



Le 23 juillet 2018

Parlons Soins Palliatifs  
L'unité des soins de fin de vie  
À l'attention de Venetia Lawless  
200, Promenade Églantine, I.A. 1904D  
Ottawa (ON)  
K1A 0K9

Madame Lawless,

Au nom de la Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC), veuillez accepter le rapport suivant à titre de contribution à la consultation de Santé Canada sur les soins palliatifs qui fait suite à l'adoption du projet de loi C-277, *Loi visant l'élaboration d'un cadre sur les soins palliatifs au Canada*.

Depuis des générations, les diocèses et ordres religieux catholiques du Canada apportent une contribution majeure au développement et à la prestation des services de soins de santé dans tout le pays. Le premier hôpital (Hôtel-Dieu) du Canada a été fondé en 1639 par trois religieuses – Augustines de la Miséricorde de Jésus – pour prendre soin des populations autochtones qui vivaient près de la colonie française de la ville actuelle de Québec. Cet hôpital, qui se trouve être également le premier hôpital en Amérique du Nord, est toujours en activité. De plus, il y a aujourd'hui 105 établissements catholiques de soins de santé au Canada, soit autonomes, soit gouvernés par 43 organisations catholiques, qui maintiennent 13 738 lits de soins de santé au Canada. Ces établissements sont soutenus par 19 diocèses et 14 parrains catholiques. Ils se trouvent dans 6 provinces et 27 régions régionales de la santé. Les soins de santé catholiques sont à l'avant-garde des soins palliatifs au Canada depuis 1974, lorsque l'hôpital général de Saint-Boniface a ouvert l'une des deux premières unités de soins palliatifs du pays. Aujourd'hui, 30 établissements catholiques de soins de santé au Canada contiennent au total 353 lits de soins palliatifs. De plus, dans les collectivités où des soins palliatifs sont offerts par des établissements de soins de santé sans affiliation religieuse, il y a souvent une relation solide entre l'établissement de soins de santé et la paroisse catholique locale. La paroisse offre souvent à l'établissement de soins de santé voisin des services de pastorale et le soutien de bénévoles dans l'accompagnement des patients qui reçoivent des soins palliatifs.

L'existence de nombreux établissements catholiques de soins de santé dans notre pays et à l'étranger témoigne du profond engagement religieux de leurs fondateurs et de ceux qui se dévouent à la mission de ces établissements encore aujourd'hui. L'engagement de la communauté catholique dans les soins de santé est inspiré par le Christ. Il est une réponse des chrétiens à l'appel à être les mains qui guérissent les malades, à offrir avec compassion des soins à ceux qui sont dans le besoin, à accompagner les mourants en se sacrifiant eux-mêmes et à

porter témoignage à la dignité inviolable de la personne humaine et à notre responsabilité commune d'aimer notre prochain et de servir et de protéger la vie humaine à toutes ses étapes. Malgré la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté au Canada et le soutien qu'ils reçoivent dans certains segments de la population, l'Église catholique, puisant aux sources les plus profondes de sa tradition, continue de s'y opposer vigoureusement. Bien que l'euthanasie et le suicide assisté soient également appelés aide médicale à mourir (AMM), ils ne doivent pas être inclus dans la définition et la pratique des soins palliatifs. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et beaucoup de fournisseurs de soins palliatifs non religieux au Canada excluent pareillement l'euthanasie et le suicide assisté de la définition des soins palliatifs. Les soins palliatifs sont un moyen d'accompagner quelqu'un qui est extrêmement vulnérable et dont les soins dépendent grandement (sinon entièrement) des autres. On peut les considérer comme une expression de solidarité humaine, car nous vivons tous des moments de vulnérabilité et de dépendance, à des degrés divers, de la naissance à la mort naturelle. Enfin, tandis que les soins palliatifs peuvent être (et sont) dispensés par des professionnels qualifiés dans les établissements de soins de santé, ils peuvent être (et sont souvent) offerts par des aidants naturels désignés par le patient dans bon nombre de contextes, y compris le domicile.

Il existe de nombreuses raisons de promouvoir les soins palliatifs et beaucoup de possibilités d'améliorer leur qualité et leur prestation au Canada. En même temps, les soins palliatifs se heurtent à divers problèmes, et même à des obstacles, tant au Canada qu'à l'étranger. Certains de ces obstacles, tels que le manque de fonds, sont concrets, alors que d'autres sont des problèmes d'attitudes. Lorsque les soins palliatifs sont réduits à une science, par exemple, ils perdent leur capacité de traiter la personne humaine de manière holistique : les besoins spirituels, psychologiques et matériels de la personne souffrante ainsi que ceux des aidants naturels désignés par le patient (souvent les membres de la proche parenté et les amis) ne sont pas reconnus et demeurent insatisfaits. Telle a été l'une des nombreuses observations exprimées dans divers milieux et diverses parties du monde pendant une rencontre d'experts des soins palliatifs organisée à Rome plus tôt cette année par l'Académie pontificale pour la vie.

Le présent mémoire s'inspire de plusieurs sources et réflexions, tant locales qu'internationales. Deux sources catholiques du Canada méritent une mention spéciale :

- 1) Un document intitulé *Palliative Care Matters : How Canada's Health System Needs to Change*, par Covenant Health (un important réseau de fournisseurs de soins de santé catholiques de l'Alberta). Ce document utilise les résultats de groupes de discussion et d'un sondage Ipsos auprès de plus de 1 500 Canadiens et Canadiennes qui ont exprimé en ligne leur vision d'une stratégie nationale des soins palliatifs.
- 2) Une analyse du milieu des soins palliatifs effectuée en 2017 par le Covenant Health Palliative Institute à la demande de l'Alliance catholique canadienne de la santé (un forum des promoteurs des services de santé et des services sociaux catholiques du Canada), qui consiste en un répertoire complet des établissements et des services de soins palliatifs et des pratiques innovatrices adoptées dans les établissements catholiques de soins de santé.

