



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

**Consultation sur la question
du droit de mourir dans la dignité**

**Mémoire présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux**

15 février 2010

«La mission du Collège des médecins est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois».

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Le Collège des médecins du Québec vous remercie de lui permettre de vous présenter l'essentiel de ses réflexions sur les soins appropriés en fin de vie. Ces réflexions sont le résultat d'une démarche que nous avons amorcée à la demande des médecins en mai 2006.

Nous ne pensons surtout pas avoir trouvé « la bonne réponse » et vous l'apporter aujourd'hui. Comme vos travaux vous permettront de le constater, les soins de fin de vie soulèvent des questions extrêmement complexes et chargées d'émotions. Notre objectif a toujours été modeste dans ce dossier : contribuer à mieux définir les questions en précisant celles qui concernent la profession médicale, et indiquer par le fait même certaines pistes de solutions.

Je suis accompagné aujourd'hui du docteur Yves Robert, secrétaire de l'ordre, et du docteur Michèle Marchand, secrétaire du groupe de travail en éthique clinique du Collège. Pour alimenter votre réflexion, nous avons joint à ce mémoire le rapport du groupe de travail en éthique clinique sur les soins appropriés et le document de réflexion adopté par le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec en octobre dernier. Nous avons rendu ces deux documents publics le 3 novembre dernier. L'essentiel de notre exposé d'aujourd'hui est tiré de ces documents.

1- Un point de vue de professionnel

Précisons dès le départ que notre point de vue est celui d'un ordre professionnel dont la mission est la protection du public par la promotion de la qualité des pratiques professionnelles. Nous apportons donc ici la perspective d'un organisme régulateur et d'une profession. Nous ne prétendons pas représenter tous les médecins, nous émettons plutôt une opinion émanant de la profession médicale.

De par la nature même de sa profession, le médecin est confronté quotidiennement à des situations touchant à l'essence même de la vie. Qu'il s'agisse de l'avortement, de la procréation assistée, des conseils génétiques ou des soins en fin de vie, le médecin doit accueillir le patient qui présente un problème de santé et lui offrir les meilleurs soins possible, quelles que soient les valeurs ou les croyances de ce patient ou les siennes.

Pour le médecin, comme pour le patient d'ailleurs, ces questions ne se présentent pas comme des problèmes théoriques. La souffrance, la maladie et la mort ont un nom, un visage, une famille, une adresse, un lieu. Pire que tout, elles ont une échéance et obligent à prendre une ou plusieurs décisions.

Comme ordre professionnel, les médecins nous demandent conseil pour pouvoir agir dans le meilleur intérêt du patient, compte tenu des possibilités et des limites que peut offrir la science médicale, compte tenu également des balises et des contraintes imposées par la société par le biais des lois. Comme médecin et comme ordre, on ne peut se défilier, parce que le patient attend une réponse de son médecin et à la fin de sa vie, il l'attend parfois désespérément.

Dans la très grande majorité des cas, le patient rendu au terme de sa vie sera accompagné par un médecin et par ses proches. Ce sont eux qui, ultimement, quelles que soient les conclusions de vos travaux ou des nôtres, les opinions de l'un ou de l'autre, les résultats des sondages d'opinion et même le cadre légal imposé par un gouvernement, auront à prendre ensemble une décision sur les meilleurs soins à donner dans ces ultimes moments.

2- Trois questions à distinguer

Avant d'émettre des opinions ou de formuler des recommandations à cet égard, il nous apparaît crucial de bien définir la ou les questions en jeu. Qu'il nous soit permis ici un commentaire préalable, et amical, sur le titre des travaux de votre commission qui mentionne « la question du droit de mourir dans la dignité ». Pour nous, la question n'est pas vraiment là et nous avons délibérément choisi d'éviter une telle formulation, qui laisse entendre que la mort pourrait devenir accessible à la demande du patient, quel que soit le jugement du médecin qui l'accompagne.

Au Québec, le Code de déontologie des médecins est clair :

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 appropriés. »

Aider les patients à mourir dans la dignité : c'est déjà une obligation déontologique pour les médecins. Où est le problème?

