

LES SOIRÉES SOCIALES DE L'IFTP



Aide médicale à mourir: la controverse

Plan de la soirée

- ▶ Les grandes lignes de la Loi 2 sur les soins de fin de vie
- ▶ Les enjeux qui demeurent et les questions que se posent nos panélistes
- ▶ Buzz: vos questions et vos appréhensions
- ▶ Des attitudes et des comportements à développer
- ▶ Mots de la fin
- ▶ Remerciement

Qu'est-ce que « L'aide médicale à mourir? »

- | | | | |
|----|---|---------------------------|------|
| A. | Soulager la douleur par des médicaments de confort | Soins palliatifs | 29 % |
| B. | Cesser l'usage de techniques pour prolonger la vie artificiellement. | Acharnement thérapeutique | 22 % |
| C. | Permettre au patient de s'injecter lui-même une substance mortelle. | Suicide assisté | 16 % |
| D. | Recevoir de la part d'un médecin une substance mortelle (autre que la morphine). | | |

75 à 85% des Québécois seraient favorables à l'euthanasie. Mais seulement 61% de la population connaît la définition juste du mot « Euthanasie »

« L'acte de **faire mourir quelqu'un intentionnellement** afin de lui éviter l'agonie, dans le cas où les souffrances des patients atteints de maladies incurables sont difficiles, voire impossibles à apaiser » (Futura-Sciences)

« Loi concernant les soins de fin de vie » (Loi 2)

► Les objectifs :

- assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur **dignité** et de leur **autonomie**;
- préciser les droits des personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour **prévenir et apaiser ses souffrances**;
- reconnaître la **primauté des volontés** relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées;
- **Légaliser et baliser** la sédation palliative continue et l'« aide médicale à mourir ».

La sédation palliative « continue »

- ▶ Un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances **en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.**
 - ▶ Caractère irréversible (on ne réveille plus la personne)
 - ▶ On ne peut prévoir avec certitude la durée
 - ▶ Comme tel, ce n'est pas de l'euthanasie puisque les substances ne sont pas mortelles, c'est la maladie qui termine son œuvre vers la fin de vie.
 - ▶ Cette pratique s'ajoute à la sédation palliative (provisoire) qui permet de traverser une période de souffrances intolérables
 - ▶ Le médecin *doit* s'assurer que cette option ne résulte pas de pressions extérieures

L'aide médicale à mourir

- ▶ Un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à sa demande, dans le but de **soulager ses souffrances en entraînant son décès**.
- ▶ La personne doit satisfaire aux conditions suivantes :
 1. elle est **majeure, apte** à consentir aux soins et est une personne **assurée** au sens de la Loi sur l'assurance maladie;
 2. Elle est « en fin de vie » (amendement);
 3. elle est atteinte d'une maladie **grave et incurable**;
 4. sa situation médicale se caractérise par un **déclin avancé** et **irréversible** de ses capacités;
 5. elle éprouve des **souffrances** physiques ou psychiques constantes, **insupportables** et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions **qu'elle juge tolérables**.

Premier « buzz » (15 minutes)

- ▶ Après avoir entendu les interventions de nos panélistes, quelles sont vos premières réactions?
- ▶ Quelles questions portez-vous en lien avec cette nouvelle loi? Que voulez-vous savoir pour compléter vos connaissances sur le sujet?
- ▶ Quelles sont vos appréhensions, vos peurs ou encore vos espoirs avec la mise en œuvre prochaine de la loi?

La pause se prend à la suite de cet échange...

Échange avec les panélistes

Aide médicale à mourir: la controverse



Alberte Dery
dir.gén. de Palli-Aide, prés.
du Réseau des centres de
soins palliatifs du Québec



**Marie-Andrée
Tremblay**
infirmière et éthicienne



Dr Daniel Carrier
médecin en soins
palliatifs

Mes questions...

- ▶ Est-ce que « faire mourir » ou éventuellement (cf. Cour Suprême) « aider à se tuer » peut être associé à « soigner »?
- ▶ La loi 52 ne transforme-t-elle donc pas la définition de soigner, prendre soin, apporter des soins, en incluant la mort comme un soin?
- ▶ Ne change-t-elle pas le rapport des patients à leur médecin qui aura désormais le pouvoir de proposer la mort parmi **un ensemble de soins**?
- ▶ Quel est le véritable drame devant la souffrance en phase terminale? De souffrir (physiquement, la douleur est généralement soulagée)... ou de souffrir seul?
- ▶ C'est quand, la fin de vie, et ça dure combien de temps?