Je tiens à profiter de l'occasion pour vous exprimer ma reconnaissance, ainsi qu'à votre équipe, au nom des évêques catholiques du Canada, pour votre travail dans cette importante consultation et pour avoir accepté le mémoire de la CECC. S'il se présente une autre occasion de rendre service pendant cette consultation à plusieurs étapes, n'hésitez pas à nous le demander. La Conférence des évêques catholiques du Canada ainsi que ses partenaires en ce domaine – l'Alliance catholique canadienne de la santé (ACCS), Covenant Health et l'Institut canadien catholique de bioéthique – seraient ravis de vous aider dans cette affaire critique.

Sincèrement vôtre,

A handwritten signature in black ink that reads "+Lionel Gendron, P.S.S." The signature is written in a cursive, flowing style.

+Lionel Gendron. P.S.S.  
Évêque de Saint-Jean-Longueuil et  
Président de la Conférence des évêques  
catholiques du Canada



### Liste des sources importantes citées

- Canada. *Avec dignité et compassion : Soins destinés aux Canadiens vulnérables*. Rapport du Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les soins de compassion. Novembre 2011.  
[https://www.mcgill.ca/palliativecare/files/palliativecare/parliamentary\\_report\\_eng\\_dec\\_2011.pdf](https://www.mcgill.ca/palliativecare/files/palliativecare/parliamentary_report_eng_dec_2011.pdf) (en anglais)
- Carstairs, Sharon. *Nous ne sommes pas au bout de nos peines. Des soins de fin de vie de qualité : Rapport d'étape*. Le Sénat du Canada. Juin 2005.  
[http://www.chpca.net/media/7883/Still\\_Not\\_There\\_June\\_2005.pdf](http://www.chpca.net/media/7883/Still_Not_There_June_2005.pdf) (en anglais)
- ———. *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*. Le Sénat du Canada. Juin 2010.  
[http://www.chpca.net/media/7859/Raising\\_the\\_Bar\\_June\\_2010.pdf](http://www.chpca.net/media/7859/Raising_the_Bar_June_2010.pdf) (en anglais)
- Covenant Health Palliative Institute. *Environmental Scan and Inventory of Innovative Palliative Care Across Canadian Catholic Facilities*. Rapport présenté au nom de l'Alliance catholique canadienne de la santé. 5 mai 2016.  
<http://www.chac.ca/conference/pastconferences/2016/docs/kfassbender.pdf>
- ———. « Executive Summary ». *Environmental scan and identification of innovative palliative care practices and services in the context of Canadian Roman Catholic healthcare organizations*. 5 mai 2016.
- ———. *Palliative Care Matters: How Canada's Health System Needs to Change*. Déclaration de consensus du comité de citoyens ordinaires sur *Palliative Care Matters*. Ottawa : 9 novembre 2016.  
[http://med-fom-fpit.sites.olt.ubc.ca/files/2017/01/PCM\\_ConsensusStatement\\_Proof2.pdf](http://med-fom-fpit.sites.olt.ubc.ca/files/2017/01/PCM_ConsensusStatement_Proof2.pdf)
- ———. *Making a Difference in Palliative Care. Highlights of the Covenant Health Palliative Institute 2012-2017*.  
<https://www.covenanthealth.ca/media/123523/20180201-highlights-of-the-covenant-health-palliative-institute-2012-2017.pdf>
- ———. *Theological Reflection in Support of Covenant Health's Palliative and End-of-Life Strategy*, 16 septembre 2011.  
[https://www.covenanthealth.ca/resources/AboutUs\\_TheologicalReflections\\_TheologicalReflectioninSupportofCovenant%20HealthsPalliativeandEndofLifeStrategy.pdf](https://www.covenanthealth.ca/resources/AboutUs_TheologicalReflections_TheologicalReflectioninSupportofCovenant%20HealthsPalliativeandEndofLifeStrategy.pdf)
- Académie pontificale pour la vie. *Palliative Care – International Congress*. Première réunion de PAL-LIFE. Rome, les 28 février et 1<sup>er</sup> mars 2018.  
[http://www.academyforlife.va/content/pav/en/projects/pallife/pallife\\_meeting\\_2018.html](http://www.academyforlife.va/content/pav/en/projects/pallife/pallife_meeting_2018.html)
- Roulston, Erin. *Canadians' View of Palliative Care : National Online Survey*. Ipsos Public Affairs. 1<sup>er</sup> septembre 2016.  
<https://static1.squarespace.com/static/5755e91b044262d8f43cf6fa/t/57e2b1b3d2b8579de605c555/1474474421962/Palliative+Care+Matters+-+Ipsos+Report.pdf>



## Mémoire de la Conférence des évêques catholiques du Canada à Santé Canada aux fins de sa consultation sur les soins palliatifs au Canada

Voici les réponses données par la Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC) aux questions posées par Santé Canada dans sa consultation sur les soins palliatifs faisant suite à l'adoption du projet de loi C-277, *Loi visant l'élaboration d'un cadre sur les soins palliatifs au Canada*. Le présent mémoire s'appuie sur la liste des sources essentielles donnée ci-dessus.

### 1. Nous reconnaissons qu'il y a plusieurs définitions sur le plan opérationnel des soins palliatifs utilisées à travers le Canada. Dans votre milieu de travail, quelle est la définition des soins palliatifs?

Vous trouverez ci-dessous deux définitions des soins palliatifs. L'une exprime un point de vue multiconfessionnel, et l'autre s'inspire plus spécifiquement de la tradition catholique.

#### *Définition tirée d'une déclaration interreligieuse signée par la CECC*

« En tant que façon globale d'aborder les difficultés de fin de vie, les soins palliatifs joignent la maîtrise de la douleur à des efforts pour veiller aux besoins psychologiques, affectifs, sociaux et spirituels du patient en plus de lui offrir le soutien des aidants naturels. Nous approuvons la définition des soins palliatifs donnée par l'Organisation mondiale de la santé ainsi que les déclarations officielles de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs, de l'Association canadienne de soins palliatifs et de l'Association médicale canadienne selon lesquelles la pratique des soins palliatifs n'inclut pas des interventions qui causent intentionnellement la mort du patient. C'est un principe essentiel du concept de soins palliatifs, et c'est une distinction fondamentale qui doit être maintenue<sup>1</sup>. »

