



MESSAGES-CLÉS: Soins palliatifs et aide médicale à mourir (AMM) Mai 2019

Contexte

En juin 2016, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-14 qui légalise l'aide à mourir dans certaines circonstances et adopté le terme « aide médicale à mourir ». L'« aide médicale à mourir » (AMM) englobe à la fois l'euthanasie et le suicide assisté dans la mesure où la loi canadienne permet aux patients admissibles d'obtenir qu'on mette fin à leur vie en leur administrant directement – généralement par injection (euthanasie) – ou en leur faisant ingérer (suicide assisté)* une dose mortelle de médicaments prescrits par une ou un médecin ou par un ou une infirmière praticienne ou un infirmier praticien. Au Canada, la grande majorité des interventions d'AMM se font par euthanasie. Le terme « aide médicale à mourir » continue de semer la confusion quant au rôle des soins palliatifs. Les soins palliatifs offrent à chaque jour soutien et soins médicaux à l'ensemble des patients confrontés à la mort de même qu'à leurs familles. Le but visé par ces soins de confort est d'aider les patients en fin de vie à vivre le plus pleinement possible jusqu'au moment de leur mort naturelle. Le présent document vise à éclaircir et à définir le rôle des soins palliatifs dans le contexte canadien où l'euthanasie et le suicide assisté (ci-après désignés par « AMM ») sont désormais légaux.

Axes de communication :

1. Les patients atteints d'une maladie grave ont droit à des soins palliatifs de qualité, quelle que soit la façon dont ils choisissent de terminer leur vie (AMM ou autre).
2. L'administration de l'aide médicale à mourir est une pratique distincte des soins palliatifs.
3. Les soins palliatifs s'appliquent à réduire les souffrances et non pas à interrompre intentionnellement la vie.
4. Les demandes d'AMM peuvent exprimer une souffrance que des soins palliatifs de haute qualité pourraient apaiser. Nul patient ne devrait se résoudre à choisir l'aide médicale à mourir faute d'avoir accès à des soins palliatifs.
5. La population canadienne doit rester convaincue que les soins palliatifs demeurent essentiellement axés sur une prise en charge efficace des symptômes et sur des interventions psychologiques, sociales et spirituelles visant à aider les gens à vivre le mieux possible jusqu'à leur mort naturelle.

6. Les médecins qui font le choix de ne pas participer directement ou indirectement à l'AMM doivent pouvoir compter sur la protection de leur intégrité et de leurs libertés fondamentales, y compris leur liberté de conscience.
7. L'aide médicale à mourir doit être assumée par notre système de santé et non pas par les individus qui y œuvrent en tant que professionnels. L'AMM doit aussi reposer sur une organisation distincte et parallèle aux soins palliatifs. Une telle organisation permet la prise en charge, la sensibilisation, l'information, l'accompagnement psychologique et le réseautage avec le ou les services appropriés auxquels pourront s'adresser directement les patients, les familles, les professionnels de santé non médicaux et les établissements, sans avoir à obtenir une recommandation (p. ex. système albertain).
8. Étant donné la nature et le rôle de la relation médecin-patient, l'obligation faite aux cliniciens d'informer de façon systématique chaque personne atteinte d'une maladie grave de son droit d'avoir recours à l'AMM en fin de vie, pourrait représenter une pression indue sur le patient ou faire peser sur lui une coercition subtile ou flagrante. Les cliniciens ne devraient être tenus d'informer un patient que l'AMM est une procédure légale au Canada que si le patient pose la question ou demande à être informé.

Le rôle des soins palliatifs

Comme spécialistes en médecine palliative, lorsqu'un patient atteint d'une maladie grave exprime son désir de mourir, nous croyons que nous pouvons intervenir comme suit :

1. Explorer la nature des souffrances du patient et y répondre par une prise en charge efficace des symptômes et un accompagnement psychologique, social et spirituel.
2. Informer et soutenir nos collègues en ce qui a trait au rôle des soins palliatifs qui visent à aider les patients à vivre le plus pleinement possible jusqu'au moment de leur mort naturelle.
3. Promouvoir l'accès à une approche palliative de haute qualité pour tous et l'accès, au besoin, à des services de soins palliatifs spécialisés pour les cas les plus complexes.
4. Privilégier et préconiser la réduction des préjudices, dont :
 - a. les préjudices potentiels pour les patients qui choisissent l'AMM en raison de l'absence d'un accompagnement adéquat, dont les soins palliatifs font partie;
 - b. les préjudices potentiels pour toute autre personne susceptible d'être affectée, y compris les médecins qui refusent de participer directement ou indirectement à des actes associés à l'AMM pour des motifs médicaux, moraux ou religieux;
 - c. les préjudices potentiels pour la spécialité des soins palliatifs.

Le SCMSp recommande fortement l'accès universel à des soins palliatifs de haute qualité pour remédier aux souffrances des patients gravement malades et de leurs familles.

(*) veuillez prendre note qu'au Québec, le suicide assisté n'est pas permis par la loi adoptée par l'Assemblée Nationale.