

---

**Titre : Le Collège des médecins de famille du Canada Énoncé concernant les enjeux liés aux soins de fin de vie**

**Catégorie :** Gouvernance

**Numéro :**

**Date d'approbation :** mars 2012

**Date de révision requise :** mars 2015

**Personne-ressource du Collège :** Comité du programme des soins palliatifs

**Statut :** En vigueur

---

## Le Collège des médecins de famille du Canada Énoncé concernant les enjeux liés aux soins de fin de vie

Les médecins de famille, en partenariat avec d'autres professionnels de la santé et bénévoles, jouent un rôle primordial dans la prestation des soins de fin de vie au Canada. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) prend acte du cadre législatif canadien actuel et reconnaît que les discussions et les débats entourant les soins palliatifs et les autres enjeux importants liés aux soins de fin de vie devraient se poursuivre, et qu'ils se poursuivront, dans l'ensemble de la population canadienne.

Le Collège a recensé les enjeux clés suivants liés aux soins de fin de vie :

### Les buts fondamentaux de la médecine

Les buts fondamentaux de la médecine comprennent notamment la guérison ou le contrôle de la maladie, et le soulagement ou le contrôle des symptômes autant que possible, au moyen de la prestation de soins palliatifs de qualité.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les **soins palliatifs** comme :

une approche permettant d'améliorer la qualité de vie des patients et des membres de leur famille dans le cas d'une maladie grave par la prévention et le soulagement de la souffrance grâce à l'identification précoce, à l'évaluation et du traitement rigoureux de la douleur et d'autres problèmes de nature physique, psychosociale et spirituelle. Les soins palliatifs<sup>1</sup> :

- soulagent la douleur et d'autres symptômes pénibles
- reconnaissent la vie et considèrent la mort comme un processus normal
- ne visent ni à hâter ni à retarder la mort
- englobent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients
- procurent un système de soutien qui aide les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès
- procurent un système de soutien qui aide les membres de la famille à faire face à la maladie de l'être cher ainsi qu'à leur propre deuil

- privilégient le travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et des membres de leur famille, notamment par l'aide aux endeuillés, le cas échéant
- améliorent la qualité de vie et peuvent influencer de façon positive le cours de la maladie
- peuvent être intégrés au programme de soins au stade précoce de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie (comme la chimiothérapie et la radiothérapie) et incluent les examens permettant de mieux comprendre et gérer les complications cliniques pénibles.

L'**euthanasie** veut dire « poser un acte sciemment et intentionnellement dans le but explicite de mettre fin à la vie d'une autre personne, dans les circonstances suivantes : la personne en cause est atteinte d'une maladie incurable; l'intermédiaire est au courant de l'état de la personne, pose un acte dont le but premier est de mettre fin à la vie de cette personne et pose l'acte avec empathie et compassion et n'en tire aucun avantage personnel. »<sup>2</sup>

L'**aide au suicide** signifie « fournir sciemment et intentionnellement à une personne les connaissances ou les moyens nécessaires pour se suicider; notamment lui donner des conseils au sujet des doses mortelles de médicaments, fournir l'ordonnance nécessaire pour obtenir les doses mortelles en question ou fournir les médicaments à la personne en cause. »

Les soins palliatifs se distinguent donc cliniquement, légalement et éthiquement de l'euthanasie et de l'aide au suicide. L'euthanasie et l'aide au suicide sont illégales au Canada.

### **Innocuité et efficacité des analgésiques opioïdes et des sédatifs dans la maladie avancée**

Les analgésiques opioïdes peuvent être utilisés chez des patients qui souffrent et/ou qui sont essouffés en raison de la maladie avancée sans causer la mort ou la hâter. La littérature médicale offre de plus en plus de données à l'appui de cette affirmation<sup>3,4</sup>.

En outre, la sédation peut être administrée sans hâter la mort chez

- les malades avancés
- les malades qui approchent de la fin, et
- les malades qui ont des souffrances réfractaires comme le délire, la dyspnée, et des douleurs qui ne peuvent être soulagées par tout autre moyen<sup>5</sup>.

### **La souffrance peut causer une demande de hâter la mort**

Les demandes de mort hâtée sont souvent des appels urgents pour l'attention du médecin de famille. Elles peuvent être provoquées par une piètre gestion des symptômes, la dépression, l'isolement, la peur de l'abandon et du processus de la mort, l'anxiété et la détresse spirituelle. Le Collège incite les médecins de famille et leurs patients à demander l'apport et la consultation d'autres professionnels de la santé, dont un spécialiste des soins palliatifs, un travailleur social, un éthicien, un psychiatre et un prestataire de soutien spirituel. Leur apport peut aider à cerner les besoins du patient et à trouver d'autres façons de le soutenir.