#### *Définition de Covenant Health*

[traduction] [La tradition catholique] a constamment défendu la dignité de la vie humaine, depuis la conception jusqu'à la mort naturelle. Cependant, bien que l'existence corporelle soit un bien, elle n'est pas le bien *ultime* selon la tradition catholique. [...] Nous devons prendre un soin raisonnable de notre vie, en tant que gardiens de la création, en comparant les fardeaux entraînés par les traitements aux bienfaits proportionnels apportés par ces traitements. Alors, comme la vie est un bien pénultième et que nous avons le devoir de prendre un soin raisonnable de nos vies, nous ne sommes pas moralement obligés de demander ou de subir "à tout prix" des thérapies pénibles qui n'apportent aucun bienfait. En même temps, les cliniciens ne sont pas moralement obligés non plus de "faire tout ce qui est possible" si la vie a atteint sa conclusion naturelle et si cela n'est plus médicalement

---

<sup>1</sup> « Appel interreligieux pour une stratégie de soins palliatifs au Canada ». En plus de la Conférence des évêques catholiques du Canada (CECC), la déclaration a également été signée par le Centre pour Israël et les affaires juives (CIAJ), le Conseil canadien des imams, l'Alliance évangélique du Canada (AEC), la Prélature arménienne du Canada, la Métropole orthodoxe grecque de Toronto et de tout le Canada, la Conférence des évêques orthodoxes du Canada, l'Ottawa Muslim Association et l'Église de Jésus-Christ des Saints des derniers jours.



approprié. Une telle attitude est appelée vitalisme et est rejetée par la tradition morale catholique<sup>2</sup>. »

En juin 2010, l'hon. Sharon Carstairs, membre du Sénat du Canada, a publié un rapport sur les soins palliatifs intitulé *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*. Le rapport a signalé qu'un regrettable confusion terminologique était en train de s'établir entre les soins palliatifs et d'autres mesures, telles que l'euthanasie et le suicide assisté, qui visent à causer la mort du patient. Comme l'a conclu le rapport : « dans les soins palliatifs, les médecins ne prennent aucune mesure spécifique pour hâter la mort<sup>3</sup>. » En accord avec la sénatrice Carstairs, les évêques catholiques du Canada professent la même conclusion : il faut comprendre clairement que les soins palliatifs sont absolument étrangers à l'euthanasie et au suicide assisté ou AMM.

*Éléments qui sont uniques à la compréhension catholique des soins palliatifs*

Ceux qui préconisent ou offrent des soins palliatifs selon un point de vue catholique adoptent souvent une optique centrée sur la personne qui s'inspire profondément de la conception biblique de la guérison, de la compassion et de l'amour. Le but d'une telle optique est d'offrir des soins qui tiennent entièrement compte du corps, de l'âme et de l'esprit dans un programme de soins intégré. Elle se manifeste également par un engagement personnel, communautaire et professionnel qui s'efforce de soulager la souffrance humaine, mais aussi de répondre aux besoins transcendants de la personne mourante et de ses proches, avec un souci spécial des pauvres et des défavorisés.

**2. Votre organisation a-t-elle envisagé ou adopté une approche intégrée à l'égard des soins palliatifs? Si c'est le cas, comment a-t-elle été mise en place? Si votre organisation a adopté une approche intégrée à l'égard des soins palliatifs, comment a-t-elle été réalisée, et comment fonctionne-t-elle dans votre milieu de pratique?**

Bon nombre de fournisseurs de soins de santé ont collaboré avec Covenant Health pour concevoir une vision canadienne (pas exclusivement catholique) en vue d'un modèle intégré des soins palliatifs. Sa déclaration de consensus (*Consensus Statement*) affirme qu'une pratique intégrée des soins palliatifs améliore la qualité de vie de tous les Canadiens et Canadiennes touchés par une maladie potentiellement mortelle, y compris la famille et la communauté. L'objectif consiste à concrétiser un modèle de soins qui favorise des méthodes holistiques alliant un soutien clinique, communautaire et bénévole. Le modèle vise à améliorer la qualité de vie du patient mourant et à créer un réseau de soutien pour le patient en collaboration avec sa famille et tous ses aidants naturels<sup>4</sup>. La déclaration de consensus indique aussi que [traduction] « ce que nous avons besoin de comprendre au sujet des soins palliatifs ne nous viendra pas uniquement des résultats des recherches cliniques. Le modèle

---

<sup>2</sup> Covenant Health, *Theological Reflection*, 3. Cf. Alliance catholique canadienne de la santé, *Guide d'éthique de la santé* (Ottawa, 2000), articles 92 à 101.

<sup>3</sup> *Monter la barre : Plan d'action pour de meilleurs soins palliatifs au Canada*, p. 13

<sup>4</sup> *Palliative Care Matters Consensus Statement*, 10.



intégré devra comprendre des données non quantitatives pour que son expérience aille au-delà d'un cadre de référence biomédical<sup>5</sup>. » Des exemples importants de données non quantitatives pourraient inclure les observations du patient ainsi que de sa famille et de ses amis au sujet des soins reçus. Les données anecdotiques des travailleurs des soins de santé et des aidants naturels désignés par les patients dans des milieux divers (hôpitaux, centres de soins palliatifs, soins à domicile et foyers de soins) pourraient aussi être une source précieuse d'information essentielle sur la valeur des soins palliatifs.

Un élément clé du succès du modèle intégré des soins palliatifs préconisé dans la déclaration de consensus serait la participation du gouvernement fédéral à la coordination d'une stratégie nationale des soins palliatifs. La coordination à l'échelon national, par exemple au moyen d'un secrétariat national, trouve des précédents dans des programmes tels que le cadre d'action national de la Commission de la santé mentale du Canada<sup>6</sup>. Par son rôle de coordination, un secrétariat national assurerait l'atteinte des objectifs à long terme d'un modèle intégré. Les activités d'un secrétariat national pourraient inclure entre autres la création d'une plate-forme nationale permettant aux experts d'échanger sur leurs recherches et leurs expériences, l'organisation de campagnes nationales de sensibilisation du public, l'organisation d'un échange de ressources et d'information entre les provinces et avec le gouvernement fédéral, et la promotion de divers genres et niveaux de recherche.

### **3. De quels soutiens avez-vous besoin pour participer à la planification préalable des soins avec les personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle et leur famille?**

L'efficacité de la planification préalable des soins présuppose que les Canadiens a) savent que les soins palliatifs sont une option, et b) sont au courant de ce qu'ils peuvent offrir à la personne mourante ainsi qu'à sa famille, à ses amis et à son réseau de soutien<sup>7</sup>.

