



Société de
**soins palliatifs
à domicile**
du Grand Montréal

RÉFLEXION

**DE LA SOCIÉTÉ DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE
DU GRAND MONTRÉAL**

DÉPOSÉE

**DEVANT LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC**

SUR

« LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ »

FÉVRIER 2010

**Cette réflexion a été partagée par
les membres du conseil d'administration
de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal**

Membres du Comité de préparation

Monsieur Jean Denis Duquette, Président du conseil d'administration
Docteure Dominique Dion, Membre du conseil d'administration
M^e Monique Jarry, Membre du conseil d'administration
Docteure Manon Lamoureux, Membre du conseil d'administration
Madame Elsie Monereau, Directrice des soins palliatifs
Monsieur Bérard Riverin, Directeur général

Présentateurs :

Monsieur Bérard Riverin, Directeur général
Madame Elsie Monereau, Directrice des soins palliatifs

SOMMAIRE

1. Introduction – Remerciements
2. Présentation de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal
3. Les soins à domicile en fin de vie
4. Notre orientation sur le droit de mourir dans la dignité
5. La conclusion – les recommandations

Annexes :

Annexe 1 - Fiche synthèse

Annexe 2 - Tableau synthèse des interventions du personnel clinique et des objectifs poursuivis avec le malade et les proches

1. Introduction - Remerciements

Monsieur le Président de la Commission de la Santé et des Services sociaux,
Mesdames, Messieurs, les parlementaires, membres de cette Commission,
Invité(e)s et présentateurs dans le cadre de cette consultation,

Permettez-nous d'abord de vous remercier très sincèrement de nous avoir invités à intervenir et à présenter nos pistes de réflexion dans le cadre de cette démarche de consultation visant à faire évoluer au Québec « **Le droit de mourir dans la dignité** », un sujet extrêmement médiatisé actuellement, hypersensible et fort complexe qui nous interpelle tous.

Si notre humble participation contribue à faire clarifier des éléments importants de cette vaste réflexion, nous serons satisfaits. Nos propos en rejoindront sûrement d'autres déjà entendus ou à venir devant cette Commission. Pour les redondances, nous nous excusons, pour la cohérence et les similitudes avec d'autres, nous sommes fiers d'en être solidaires!

Nous tenons aussi à reconnaître le Gouvernement du Québec et les parlementaires pour l'audace de vouloir, par cette consultation, faire un pas dans la bonne direction vers un portrait peut-être plus consensuel de cette problématique. Car, on sent qu'il y a actuellement, dans le société, le désir qu'une réflexion plus approfondie se fasse sur le sujet : **le droit de mourir dans la dignité** qui suscite de nombreuses interprétations, différentes parce que justement, ce concept fait appel à des valeurs diverses, qu'elles soient sociales, humaines, culturelles, personnelles, collectives et même cliniques. De plus, nous accueillons favorablement le fait que soient interpellés devant cette Commission autant d'acteurs représentants à la fois, la société civile et les professionnels et les spécialistes concernés.

2. Présentation de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal

Créée en 1973, l'Association d'Entraide Ville-Marie maintenant Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal, est un organisme à but non lucratif, fondée par un groupe de personnes, déjà préoccupées à l'époque, par cette question « **d'aider des personnes malades atteintes de cancer à mourir dans la dignité.** »

Donc, pionnier des soins de fin de vie à domicile, notre organisme a, jusqu'à présent, accompagné et prodigué des soins spécialisés à plus de 36 000 personnes en phases préterminale et terminale de cancer.

Depuis ses débuts, par une pratique clinique rigoureuse et compatissante et par une réflexion incessante, inspirées entre autres, par des personnes que nous avons soignées et accompagnées et par la proximité de spécialistes et autres professionnels du domaine des soins palliatifs, notre organisation a développé une approche humaniste, une expérience et une expertise qui assurent une qualité de soins et de services à domicile reconnue, tant par les malades et leurs proches que par les professionnels de la santé qui réfèrent les malades et qui travaillent en étroite complémentarité et en partenariat avec nous. (voir annexe 2)

Par son application quotidienne, cette approche privilégie des soins professionnels de haute qualité, dispensés avec diligence, efficacité, humanisme et compassion, dans le but de réaliser avec la personne malade et ses proches un véritable projet commun d'accompagnement ultime dans la dignité.