### **Droits et responsabilités du patient et du médecin**

Les patients aptes ou les subrogés ont le droit de prendre la décision éclairée de recevoir des soins médicaux appropriés. Ils ont aussi le droit de décider d'abandonner un traitement, même si le traitement pourrait prolonger ou soutenir la vie.

Les médecins et les patients ou subrogés ne seront peut-être pas toujours d'accord sur les décisions de traitement. Lorsque le patient et le médecin se trouvent dans une impasse car les souhaits du patient quant aux avantages et aux risques du traitement vont à l'encontre de ceux du médecin, le médecin ne doit pas abandonner les soins, mais chercher à référer le patient à un autre médecin.

### **Abandon et omission d'interventions médicales et contrôle des symptômes**

Une décision d'abandonner ou d'omettre certaines interventions médicales que l'on prévoit ou que l'on juge être excessivement exigeantes pour le patient, et qui ne lui offrent pas d'espoir ou d'avantage raisonnable, est acceptable sur le plan de l'éthique et légalement permmissible.

Le médecin doit prendre la décision prudemment et soigneusement, en consultation avec un patient apte ou le subrogé d'un patient inapte.

En outre, l'intention du médecin doit être le respect des limites d'une intervention médicale pour un patient mourant et non pas de hâter la mort, même si une telle décision pourrait entraîner la mort précoce du patient en raison de sa maladie. Tous les soins devraient viser à alléger les symptômes attribuables à la maladie avancée.

### **La subrogation**

Le subrogé d'un patient inapte doit prendre des décisions en conformité avec les souhaits exprimés par le patient antérieurement. Si ces souhaits sont inconnus ou inapplicables, le subrogé doit toujours agir au mieux des intérêts du patient inapte, en tenant compte

- des souhaits, croyances et valeurs antérieurs du patient
- de l'effet du traitement sur le bien-être du patient; et
- de l'équilibre entre les avantages et les méfaits du traitement.

### **La planification préalable des soins**

Les médecins devraient entamer la planification préalable des soins afin de comprendre les points de vue du patient au sujet des traitements de fin de vie. Le but de la planification préalable des soins est d'encourager une discussion précoce des objectifs du traitement entre les prestataires de soins de santé, les patients, et leurs subrogés ou représentants en matière de soins de santé. Ces discussions peuvent préparer les patients et leurs familles à ce qui s'en vient et favoriser des soins de fin de vie réalistes ainsi qu'acceptables sur les plans de l'éthique et de la loi.

## L'accès à des soins palliatifs de qualité au Canada

Tous les Canadiens et toutes les Canadiennes, peu importe l'âge, la maladie, le stade de la maladie, et le lieu géographique, devraient avoir accès à des soins palliatifs qui satisfont aux normes nationales. C'est une question de justice sociale. Les soins palliatifs doivent être offerts dans tous les établissements de soins de santé. De plus, une variété d'établissements de soins de fin de vie doit être disponible.

Il convient d'avoir une politique qui soutient l'intégration des soins palliatifs dans la prise en charge des maladies chroniques, ce qui assurerait que chaque Canadien et Canadienne souffrant d'une maladie limitant l'espérance de vie reçoive des soins palliatifs dans le cadre de soins complets et globaux.

Le financement doit être suffisamment élevé pour garantir que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes auront accès à des soins palliatifs qui satisfont aux normes nationales et répondent aux besoins de chaque collectivité.

## Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Cancer. Définition de *soins palliatifs* de l'OMS <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. (En anglais seulement. Traduction tirée de *Utilisation des soins de santé en fin de vie dans les provinces de l'Ouest du Canada*, Annexe A (ICIS) [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/end\\_of\\_life\\_executive\\_summary\\_aug07\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/end_of_life_executive_summary_aug07_f.pdf))
2. Association médicale canadienne. Politique de l'Association médicale canadienne sur l'euthanasie et l'aide au suicide. <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Polycy/pdf/PD07-01F.pdf>. Révision 2007.
3. Gallagher R. Éliminer les symptômes sans éliminer le patient. *Can Fam Physician* 2010;56: 6, e210-212.
4. Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, Horn S, Connor S, Blum RH, et coll. Opioid use and survival at the end of life: a survey of a hospice population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:532-40.
5. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et coll. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol* 2009;20:1163-9.