôt que de se déclarer favorable à la légalisation de l'euthanasie, la FMOQ préfère prendre position en faveur d'une décriminalisation de l'euthanasie dans les circonstances exceptionnelles qui s'intègrent aux soins de fin de vie appropriés. Nous croyons que l'approche préconisée par le Collège des médecins du Québec de considérer le concept de soins appropriés est novatrice, car elle permet de se situer dans le cadre de la réalité clinique de chaque personne de façon à s'adapter aux croyances et aux valeurs de chacun. Cette approche permet une souplesse qui est essentielle à l'humanité des soins recherchée dans le contexte des soins de vie.

En conséquence, nous sommes favorables à l'introduction d'une exception au Code criminel de façon à décriminaliser l'euthanasie pratiquée auprès d'une personne apte à consentir, et ce, dans le cadre restreint des soins de fin de vie appropriés en conformité avec les lois et règlements de la province de Québec.

4. Si l'euthanasie était légalisée ici, quels critères seraient-ils essentiels de retenir en ce qui a trait aux éléments suivants?

a) Qui pourrait demander l'euthanasie ?

Après mûre réflexion, la FMOQ croit, dans l'hypothèse où l'euthanasie serait admise, qu'elle ne devrait être pratiquée qu'à la seule demande de patients en fin de vie, aptes à consentir et qui, de façon explicite et répétée, en font la demande en raison de leurs souffrances. Les personnes inaptes à consentir constituent un groupe de personnes

vulnérables qu'il nous paraît sage d'exclure pour des raisons de protection et de respect de la personne. Il est toujours difficile d'évaluer leur niveau de souffrance. L'évaluation des personnes inaptes peut s'avérer d'autant plus complexe lorsqu'elles souffrent de maladies mentales.

Voici comment s'exprime à ce sujet le docteur René Pineau, président de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissements psychiatriques : « *Travaillant dans un milieu où un grand pourcentage de notre clientèle est très atteinte et handicapée, soit en raison d'une déficience mentale jusqu'à un niveau très profond ou soit une pathologie psychiatrique qui amène une désorganisation totale ou une souffrance indescriptible, j'ai été confronté de façon quasi quotidienne aux droits des patients et à nos responsabilités d'aider et de soulager. De façon générale pour une population normale, je considère qu'on devrait pouvoir respecter les choix de vie et de fin de vie qu'ils énoncent si cela est rationnel, mûrement réfléchi et qui prennent en compte tous les aspects de cet être en y intégrant son environnement et les conditions physiques sous-jacentes. Où cela se complique, c'est lorsqu'on œuvre auprès de gens dits inaptes. Nos valeurs, nos joies, nos bonheurs n'ont pas de comparable et ce qu'ils attendent de la vie souvent n'est pas évaluable ou quantifiable. Boire, manger, dormir, être touché ou tout geste ou attention peut valoir beaucoup plus qu'on l'estime. De même, chez un psychotique chronique ou un déprimé sévère résistant au traitement ou un trouble de personnalité qui pose des gestes d'autolyse de façon répétée et qui demande qu'on abrège ses souffrances, on ne peut affirmer qu'il ne pourra récupérer suffisamment pour améliorer sa condition et nous remercier plus tard de ne pas avoir répondu à ses attentes.* »

b) Qui pourrait la pratiquer et où ?

Dans la mesure où elle est intégrée aux soins de fin de vie appropriés, l'euthanasie pourrait être réalisée par un médecin traitant là où se trouve son patient dans les centres hospitaliers, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, dans la maison de soins palliatifs et à domicile.

Plusieurs personnes expriment le désir de mourir chez elles. À l'heure actuelle, très peu de personnes peuvent le faire, car elles sont le plus souvent hospitalisées ou transférées dans des maisons de soins palliatifs quelques jours avant le décès, les soins à recevoir étant alors trop lourds pour être assumés par les proches. Le désir de mourir à domicile pourrait donc s'actualiser dans le cadre d'une euthanasie intégrée aux soins de fin de vie.

Cela dit, il est très important de reconnaître qu'aucun médecin ne devrait être obligé d'acquiescer à une demande d'euthanasie et encore moins de la pratiquer. L'acte d'euthanasie demeurant inacceptable pour plusieurs médecins, le respect absolu des valeurs personnelles de chacun à cet égard est essentiel.

