

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/297639/l-émotivite-absente-des-liens-medecin-patient>

## **L'émotivité absente des liens médecin-patient**

**Hormis ceux formés en soins palliatifs, les médecins n'ont pas de formation en rapports émotionnels**

[Caroline Montpetit](#) 7 octobre 2010 Le Devoir, page A-6



Photo : Jacques Nadeau - Le Devoir

Les médecins sont avant tout formés pour être objectifs dans leurs relations avec les patients.

«J'ai eu plus de compassion de mon vétérinaire à la mort de mes animaux domestiques que des médecins de mes proches qui sont morts.» C'est par cette constatation pour le moins inquiétante que le Dr Ronald Epstein, de l'Université de Rochester, aux États-Unis, a clos sa présentation sur la présence morale et la conscience en médecine au 18e congrès international sur les soins palliatifs qui se tient jusqu'à demain à Montréal.

«Les médecins sont entraînés pour être objectifs», précise-t-il en entrevue, mais ils n'ont à peu près pas de formation en rapports émotionnels. À cet égard, ajoute-t-il cependant, les médecins formés en soins palliatifs font sans doute exception.

Or, seulement de 15 à 20 % de l'ensemble des patients du Québec qui en auraient besoin ont accès, dans les faits, à des soins palliatifs, constate Anna Towers, médecin en soins palliatifs pour le Centre universitaire de santé McGill et présidente du congrès.

Tous les autres patients meurent donc sans soins appropriés, souvent dans des salles d'urgence d'hôpitaux, ou sans assistance adéquate, à la maison, parce qu'ils ne veulent pas se rendre à l'hôpital.

En tout et pour tout, Montréal compte 150 lits pour accueillir des malades dans les unités de soins palliatifs, selon les données du Dr Bernard Lapointe, chef des soins palliatifs au CUSM. Certains hôpitaux n'offrent tout simplement pas ces soins. «Et quand on s'éloigne des centres urbains, c'est encore pire», note-t-il. En matière de soins à domicile, il est la plupart du temps impossible d'obtenir la présence d'un médecin, ne serait-ce que pour une seule visite, constate encore Mme Towers.

Pourtant, des sondages auraient déjà démontré que la mort à la maison serait le premier choix d'une majorité de citoyens. Ces statistiques contiennent cependant des données recueillies auprès de citoyens de tous âges. Lorsque les gens vieillissent, constate M. Lapointe, elles deviennent de plus en plus inquiètes de ne pas avoir le soutien suffisant à la maison pour mourir et préfèrent souvent se rendre à l'hôpital.

### **Lacunes du système**

Ce congrès se déroule alors que la commission parlementaire sur le mourir dans la dignité poursuit ses audiences à travers le Québec, mettant entre autres de l'avant les lacunes dans le système de soins palliatifs.

Le Dr Bernard Lapointe, qui présentera la semaine prochaine un mémoire à la commission, dit ne pas souhaiter de modifications au protocole actuel de soins de fin de vie. Dans l'ensemble de sa pratique, dit-il, seulement un ou deux patients par année lui demandent de mettre fin à leurs jours, en général parce que la médication n'arrive pas à soulager leur souffrance. Selon Yvon Bureau, consultant bénévole pour un mourir digne et libre, cette situation surviendrait dans 5 % des cas. À ce moment-là, poursuit le Dr Lapointe, la sédation palliative est un moyen approprié pour calmer les souffrances.

---

Mon commentaire au Le Devoir, 07H00 :

### **Plus de compassion, moins de prétention**

Le titre et le sous-titre traduisent une pauvreté de vision de la réalité et une perception prétentieuse chez trop de médecins des Soins palliatifs.

Les SP n'ont pas le monopole de la bienveillance, de la compassion, de la solidarité humaine, du savoir-faire dans la relation mourant-soignant-proches. Chez nos soignants actuels au Québec, dans leur relation avec les mourants et leurs familles, il y a beaucoup de belles émotions de respect, de compassion, de tendresse, de solidarité et d'humanité. Un cadre clair et précis pour les soins appropriés de fin de vie leur est maintenant des plus nécessaires; le Québec va leur en donner un.

Il est étonnant que les SP soient encore incapables de parler des soins appropriés, proportionnés et PERSONNALISÉS de fin de vie. Utiliser encore le mot «palliatif» me semble appartenir de nos jours à un langage de dominants.

C'est le développement des soins personnalisés de fin de vie qui doit avoir lieu. Les SP actuels peuvent répondre à plusieurs, mais pas à tous. Inclusif, voilà le mot qui doit caractériser ce développement.

Le Collectif Mourir digne et libre, comme le Barreau du Québec et l'OTSTCFQ, croit en la primauté de la personne en fin de vie dans sa relation avec ses proches et avec ses soignants; nous croyons en l'urgent besoin de centration sur le seul intérêt du mourant, sur ses valeurs, sur sa dignité et sur son ultime libre-choix.

Médecins des SP, quand les mourants encore souffrant ne veulent pas de la sédation terminale comme soin de fin de vie, par compassion vous allez faire quoi ? Le mourir durable n'intéresse plus beaucoup de monde.

[www.yvonbureau.com](http://www.yvonbureau.com)

<http://www.collectifmourirdigneetlibre.org/blog.php>

---

Mon 2<sup>e</sup> commentaire à 21H06

## À lire

Un médecin m'a envoyé ceci :

« Les SP s'autocongratulent facilement, ce que Dre Marcia Angell (ex-rédactrice-en-chef du N.Engl J Med) leur reproche dans « The Quality of Mercy » dans Physician-Assisted Dying publié chez J. Hopkins U.Press 2004.

Frances Norwood (Mourir, un acte de Vie, trad.P. Viens. L. Laberge PUL 2010).

Je connais plein de médecins dans toutes sortes de disciplines qui ne manquent pas d'empathie ni de compassion. Ce que les MDs en SP ont que les autres n'ont pas c'est du TEMPS, et qu'être payé au forfait ou salarié rend facile.»

Au delà de tout cela, gratitude pour l'excellent travail qui se fait en SP.