#### *i) Le besoin d'une information plus abondante et meilleure*

Les résultats d'un sondage Ipsos en 2016 indiquent que bien que les répondants soient préoccupés par le coût des campagnes d'information, 91 % veulent que plus d'information sur les services et les normes de soins palliatifs soit rendue accessible dans le système de soins de santé<sup>8</sup>.

#### *ii) Le besoin d'adapter différentes campagnes de sensibilisation aux soins palliatifs*

Les campagnes de sensibilisation publique sont efficaces dans la mesure où elles sont adaptées aux besoins sociaux et culturels. La sensibilisation dans les systèmes de soins de

---

<sup>5</sup> *Ibid.*, 11.

<sup>6</sup> Voir Commission de la santé mentale du Canada, *Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (2017-2022)*.

<sup>7</sup> Voir *Palliative Care Matters Consensus Statement*, 10.

<sup>8</sup> Voir Erin Roulston, *Canadians' Views of Palliative Care*. Ipsos Public Affairs. 1er septembre 2016. <https://static1.squarespace.com/static/5755e91b044262d8f43cf6fa/t/57e2b1b3d2b8579de605c555/1474474421962/Palliative+Care+Matters+-+Ipsos+Report.pdf>



santé partout au Canada nécessitent des programmes culturellement appropriés et pilotés dans chaque province. De tels programmes devraient tenir compte des préoccupations des groupes marginalisés et vulnérables, devraient inclure les jeunes dans leur auditoire cible, nécessiteront la participation et l'engagement communautaires et en dépendront, et devraient favoriser les coalitions et l'inclusivité sociale.

*iii) Utilisation de différents médias*

Une variété de voies de communication devrait être utilisée pour atteindre l'ensemble de la population canadienne de tout âge, de toute culture et de toutes les régions. Ces voies devraient inclure les arts et sciences humaines, en particulier l'art du récit.

**4. Qu'est-ce qui pourrait faciliter l'intégration des soins palliatifs dans les soins que vous prodiguez? Quels sont les obstacles?**

*Le gouvernement fédéral et la facilitation de l'intégration des soins palliatifs*

La prestation et le développement continus des soins palliatifs comme branche de la médecine et l'assurance qu'ils sont de la plus haute qualité et également accessibles à tous les Canadiens et Canadiennes exigent un financement assuré et stable à l'échelon provincial et territorial aussi bien qu'à l'échelon national. Il est donc important que les provinces et les territoires collaborent plus étroitement pour assurer l'uniformité des genres et de la qualité des soins palliatifs dans l'ensemble du pays. Le gouvernement fédéral, en particulier, peut appuyer les provinces et les territoires tant en assurant un afflux de fonds suffisant et constant ainsi que la coordination et l'échange d'information entre les divers intéressés. Le gouvernement fédéral peut également aider en finançant la recherche et la formation, ce qui permettra d'obtenir les données quantitatives et l'expertise nécessaires pour définir et développer les pratiques exemplaires essentielles à la prestation de soins palliatifs de qualité dans tout le pays. Comme l'a indiqué l'ancienne sénatrice Sharon Carstairs dans son rapport de 2005 *Nous ne sommes pas au bout de nos peines* : [traduction] « Sans le leadership fédéral, les Canadiens et Canadiennes continueront de n'avoir qu'un dédale de services disparates, car aucune province n'est équipée pour exercer le leadership nécessaire [aux soins palliatifs]<sup>9</sup>. » Le rapport de l'ancienne sénatrice Carstairs énumère les cinq éléments suivants comme étant essentiels à l'avenir des soins palliatifs au Canada : 1) une stratégie nationale; 2) un soutien aux patients et aux aidants naturels; 3) une formation et une éducation dispensées aux fournisseurs professionnels et non officiels de soins de santé; 4) la collaboration entre le gouvernement et la population; 5) la planification de l'avenir<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Sharon Carstairs, *Nous ne sommes pas au bout de nos peines. Des soins de fin de vie de qualité*, 1.

<sup>10</sup> *Ibid.*, 3.





### *Obstacles communs à l'ensemble du pays*

Le plus souvent, les genres d'obstacles qui se présentent fréquemment ont un rapport direct avec la coordination et le financement nationaux ou ont sur ceux-ci des répercussions directes. Les observations et les recommandations suivantes ont été présentées par Covenant Health dans son rapport à l'Alliance catholique canadienne de la santé<sup>11</sup>. La présente section signale également certains points uniques soulevés le printemps dernier au congrès international sur les soins palliatifs tenu par l'Académie pontificale pour la vie à Rome.

#### *i) Éliminer les divergences dans les genres et les normes des soins palliatifs dans l'ensemble du pays*

Avec l'évolution des soins palliatifs dans l'ensemble du Canada ces derniers temps, des écarts et des incohérences considérables se sont manifestés pour ce qui est de l'innovation, de l'accessibilité et de la qualité. Une raison de cette inégalité est l'absence d'une définition commune en regard de laquelle on peut mesurer la prestation des soins palliatifs. Mais la manière organique et fragmentaire dont les soins palliatifs se sont développés au Canada est également un facteur qui y a largement contribué. L'absence d'une vision et d'une stratégie nationales ainsi que la trop grande dépendance aux ressources et aux pratiques locales ont entraîné des divergences inutiles et des degrés d'efficacité variables, non seulement d'une province à l'autre, mais parfois même entre les établissements de soins de santé de la même région.

Les données de bon nombre de pays semblables au Canada indiquent qu'une stratégie nationale offrirait un meilleur accès à des soins palliatifs de haute qualité d'une manière financièrement responsable dans toutes les régions. Pour donner un exemple, la stratégie nationale des soins palliatifs de l'Australie (NPCS), mise en application en 2010, a amélioré l'accès et les services de soins et a fourni les données nécessaires pour mettre sur pied et améliorer les soins palliatifs<sup>12</sup>. Le modèle australien a examiné tous les éléments de base et a réuni toutes les parties prenantes. Le programme a bénéficié d'un financement considérable et soutenu ainsi que de vérifications régulières pour surveiller et appuyer l'atteinte des objectifs. Une évaluation de la stratégie a commencé en mars 2016 et s'est terminée en octobre 2016, et les résultats ont été publiés dans une revue de la stratégie en 2017<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Voir Covenant Health, *Environmental Scan* (27 novembre 2017), 7.