La FMOQ s'opposera, de manière absolue, à toute règle légale qui forcerait un médecin à procéder, contre son gré, à un acte d'euthanasie.

c) *Quelle procédure devrait être suivie ?*

Bien qu'un cadre soit requis, nous croyons que ce dernier devrait néanmoins demeurer souple de façon à s'adapter aux circonstances particulières de chaque cas et à s'inscrire dans le cadre du continuum des soins appropriés de fin de vie. C'est donc avant tout le processus décisionnel lui-même qui importe. Ce processus dynamique doit, rappelons-le, impliquer l'équipe traitante, le patient et sa famille. C'est donc ensemble qu'ils devraient convenir qu'il serait approprié d'abréger les jours d'un patient souffrant dont la mort est imminente. Pour valider la décision choisie dans un cas donné, il serait sans doute judicieux que le médecin traitant demande une consultation à un collègue de façon à s'assurer que l'euthanasie est la seule option à retenir pour apporter le soulagement requis.

5. Pensez-vous qu'il y a des risques de dérives ?

Pour évaluer les impacts d'une décriminalisation de l'euthanasie, il faut notamment évaluer les risques et les bénéfices escomptés pour la population. Les dérives possibles pourraient-elles causer un tort plus grave que les bénéfices anticipés pour la population ? Répondre à cette question est loin d'être simple. L'encadrement de l'euthanasie aux Pays-Bas semble avoir invalidé certaines des craintes de dérives anticipées bien que l'on ait néanmoins étendu avec le temps les personnes admissibles.

Il plaît à l'esprit de croire qu'en présence d'un fort consensus social, les balises définies au départ ne devraient normalement pas s'étendre à des pratiques qui étaient jugées inacceptables au départ. Ainsi, s'il était clairement admis moralement par notre société que l'euthanasie peut être considérée comme un soin de fin de vie approprié dans certaines circonstances exceptionnelles, on peut difficilement imaginer qu'elle puisse s'étendre aux personnes qui ne sont pas en fin de vie.

Il n'y a toutefois aucune certitude qu'il en serait ainsi. Le docteur André Rochon, actif en soins palliatifs depuis de nombreuses années à Gatineau, met en garde nos décideurs relativement à cette question : « *Je vois constamment des femmes et des hommes en fin de vie évoluer et grandir dans cette dernière étape, étape qui leur permet aussi de vivifier les liens avec leurs proches. La possibilité d'avoir recours à une dose létale viendrait, je le crains, saboter cette dynamique.* » Pour la FMOQ, dans l'immédiat, l'essentiel demeure de bien dégager et circonscrire un consensus social, s'il en est, et de s'y restreindre.

Nous croyons que l'un des meilleurs moyens d'éviter les dérives face à l'euthanasie demeurera toujours d'offrir des soins de fin de vie de qualité. Par ailleurs, pour éviter les demandes d'euthanasie des personnes atteintes de maladie dégénérative ou de conditions

graves, il y aurait lieu de nous interroger sur l'accompagnement que nous offrons à ces personnes.

6. **Selon certains, la légalisation de l'euthanasie pourrait ébranler la relation de confiance que la personne a développée avec son médecin. Quelle est votre opinion à ce sujet ?**

Plusieurs personnes sont d'avis que la légalisation de l'euthanasie modifierait irrémédiablement la relation de confiance entre le patient et son médecin. À nos yeux, c'est le cadre de l'euthanasie et les limites de cette pratique qui seront les plus déterminantes pour en évaluer les répercussions sur la relation médecin-patient.

Nous ne croyons pas que la relation de confiance patient-médecin serait mise en péril s'il y avait un consensus social à l'effet que l'euthanasie puisse être admise à l'intérieur du cadre des soins de fin de vie appropriés lorsqu'elle s'avère nécessaire pour soulager les douleurs d'une personne dont la mort est imminente.

À l'heure actuelle au Québec, on constate que les décisions entourant l'intensité des soins, souvent très délicates et dont les conséquences sont parfois irréversibles, mettent justement à l'épreuve d'une façon similaire la relation de confiance patient-médecin. Or, la relation de confiance patient-médecin demeure à la base des décisions et ne semble pas s'être effritée pour autant. L'élément déterminant de la relation de confiance patient-médecin dans ces circonstances est avant toute chose l'établissement d'un processus décisionnel dynamique centré sur les intérêts du patient et respectueux de toutes les personnes impliquées. Aussi, la décision d'euthanasie qui se situerait à la limite de l'éventail des soins appropriés pourrait probablement être basée sur cette même relation de confiance dans la mesure où elle résulte d'un consensus de l'équipe soignante, du patient et de sa famille.