En pratique, le problème n'est pas tant de savoir si à cette obligation, devrait correspondre un nouveau droit pour les patients. Il est plutôt de savoir quoi faire quand

les patients et les médecins se butent aux contraintes légales déjà existantes, qui ne sont pas nécessairement compatibles avec cette aide. Ceci fait clairement référence à deux questions : celle de l'euthanasie et celle du suicide assisté. Ces deux questions sont tellement évidentes qu'on en oublie une troisième, pourtant importante : la question de l'intensité des soins.

En fait, **la question de l'intensité des soins**, que l'on réduit souvent à celle de l'acharnement thérapeutique, s'impose quand on réfléchit aux soins de fin de vie. Mais ce qui nous échappe souvent, c'est que nous nous sommes donnés au Québec une assise légale assez spéciale qui, en encadrant le processus décisionnel, permet de gérer de façon satisfaisante les situations cliniques même les plus difficiles. En effet, le Code civil du Québec fait en sorte que le patient apte à consentir participe à la détermination des soins qu'il recevra. Contrairement à plusieurs autres, notre cadre légal contient des dispositions pour que les proches puissent participer à la prise de décision en cas d'inaptitude du patient. D'ailleurs, la cessation de traitements fait de moins en moins l'objet de controverses ici. Aussi, nous pensons qu'il faudrait tirer partie de ces acquis dans les discussions sur les soins de fin de vie et sur l'euthanasie.

La deuxième question, celle de **l'euthanasie**, ne s'en trouverait pas réglée pour autant. Soyons clairs. Au sens littéral, le mot « euthanasie » signifie « une mort douce et sans souffrance », mais au sens strict, l'euthanasie implique une action visant à provoquer intentionnellement la mort d'une autre personne. De sorte que la question ressurgit toujours de savoir si nous devons considérer l'euthanasie comme un meurtre et l'interdire. Cette question est pour tout dire inévitable. Mais quand on la situe dans un contexte précis, celui des soins de fin de vie en l'occurrence, elle devient plus gérable, nous semble-t-il.

Voilà pourquoi, nous proposons de réorienter cette question dans une autre direction, celle des « soins appropriés en fin de vie ». Et notre réflexion ne s'arrête pas là. Nous ajoutons que dans des situations exceptionnelles où la mort est imminente et inévitable, il pourrait être approprié de vouloir écourter l'agonie. Ce faisant, nous sommes loin de revendiquer un droit quelconque à la mort, mais nous sommes loin aussi d'opposer d'emblée une fin de non-recevoir à toute demande sous le prétexte que l'éthique des médecins est une éthique, non seulement de soins, mais une éthique de vie.

Une telle réorientation de la question nous apparaît plus porteuse, dans la mesure où c'est ainsi qu'elle se présente en clinique. Plusieurs vous le diront : le plus souvent, on arrive à contrôler la douleur, quitte à augmenter graduellement les doses d'analgésiques au point parfois de « frôler » des doses mortelles. La « sédation terminale » permet même d'aller un peu plus loin sans contrevenir à la loi, puisque l'intention serait encore de soulager et non de tuer. Toutefois, nous ne sommes pas les seuls à penser que la frontière est bien mince entre l'intention d'endormir de façon

irréversible et celle d'écourter la vie. Pour nous, ce type d'ambiguïté place les médecins et les patients dans des situations extrêmement difficiles, qui n'ont rien de bon. On le sait : la préoccupation constante de ne pas contourner la loi ne mène pas nécessairement aux meilleures pratiques et la clandestinité est beaucoup plus propice aux abus et aux dérives qu'une approche ouverte avec des règles clairement établies. Où doit-on s'arrêter au juste dans les soins de fin de vie?

La troisième question, celle du **suicide assisté**, ne fait pas référence au même type de situations cliniques. C'est le cas, par exemple, d'une personne souffrant d'une condition chronique mais qui est apte à consentir et qui juge que sa vie ne vaut pas la peine d'être poursuivie. Étant incapable de mettre fin à ses jours elle-même, elle demande l'aide d'un tiers pour ce faire. Pour le moment, le Collège hésite à considérer une telle demande comme une demande de soins à laquelle il reviendrait aux médecins de répondre et juge que cette question se situe à l'extérieur des limites de sa réflexion sur les soins appropriés.