<sup>12</sup> Voir *Supporting Australians to Live Well at the End of Life* (2010).

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/\\$File/NationalPalliativeCareStrategy.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/$File/NationalPalliativeCareStrategy.pdf) à

<sup>13</sup> URBIS, *Evaluation of the National Palliative Care Strategy 2010. Final Report* (septembre 2016).

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/\\$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Palliative%20Care%20Strategy%202010%20Final%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Palliative%20Care%20Strategy%202010%20Final%20Report.pdf)



ii) *Dépasser les préjugés fondés sur de fausses informations*

Comme on l'a souligné lors de la première réunion de PAL-LIFE à Rome, l'un des obstacles culturels les plus importants provient de fausses informations entourant les aspects médicaux des soins palliatifs :

[traduction] [Les soins palliatifs] sont également victimes d'incompréhensions culturelles, quoique pour des raisons diverses. Dans certaines cultures, il y a de la résistance à l'utilisation d'analgésiques opioïdes parce que leur usage est mal compris ou à cause de leurs effets secondaires possibles, qui sont comparés à l'euthanasie. Dans d'autres cas, c'est la mauvaise application de certaines procédures de soins palliatifs qui provoque une opposition. De fausses informations et des motifs économiques expliquent le manque d'enthousiasme des gouvernements pour les soins palliatifs, qui est répandu partout, et ils sont responsables de la pénurie de fonds pour les soins palliatifs, même quand les gouvernements sont généralement prêts à financer d'autres genres de soins. (D. Mosoiou).<sup>14</sup>

iii) *Changer les perceptions des autorités médicales et gouvernementales*

Par suite des progrès relativement récents des soins palliatifs, tant dans le monde médical que dans la société en général, les professionnels et le grand public auront besoin d'aide pour les valoriser par des pratiques concrètes. Comme on l'a exprimé à la réunion de PAL-LIFE à Rome :

En Europe, par exemple, où les soins palliatifs sont probablement les mieux développés, deux facteurs ont été essentiels : la présence de personnalités charismatiques capables de promouvoir la valeur et le caractère spéciaux des soins palliatifs dans des contextes socio-culturels spécifiques, et la capacité des gens dans ces milieux divers de concrétiser le « nouveau » concept des soins palliatifs par des programmes efficaces de formation et de recherche (C. Centeno)<sup>15</sup>.

*Obstacles particuliers rencontrés par les peuples autochtones*

i) L'absence d'un mécanisme clair de reddition de comptes sur les soins palliatifs et de fin de vie dispensés aux populations autochtones<sup>16</sup>.

ii) À cause de l'absence de données, l'information sur le genre et la qualité des soins palliatifs offerts aux peuples autochtones est incomplète. Le rapport de 2011 du Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les soins de compassion, intitulé *Avec dignité et compassion : Soins destinés aux Canadiens vulnérables*, déplorait avec raison : « [À] cause du manque de services dans les collectivités, la plupart des patients membres des Premières nations finissent par être transférés dans des hôpitaux en milieu urbain ou régional pour y mourir, loin de leurs famille, amis et communauté, dans un

---

<sup>14</sup> Académie pontificale pour la vie, *First PAL-LIFE meeting*.

<http://www.academyforlife.va/content/pav/en/projects/pallife/first-pallife-meeting.html>

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> *Ibid.*, 32.



environnement qui ne correspond vraiment pas à leurs valeurs culturelles, familiales et spirituelles<sup>17</sup>. »

iii) La lenteur à appliquer la recommandation n° 5 faite par le Comité parlementaire sur les soins palliatifs dans son rapport de 2011, que voici : « Nous demandons au gouvernement fédéral de renforcer le programme de soins à domicile pour les communautés des Premières nations, métisses et inuites, et de concevoir des ressources en soins palliatifs à domicile, adaptées à leurs besoins communautaires, culturels, familiaux et spirituels. Il est nécessaire d'effectuer des recherches, d'offrir une formation et de renforcer les capacités pour que les peuples des Premières nations, métis et inuits reçoivent les soins palliatifs et de fin de vie qu'ils méritent<sup>18</sup>. »

## **5. Les soins centrés sur la personne sont-ils un but approprié? Pourquoi ou pourquoi pas? Quels sont les obstacles qui empêchent la prestation de soins centrés sur la personne?**

La dignité de la personne est au cœur de la pratique des établissements catholiques de soins de santé dans la prestation des soins palliatifs et la promotion de la dignité de la personne humaine. (Les soins de santé sont dispensés par les personnes, pour les personnes.) La personne soignée ne devrait jamais être réduite simplement à un nombre, à une statistique ou à « un autre patient ».

Bien que le patient et le soignant supportent indéniablement des fardeaux et des pertes dans le processus de mort, la personne qui reçoit les soins ne devrait jamais être considérée comme un fardeau pour elle-même ou pour d'autres. La promotion et la défense de cette vision de la personne humaine à toutes les étapes de la vie est au cœur des soins palliatifs, de la médecine et de la société<sup>19</sup>. Comme l'a affirmé Covenant Health :

[traduction] [...] un élément majeur de l'approche centrée sur la personne est la compassion offerte au mourant. Selon son étymologie, « compassion » vient du latin *cum* (avec ou ensemble) et *passio* (souffrance, soumission), qui est dérivé de *passus* (souffrir, subir). À sa racine, la compassion signifie « être ensemble dans la souffrance ». La compassion nous appelle à rester l'un avec l'autre et à être présents malgré notre impuissance à modifier la trajectoire de la maladie. Les soins palliatifs et de fin de vie sont la quintessence de cette présence compatissante dans le fait d'offrir un soulagement de qualité des douleurs et des symptômes, de veiller aux besoins psychologiques et spirituels complexes et finalement d'être véritablement présent au patient, un résident et sa famille, même quand la guérison n'est pas possible<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> Avec dignité et compassion, 40.

<sup>18</sup> *Ibid.*, 41.

<sup>19</sup> Voir *Theological Reflection*, 3.

<sup>20</sup> *Ibid.*, 4.



