

# **Mourir enfin dans la dignité**

**Dr Yves Lamontagne**

**Le Journal de Montréal, 3 décembre 2013-12-06**

Le plus haut tribunal du pays vient d'ordonner à deux médecins ontariens qu'ils ne peuvent débrancher des appareils de survie artificielle qu'ils ont installés chez un patient comateux depuis trois ans et sans espoir de guérison, puisque ni le patient, ni sa famille n'a donné son accord.

À la suite de cette nouvelle, j'ai relu le projet de loi concernant les soins de fin de vie et je me suis demandé pourquoi il fallait naître et mourir dans la douleur, les deux bouts du spectre de la vie. Je me suis aussi rendu compte qu'il faut des critères qui limitent le nombre de malades qui pourraient non seulement faire une demande d'aide médicale à mourir, mais l'obtenir.

Résumons les conditions très strictes touchant chacun des participants impliqués dans cette décision.

Le patient doit être majeur et apte à consentir. Il doit souffrir d'une maladie grave et incurable, avec un déclin avancé et irréversible de ses capacités et des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables qui ne peuvent être apaisées. Le patient doit remplir un formulaire développé par le ministère et notarié.

Le médecin doit être d'avis que la personne satisfait aux conditions énoncées pour le patient. Il doit s'assurer que la personne s'est entretenue avec ses proches, obtenir l'avis d'un second médecin, aviser la commission sur les soins de fin de vie, transmettre un avis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de son centre hospitalier et déposer une copie au registre des directives médicales. Enfin, il peut refuser d'administrer l'aide à mourir.

L'hôpital, de son côté, doit demander au CMDP d'adopter des protocoles cliniques applicables à la sédation palliative et l'aide médicale à mourir, et le Directeur général doit, chaque année, faire rapport au Conseil d'administration du centre hospitalier sur l'application de cette politique.

Le ministre, quant à lui, nomme des inspecteurs et forme la commission sur les soins de fin de vie. Cette commission examine toute question relative aux soins de fin de vie et vérifie chaque dossier remis par les médecins. Enfin, le ministère maintient un registre des directives médicales anticipées et fait rapport au gouvernement tous les cinq ans.

## **UNE DÉCISION HUMAINE**

Avec les progrès de la médecine, le moment de la mort fait de plus en plus l'objet de décisions humaines.

Comment s'assurer que tous les soins appropriés sont prodigués aux patients dont le décès paraît inévitable?

Avec l'encadrement serré de tous les participants impliqués, il est clair que les excès seront impossibles et que l'option ne sera considérée que dans un nombre très limité de cas où la mort est inéluctable et prochaine, et la souffrance réfractaire aux traitements usuels.

Je suis d'accord avec la position du Collège des médecins qui prend le point de vue du patient.

Selon le Collège, dans la majorité des cas, le patient, le médecin et la famille parviennent, avec l'analgésie appropriée, à respecter les obligations déontologiques du médecin.

Les soins palliatifs sont l'exemple par excellence de soins appropriés. La Société des soins palliatifs à domicile fait un travail admirable auprès des malades et leurs familles. Non seulement faut-il soutenir cette initiative, mais aussi supporter les soins palliatifs donnés à l'hôpital et dans des résidences sans but lucratif, en plus de viser à ce que l'esprit animant les soins palliatifs soit plus largement diffusé au Québec.

Quant aux rares cas exceptionnels, le projet de loi sur les soins de fin de vie permettra de mieux les encadrer.