Mes questions...

- ▶ ~90 % des médecins experts en soins palliatifs sont contre l'aide médicale à mourir. Le réseau des centres de soins palliatifs ont déjà dit qu'ils n'offriraient pas l'aide médicale à mourir. Face à cette résistance, que va-t-il se passer?
- ▶ Si un médecin refuse d'administrer une « aide médicale à mourir », le droit du patient sera prioritaire et l'établissement devra alors trouver un médecin prêt à le faire. L'**objection du médecin ne protégera pas le patient**.
- ▶ Jusqu'où ira l'euthanasie? Comment protégera-t-on les personnes les plus vulnérables de notre société contre une certaine banalisation de la fin de vie prématurée?

Continuons la réflexion...

- ▶ En tant que chrétiennes et chrétiens, ne devons-nous pas nous interroger et changer notre manière d'accompagner nos proches en fin de vie?
- ▶ Quand une personne est entourée d'amour, la douleur **ou la souffrance** liée à l'état de maladie grave **prend une dimension moins oppressante et moins urgente à soulager**... la très forte majorité des médecins en soins palliatifs disent n'avoir pas besoin de l'euthanasie comme « offre de soin »...
- ▶ Comme pour l'avortement qui existe malgré nous, il est de notre devoir de continuer d'encourager une culture de la vie en étant nous-mêmes des gens qui la rendent belle et plus « supportable » !

Travail en petits groupes

En groupes de 4 à 6 personnes, identifier:

- ▶ des **attitudes** à développer pour favoriser les soins palliatifs et assurer un regard plus humain sur les derniers moments de vie de nos proches et sur leur dignité jusqu'à la fin;
- ▶ des **actions** à poser pour assurer de meilleures conditions de fin de vie pour nos personnes souffrantes
 - ▶ En tant que membres de leur famille
 - ▶ En tant qu'individus et citoyens, citoyennes
 - ▶ En tant que chrétiens et chrétiennes engagés en Église

Conclusions

La relation du personnel soignant avec les patients et leur famille

- ▶ Les personnes qui occupent un rôle au sein du personnel soignant doivent **inspirer la confiance** pour garantir au patient et à ses proches que tout sera fait pour assurer les meilleurs soins possibles en toute situation, particulièrement dans le cadre d'une maladie en phase terminale.
- ▶ Demander à des professionnels de la santé de provoquer la mort **contrevient à leur engagement** et au sens profond de ce qui les a conduit à œuvrer en ce domaine.
- ▶ Sous anonymat, des professionnels en Belgique et aux Pays-Bas témoignent spontanément (pour eux-mêmes ou pour d'autres) de **traumatismes psychologiques** suite à leur participation à des euthanasies.

Conclusions

Les dérives possibles

- ▶ La loi mentionne le critère de « fin de vie » sans préciser la durée... (sclérose en plaques?, etc.)
- ▶ Réelle liberté du patient lorsqu'une pression peut être ressentie à l'effet qu'il est un poids pour sa famille?
- ▶ Caractère exceptionnel souhaité, mais constat de hausses constantes dans les pays où l'euthanasie est légalisée.
- ▶ En certains cas (refus de soins), le consentement pourrait être donné par un tiers en l'absence de possibilité pour le patient lui-même de le faire.
 - ▶ Pays-Bas, exemples de déficients intellectuels, malades mentaux et d'enfants mineurs euthanasiés.

Pour continuer le dialogue

La question du **droit criminel**

- ▶ La Cour suprême du Canada a invalidé le caractère criminel de l'aide médicale à mourir, mais ne faut-il pas encadrer davantage pour éviter les dérives? (« fin de vie »)

La question de la **conscience**

- ▶ L'objection de conscience pourra-t-elle être pleinement respectée? La pression institutionnelle et la formation des nouveaux médecins ne les forceront-ils pas à abdiquer?

La question de la **liberté**

- ▶ L'être humain n'en est vraiment un que lorsqu'il est pleinement libre de ses choix... Est-ce que cela pourrait aller jusqu'à choisir la manière et le moment de sa mort?



Merci !

Vos questions, commentaires...