En fait d'obstacles aux méthodes centrées sur la personne dans la pratique médicale, l'absence de personnel de soins de santé et de bénévoles ayant une formation convenable est critique. Pareillement, les aidants naturels désignés par les patients, qui sont essentiels à la prestation des soins palliatifs, sont empêchés d'accompagner leurs proches mourants parce que leurs employeurs imposent des limites strictes à la durée d'absence du travail qu'ils peuvent prendre. La législation en matière d'emploi ne pourrait-elle pas être remaniée pour répondre plus généreusement aux besoins des membres de la famille pendant le processus d'accompagnement d'un être cher qui est mourant?

En plus de ce qui précède, les remarques suivantes ont été faites à la conférence de PAL-LIFE à Rome :

i) « *La pratique holistique de la médecine, c'est beau si on l'a, mais en fin de compte elle n'est pas essentielle.* »

[traduction] « Certains représentants de la médecine contemporaine, limités par leur orientation "scientifique", estiment qu'une façon holistique de traiter le patient, avec l'importance spéciale accordée par les soins palliatifs au soin psychologique, social et spirituel des malades et de leurs familles, est une sorte d'"œuvre pieuse" qui est évidemment possible, et même louable, mais pas essentielle à la médecine clinique. Les soins palliatifs sont ainsi "banalisés"<sup>21</sup>. » (E. Bruera)

ii) *La question des résultats financiers*

« Des obstacles semblables sont dressés par les administrateurs d'hôpitaux, qui établissent des structures d'après un modèle de la "santé en tant que produit" ayant des résultats mesurables. Bien sûr, si on considère "seulement les chiffres", les soins prodigués aux patients incurables ou en phase terminale sont de par leur nature un "mauvais investissement". Du point de vue de ces administrateurs, les soins palliatifs constituent une dépense difficile à justifier parce qu'ils sont dispensés à des patients dont le pronostic est la mort et non la guérison<sup>22</sup>. »

iii) *L'accompagnement spirituel : élément dont l'importance est niée ou sous-estimée*

Même dans la pratique des soins palliatifs, il y a le [traduction] « danger que [...] son attention holistique à la personne se concentre sur les symptômes et les conditions organiques et qu'on oublie ce que le patient a d'intangible. (C. Centeno) On peut percevoir ce danger quand la spiritualité est traitée comme seulement un aspect complémentaire de la recherche plutôt qu'un élément primordial. (Ch. Puchalski) L'accompagnement spirituel est un élément indispensable de l'aide aux patients gravement malades ou en phase terminale : pour beaucoup d'entre eux, la priorité à la fin de leur vie est d'être en paix avec Dieu et de prier (E. Bruera), et le fait de les laisser dans

---

<sup>21</sup> Académie pontificale pour la vie, *First PAL-LIFE meeting*.

<http://www.academyforlife.va/content/pav/en/projects/pallife/first-pallife-meeting.html>

<sup>22</sup> *Ibid.*



une situation de souffrance spirituelle les amène facilement à demander le suicide assisté<sup>23</sup>. »

**6. Nous sommes intéressés par des solutions nouvelles et originales pour accroître l'accès aux soins palliatifs dans les régions mal desservies et pour des populations spéciales pouvant être particulièrement vulnérables. Veuillez donner des exemples de la façon dont votre organisation (ou vous-même) a comblé les lacunes pour les personnes atteintes d'une maladie potentiellement mortelle et leur famille.**

i) *Rencontrer les gens où ils sont*

Les lieux de culte, tels que la paroisse catholique, sont le foyer spirituel d'une grande variété de gens ayant des antécédents sociaux, économiques, régionaux et culturels divers. La démographie de la paroisse inclut souvent un nombre important de personnes marginalisées et vulnérables. Pour les catholiques, la paroisse est le principal endroit où les questions sur la vie et la souffrance — leur sens et leur raison d'être — sont approfondies dans la prière silencieuse ainsi que dans un dialogue avec d'autres. Pour cette raison, la **Conférence des évêques catholiques du Canada**, en collaboration avec **Pallium Canada**, le **Collège universitaire dominicain**, l'**Alliance catholique canadienne de la santé** et l'**Organisme catholique pour la vie et la famille (OCVF)**, a adopté la paroisse comme lieu de sondage et de sensibilisation sur les soins palliatifs.

La CECC, avec ces partenaires, élaborera des ressources éducatives sur la fin de vie pour les paroisses catholiques du Canada. Pour assurer que ces ressources abordent les vraies questions des gens dans nos communautés, plusieurs groupes de discussion se sont réunis pour discuter les questions des soins palliatifs et de fin de vie avec les fidèles ordinaires. Ces ressources chercheront à combler les lacunes de nos connaissances ainsi qu'à fournir une nouvelle information. Elles préconiseront une approche holistique qui s'inspire de l'expérience humaine, de la théologie, de la médecine et des domaines connexes et qui tient compte des questions culturelles et psychologiques importantes pour les patients et les familles aux prises avec une maladie incurable qui entraînera la mort du patient.

L'**Institut canadien catholique de bioéthique** a publié plusieurs études et documents savants sur les soins palliatifs et les questions de fin de vie, qui peuvent être consultés sur son site Web<sup>24</sup>. Le CCBI a également organisé plusieurs conférences et séances d'éducation en paroisse sur les soins palliatifs.

La **Catholic Women's League of Canada (CWL)**<sup>25</sup>, une organisation confessionnelle féminine qui compte 83 000 membres de tout le Canada, a entrepris plusieurs campagnes d'éducation pour promouvoir les soins palliatifs, y compris une campagne majeure

---

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> <http://www.ccbi-utoronto.ca/>

<sup>25</sup> La CWL, qui compte plus de 80 000 membres dans les conseils paroissiaux de chaque province, du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest ainsi que dans des bases militaires de tout le pays, s'est engagée à fond dans la promotion des soins palliatifs.