Par ailleurs, le fait de n'admettre l'euthanasie que dans les cas des patients aptes à le demander nous paraît être un élément de réassurance pour les patients qui sauront que jamais qui que ce soit ne pourrait la demander à leur place.

B. LE SUICIDE ASSISTÉ

Tel qu'on l'a souligné précédemment, la consultation réalisée par la FMOQ portait sur l'euthanasie et non sur le suicide assisté. La FMOQ ne peut donc faire état de l'opinion de ses membres relativement au suicide assisté. Tout au plus, la FMOQ peut-elle révéler certains des commentaires et des réflexions concernant le suicide assisté qui accompagnaient les réponses à la consultation.

La demande d'aide au suicide n'interpelle pas le médecin dans le cadre des soins prodigués au patient en fin de vie. Elle se situe dans un tout autre cadre. Bien que la personne formulant

une demande d'aide au suicide soit souvent affligée d'une maladie dégénérative et d'une condition chronique réduisant gravement sa qualité de vie, sa mort n'est pas nécessairement imminente. Des considérations fondées sur la durée de vie de la personne et sur la nature de ses besoins distinguent le suicide assisté de l'euthanasie. La demande résulte plutôt du fait que la personne estime que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Le suicide assisté dépasse donc ainsi le cadre thérapeutique médecin-patient. Si certains médecins omnipraticiens admettent qu'ils sont profondément interpellés par les souffrances de certains patients et par leur désir de mettre un terme à leur vie, la majorité d'entre eux estiment que leur rôle dans la société demeure de soulager la souffrance et de protéger la vie. Sans doute pour cette raison, les demandes d'euthanasie qui se situent dans un cadre de soulagement de la souffrance en fin de vie paraissent plus admissibles. Cependant, outrepasser cette limite équivaut à cesser de faire de la médecine.

Ceci dit, nous devrions nous interroger comme société sur l'accompagnement des personnes et de leur famille qui font face à des maladies chroniques dégénératives ou à d'autres conditions très graves. Force est de reconnaître que plusieurs personnes ont une qualité de vie misérable, voire inexistante. Certaines on peu d'accès à des ressources et à des soins de qualité adaptés à leur situation particulière. Pouvons-nous faire mieux ? Sans aucun doute et les moyens pour ce faire outrepassent largement le contexte médical.

CONCLUSION

La FMOQ réitère que le gouvernement ne doit pas restreindre le débat actuel aux seules questions de l'euthanasie et du suicide assisté. Elle pose en principe incontournable qu'il est essentiel que la discussion se fasse, d'abord, sur l'ensemble des enjeux entourant les soins de fin de vie. Dans l'esprit de la FMOQ, le développement des soins palliatifs et, de façon plus générale, des soins de fin de vie, constitue dans notre société, la meilleure voie pour accompagner les personnes en fin de vie.

Selon la Fédération, l'euthanasie ne devrait donc être considérée que dans la mesure où une meilleure organisation des soins de fin de vie dans le réseau de la santé aura d'abord été privilégiée. L'euthanasie ne devrait être que l'ultime étape permettant d'assurer des soins de qualité, et ce, dans la dignité et le respect de la personne. Dans notre compréhension des choses, les actes d'euthanasie devraient donc être exceptionnels, voire rarissimes.

Ces prémisses posées, la FMOQ serait favorable à l'introduction d'une exception au Code criminel. Cette exception viserait, de façon spécifique et délimitée, à décriminaliser l'euthanasie pratiquée dans le cadre de soins de fin de vie appropriés auprès d'une personne apte à consentir.

Finalement, dans l'hypothèse où l'euthanasie pourrait être un jour autorisée, la Fédération réitère qu'elle s'objecterait vivement à toute proposition légale ou réglementaire qui pourrait forcer un médecin à procéder, contre son gré, à un tel acte.

La Fédération remercie les membres de la Commission pour la confiance qu'ils lui témoignent en lui permettant de présenter ses observations et ses commentaires dans le cadre de cet important débat. Soyez assurés que la FMOQ demeurera à la disposition de la Commission pour tout complément d'information qu'elle estimerait utile d'obtenir dans le futur.

Le président,



Louis Godin, m.d.