3- L'objectif à poursuivre : des soins appropriés tout au long de la vie, y compris en fin de vie

En somme, nous croyons qu'il faut mieux circonscrire les débats publics autour de ce qui reste à régler comme question, à savoir la place que devrait occuper ou non l'euthanasie dans le continuum des soins appropriés en fin de vie. En situant le problème de l'euthanasie dans cette perspective, il devient possible de faire oeuvre utile pour les médecins qui cherchent à offrir les meilleurs soins possibles à leurs patients et pour les patients qui souhaitent pouvoir discuter de toutes les options avec leurs médecins.

4- Un processus décisionnel à encadrer plutôt qu'une recette à appliquer

Depuis que nous avons rendu publics, le 3 novembre dernier, les deux documents produits par le Collège, on nous a demandé à plusieurs reprises quelles étaient au juste nos suggestions au plan juridique. À la lumière des expériences tentées dans d'autres endroits, il nous apparaît que l'on devrait viser à encadrer encore mieux le processus décisionnel permettant d'en arriver aux soins les plus appropriés possible. Tous les jours des décisions sur l'intensité des soins sont prises au Québec grâce aux dispositions du Code civil du Québec qui, on l'a dit, permet de partager le pouvoir décisionnel même en situation d'inaptitude du patient. Or, ce dernier point est justement la principale faille observée au Pays-bas et en Belgique, où ne peuvent consentir que les patients aptes. Ils sont les seuls à pouvoir demander l'euthanasie, à des conditions

déjà précisées dans la loi, le médecin n'étant là que pour assurer que ces conditions sont satisfaites.

Mais là s'arrête nos suggestions, puisque nous ne sommes pas des juristes. L'avis du Barreau du Québec devrait selon nous être sollicité. D'ailleurs, nous apprenions récemment que celui-ci avait l'intention de mandater un groupe de travail à cet égard. Nous félicitons le Barreau de cette initiative.

5- Des dérives et des pièges à éviter

Vous commencez aujourd'hui vos travaux sur des questions très délicates. Nous ne doutons pas que les avis et les points de vue seront non seulement variés mais contradictoires. Qu'il nous soit permis d'exprimer encore une fois notre crainte. Il y a un risque de dérive à aborder ces questions trop largement, comme des questions philosophiques auxquelles les individus doivent répondre par et pour eux-mêmes. Dans une société où il y a probablement autant de façons de vouloir mourir que de façons de vivre, il y a intérêt à circonscrire le débat autour de questions pratiques qui peuvent faire l'objet de consensus malgré les divergences.

Ce qui fait l'objet de notre témoignage aujourd'hui, est une question non seulement pratique mais très précise. Quand un patient fait face à une mort imminente et inévitable, devrait-il être permis à un médecin qui le jugerait approprié, de répondre à la demande d'abréger ses jours et si oui, dans quelles conditions?

Déjà, la réponse à cette question n'est pas simple nous en convenons, et nous saluons le courage des élus à vouloir l'aborder. Nous proposons quand même de commencer par ce questionnement, en refusant qu'on le contourne par le biais de propositions faisant déjà consensus au Québec, comme celle de rendre les soins palliatifs plus accessibles.

Conclusion

En vous remettant aujourd'hui ce mémoire et les deux documents qui l'accompagnent sur les soins appropriés en fin de vie, le Collège des médecins du Québec souhaite contribuer à mieux définir les questions qui sont en jeu, des questions auxquelles la profession médicale doit faire face, mais auxquelles elle ne peut répondre seule.

Pour nous, la question principale à laquelle il faut répondre n'est pas vraiment « Doit-on légaliser l'euthanasie ou non? » ni « Doit-on ou non reconnaître aux patients le droit de mourir dans la dignité? ». C'est plutôt la suivante : Comment faire pour assurer aux personnes en fin de vie les soins les plus appropriés possible? À nos yeux, une partie de la réponse se trouve déjà dans le cadre légal prévu pour encadrer les soins au Québec, qu'il faudrait adapter au contexte de fin de vie afin que la discussion devienne possible même quand il s'agit de décisions difficiles comme celle d'envisager l'euthanasie.

En espérant que le résultat de notre réflexion contribuera à alimenter significativement la vôtre, nous vous remercions de nous avoir permis de nous exprimer sur ce sujet et demeurons à votre disposition pour répondre à vos questions.