coïncidant avec la **Semaine nationale des soins palliatifs**<sup>26</sup>. Celle-ci a inclus les « douze heures de prière pour les soins palliatifs », qui ont eu lieu dans des paroisses catholiques de tout le Canada. En plus de ces initiatives éducatives importantes et d'autres, la CWL a également entrepris d'exercer des pressions pour promouvoir un accès plus large aux soins palliatifs au Canada. Lors de son 96<sup>e</sup> congrès national annuel, la CWL a exhorté le gouvernement fédéral : a) à désigner les soins palliatifs comme un service de santé assuré, couvert en vertu de la *Loi canadienne de la santé*; b) à élaborer une stratégie nationale afin d'établir des normes uniformes et de dispenser les soins palliatifs tels qu'ils sont définis par l'Organisation mondiale de la santé; c) à modifier la *Loi canadienne de la santé* de façon à inclure les soins à domicile comme service de santé assuré.

ii) *Innovations d'avant-garde*

Les établissements catholiques de soins de santé ont mis un point d'honneur à promouvoir les innovations en matière de soins palliatifs. Le terme « innovations » dans ce contexte, tel qu'il est défini par Covenant Health, désigne des pratiques visant à combler les lacunes du système et à répondre aux besoins insatisfaits des patients, des administrateurs et des professionnels des soins de santé. Ces innovations peuvent être de nature sociale, scientifique ou organisationnelle<sup>27</sup>. Parmi les innovations énumérées par Covenant Health dans son enquête nationale auprès des établissements catholiques de soins de santé, mentionnons les suivantes :

- Politique de planification préalable des soins et de désignation des objectifs de soins
- Question sur la dignité du patient
- Formation en matière de deuil pour les bénévoles en soins palliatifs
- Initiative de planification préalable des soins animée par des bénévoles
- Tele-Palliation
- Programme de groupe de marche pour hommes
- Programme de thérapie horticole
- Accès à un soutien clinique 24 heures sur 24
- Modèle réparti de soins palliatifs
- Clinique externe
- Programme de cheminement de fin de vie

Dans son analyse du milieu, Covenant Health a affirmé qu'il y avait 9 établissements canadiens catholiques de soins de santé qui avaient des innovations en matière de soins palliatifs, dont 6 ont été lancées pendant les cinq dernières années. Depuis 2012, ces 6 établissements ont lancé en tout 21 innovations en matière de soins palliatifs, et ils projettent d'en lancer 14 autres dans les deux prochaines années. Sur ces 21 innovations récentes, 48 % ont fait l'objet de données fondées sur des recherches. Les données sur 4 d'entre elles ont déjà été publiées. En tout, les résultats de 43 % des innovations récentes ont été reproduits dans au moins un autre milieu ou endroit.

---

<sup>26</sup> La semaine est organisée par l'Association canadienne de soins palliatifs. <http://acsp.net/accueil.aspx>

<sup>27</sup> Covenant Health, *Environmental Scan, Executive Summary*, 15.



**7. En tant que fournisseur de soins de santé, qu'est-ce que vous considérez comme une formation appropriée pour offrir une approche palliative aux soins? Pensez-vous que vous avez le soutien dont vous avez besoin pour offrir une approche palliative aux soins?**

Les conclusions et les recommandations suivantes se trouvent dans le *Palliative Care Matters Consensus Statement* au sujet de la formation appropriée<sup>28</sup> :

i) *Collecte des données*

Bien qu'il y ait une documentation éducative abondante traitant des soins palliatifs et des différentes manières de les administrer, la collecte de données additionnelles demeure une priorité afin que l'efficacité des soins palliatifs puisse être démontrée de façon empirique à tous les intéressés.

ii) *Renforcement de la formation*

Les infirmières et les assistants en soins de santé qui sont en première ligne ont besoin d'une formation spécialisée. Cette formation doit être offerte en classe aussi bien qu'en cours d'emploi, tant au début que par voie de perfectionnement professionnel permanent. Il est important de remarquer que les infirmières et les assistants en soins de santé offrent le gros des soins payés par les deniers publics aux patients qui reçoivent des soins palliatifs à domicile, dans les centres de soins palliatifs et dans les établissements de soins de longue ou de courte durée. Des organisations provinciales et nationales ont créé des modules d'apprentissage et des programmes d'études pour faire avancer les connaissances en soins palliatifs des nouveaux venus dans les programmes de soins infirmiers et d'assistants en soins de santé. Un consensus est toutefois nécessaire sur la portée ou l'étendue de la formation donnée dans ces programmes.

iii) *Offre de certification*

Un document national décrivant les « compétences professionnelles » en soins palliatifs pourrait contribuer grandement à l'élaboration d'un programme de formation pour les professionnels des soins de santé. Une liste de compétences professionnelles pourrait servir de norme permettant d'évaluer les étudiants qui veulent obtenir des diplômes avancés ou une certification professionnelle en soins palliatifs.

iv) *Assurance d'un financement également distribué et fiable*

Un financement fiable est nécessaire non seulement pour assurer une recherche et un développement continus, comme nous l'avons déjà indiqué, mais aussi pour offrir aux infirmières et aux assistants en soins de santé une formation appropriée. Actuellement, le financement pour l'éducation permanente en soins palliatifs varie d'une province à l'autre. Un soutien financier de l'employeur est offert dans certaines provinces; dans

---

<sup>28</sup> *Palliative care Matters – Consensus Statement*, 17, question 4b.



d'autres, le coût de la formation additionnelle doit être assumé entièrement par la personne qui veut l'obtenir.

**8. Y a-t-il des obstacles qui vous empêchent d'avoir accès à la formation sur les habiletés et les compétences en soins palliatifs? Dans l'affirmative, que sont-ils?**

En fait d'obstacles qui empêchent l'accès à l'acquisition des habiletés et des compétences en soins palliatifs, les conclusions et les recommandations suivantes ont été formulées dans le *Consensus Statement* précité :

[traduction] Malheureusement, les médecins canadiens n'ont pas une formation suffisante en soins palliatifs. Sur 17 écoles de médecine, 10 offrent moins de 10 heures d'études en soins palliatifs dans leurs programmes de premier cycle, et beaucoup de résidents ne sont pas capables de suivre un cours optionnel en soins palliatifs parce que peu de ces cours sont offerts. Après avoir obtenu leur permis, les médecins doivent faire un nombre prescrit d'heures de formation médicale continue. Même dans ce cadre, peu de possibilités d'apprentissage portent sur les soins palliatifs. Il est difficile d'imaginer une pratique médicale où personne ne meurt, et pratiquement tous les médecins du Canada devraient être capables de fournir des soins palliatifs de base. Il y a des obstacles à ce que les médecins soient compétents en matière de soins palliatifs, et il faut s'y attaquer en apportant des améliorations au niveau du premier cycle, des études avancées et de la formation continue<sup>29</sup>.

Les ressources d'enseignement des soins palliatifs au Canada doivent être mieux déployées. Pour assurer que tous les médecins ont les habiletés de base en soins palliatifs, les deux compétences fondamentales, la gestion des symptômes et les habiletés en communication, doivent être enseignées pendant toute la formation médicale et pendant l'éducation permanente. Les habiletés de communication incluent, entre autres choses, les conversations pénibles sur les maladies qui limitent la vie, le deuil, la mort, le processus de mort et la communication multidisciplinaire<sup>30</sup>.

Le renforcement des communications entre tous les membres de l'équipe de soins palliatifs, y compris les patients et les familles, doit être un élément important du modèle de collaboration intégré qui a été recommandé.<sup>31</sup>

**9. Quelles sont les pratiques en place au sein de votre organisation permettant de soutenir les aidants naturels en tant que membres importants de l'équipe de soins de santé?**

i) *FAMCARE-2*

[traduction] « En réponse à la recommandation d'Agrément Canada, le programme de soins palliatifs de la zone d'Edmonton et les soins palliatifs provinciaux de Covenant

---

<sup>29</sup> *Ibid.*, 18, question 4c.

<sup>30</sup> *Ibid.*, 18, question 4c.

<sup>31</sup> *Ibid.*, 18, question 4c.





Health ont adopté l'outil FAMCARE-2 comme mesure de la satisfaction des aidants familiaux à l'égard des services de soins palliatifs. Une étude d'évaluation du processus de FAMCARE-2 a été effectuée dans les centres de soins palliatifs d'Edmonton et à l'unité de soins palliatifs tertiaires du Grey Nuns Community Hospital. Elle a également été menée à l'unité de soins palliatifs de St. Michael's, à Lethbridge, pour vérifier la pertinence de l'outil dans l'obtention d'observations sur la satisfaction des familles. L'outil est maintenant utilisé par toutes les unités de soins palliatifs d'Edmonton et de Covenant Health en Alberta, des comptes rendus sont donnés régulièrement, et les remarques des aidants familiaux sont affichées à l'intention du personnel<sup>32</sup>. »

ii) *Élargissement des équipes de prestation des soins palliatifs hors des réseaux professionnels*

Les aidants naturels désignés par le patient offrent les soins palliatifs les plus directs 24 heures par jour aux patients à domicile. Leur rôle essentiel dans le soin des patients mourants doit être reconnu. Le personnel médical reconnaît de plus en plus l'importance de l'inclusion des aidants naturels désignés par le patient dans l'équipe de prestation des soins palliatifs. Les signataires du *Consensus Statement* recommandent que la *Loi canadienne de la santé* soit modifiée pour reconnaître l'importance des aidants naturels désignés par le patient ou des soins palliatifs intégrés à domicile<sup>33</sup>.

iii) *Offre d'outils aux aidants naturels désignés par le patient*

L'inclusion des aidants naturels désignés par le patient dans la prestation des soins palliatifs suppose que ces aidants naturels soient équipés pour leur tâche. Le *Consensus Statement* recommande ce qui suit :

- que les aidants naturels reçoivent une éducation continue sur la progression de la maladie, de manière à répondre aux besoins changeants de la situation;
- que les besoins de soins de relève et d'évaluation de la santé personnelle des aidants naturels soient soutenus par les autres membres de l'équipe de soins au patient. Cela peut inclure des possibilités pour l'aidant naturel de discuter les préoccupations auxquelles il se heurte, y compris l'isolement, le stress, l'anxiété, l'épuisement, le deuil anticipé et la confusion.

iv) Plusieurs diocèses et éparchies catholiques du Canada forment et coordonnent des bénévoles laïques pour qu'ils offrent aux malades des services de pastorale et un accompagnement spirituel. Ceux-ci offrent des services de soins palliatifs offerts dans tout le système de soins de santé, et cela inclut l'aumônier officiel. Parfois, le cadre de ces soins est le domicile (soins de pastorale à domicile). Un vaste réseau de bénévoles est à l'œuvre à Calgary et à Montréal, pour mentionner deux exemples remarquables.

---

<sup>32</sup> *Making a Difference: Highlights of the Covenant Health Palliative Institute 2012-2017*, 4.

<sup>33</sup> *Palliative care Matters – Consensus Statement*, 16, question 4a.



**10. Comment le risque de deuil intense et durable peut-il être mieux évalué et traité? Cela peut-il être évité / réduit grâce à un soutien précoce au deuil?**

i) *Équipes de soutien aux personnes en deuil*

Les établissements catholiques de soins de santé ont constaté le besoin d'intensifier les efforts de soutien aux personnes en deuil. Certaines paroisses catholiques du Canada ont organisé des équipes de soutien aux personnes en deuil, qui aident les paroissiens éprouvés par le deuil dans un contexte de foi et de communauté. Certaines de ces initiatives sont fondées sur le modèle des communautés soignantes et compatissantes. Elles exigent toutes une formation qui rend les bénévoles capables de répondre à diverses situations exigeant des pratiques personnalisées, telles que les circonstances des souffrances et de la mort, la nature de la relation entre le défunt et l'aidant naturel, les besoins particuliers de la famille et les ressources accessibles dans la communauté.

ii) *Les soins palliatifs devancent et facilitent le processus de deuil.*

Les personnes en deuil sont souvent affectées par leur impression sur la qualité des soins reçus par leurs êtres chers avant leur décès. Des soins palliatifs de haute qualité, holistiques et intégrés, qui tiennent également compte des besoins de l'aidant naturel, aident souvent à diminuer les sentiments naturels de culpabilité qui entourent parfois le décès d'un être cher. Les membres de l'équipe de soins palliatifs continuent souvent après la mort du patient leurs relations avec les personnes qui s'identifient comme aidants naturels. Ce faisant, les membres de l'équipe de soins palliatifs peuvent offrir un soutien aux personnes en deuil et les aider ainsi à guérir et à pardonner. Une réconciliation finale peut aider une personne à tourner la page et à être en paix.