Comment la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal se place par rapport à la problématique?

La Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal est reconnue par sa clientèle et le réseau de la santé depuis plus de 35 ans pour son expertise et la qualité de ses soins et services à domicile aux personnes malades et à leurs proches.

Selon les valeurs et les croyances sociales, humaines et culturelles de chacun, nous sommes aussi d'avis qu'il y a quelques façons de respecter le « droit de mourir dans la dignité ». Toutefois, nous sommes persuadés **que les soins palliatifs en sont une** et que cette avenue doit être explorée et développée davantage. Il faut trouver les moyens pour en augmenter l'accès de façon optimale sur tout le territoire du Québec, au plus grand nombre possible de personnes. À cet égard, les Agences de santé, les CSSS et les hôpitaux avec l'ensemble de leurs professionnels et gestionnaires doivent être interpellés afin de rendre l'offre de services accessibles, de façon équitable.

Nous le répétons, les soins palliatifs de qualité constituent une des options à privilégier pour le droit de nos concitoyennes et concitoyens à « mourir dans la dignité ».

Nous ne surprendrons donc personne en déclarant devant la Commission que l'intervention de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal ne vient pas se placer dans l'axe du débat pour ou contre l'euthanasie ou le suicide assisté, pas plus que dans l'axe du débat sur l'acharnement thérapeutique. C'est plutôt dans le sens d'une présentation des soins palliatifs en vue d'une meilleure connaissance de ceux-ci comme un des moyens qu'il faut consolider dans le réseau des soins pour accompagner encore plus adéquatement une personne en fin de vie dans la dignité.

Cette brève mais importante mise au point vous permettra sans doute, auditeurs attentifs et influents, de voir clairement, comment nos conclusions vont se placer dans le cadre de cette vaste réflexion.

Est-il besoin d'ajouter qu'en privilégiant l'accompagnement de la phase palliative et la fin de vie, nos interventions ne visent pas à précipiter le décès mais à utiliser les moyens et les soins les plus appropriés pour accompagner la personne malade dans un climat de confiance et de compassion plutôt que de peur et de douleur.

En partant du pré-requis que l'autonomie de la personne malade est un droit sacré qui doit être respecté et exercé jusqu'à la fin, le soignant doit aussi assurer le transfert des informations et des connaissances afin que ce droit s'exerce dans le cadre d'un consentement éclairé.

3. Les soins à domicile en fin de vie

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, le contrôle des autres symptômes et de tout problème psychologique social et spirituel deviennent essentiels au cours de cette période de vie. »

Les services offerts par notre organisme s'intercalent dans un large continuum de soins. Plusieurs de nos malades ont d'abord bénéficié de traitements qui visaient soit à guérir, ou tout au moins, à ralentir la progression de leur maladie. Durant la trajectoire de soins, les malades et leurs proches sont donc souvent passés à travers toute une gamme d'émotions, allant du désarroi, à l'espoir, à la résignation. Le malade et ses proches sont ainsi touchés dans toutes les dimensions de leur être et également dans toutes les facettes de leur vie. Plusieurs questions peuvent se poser sous de multiples formes : Pourquoi la maladie? Pourquoi la souffrance? Pourquoi la mort? Y a-t-il vraiment un au-delà? Pourquoi des séparations aussi brutales? Qu'est-ce qui donne un sens à ma vie? Est-ce que ma vie conserve un sens? Ce sont des « pourquoi » qui reviennent souvent et auxquels on n'a pas nécessairement de réponse mais que l'on se doit d'accueillir.

Le malade aura donc non seulement besoin d'être soigné, mais lui et ses proches devront être soutenus et guidés, par des personnes compétentes, sensibles et disponibles. Dès la première visite à domicile, l'infirmière ou l'infirmier doit être prêt à répondre aux besoins de la personne malade; c'est-à-dire, soulager la douleur, diminuer l'anxiété, rassurer le malade et ses proches, créer la base d'une relation de confiance, etc.

Cette relation de confiance et de respect mutuels est essentielle pour encourager une discussion saine autour d'enjeux très importants et qui, dans plusieurs cas, n'auront pas nécessairement été abordés à ce jour. Quelles sont les valeurs et les croyances partagées par le malade et ses proches? Qu'est-ce qui constitue pour le malade et ses proches, des soins appropriés de fin de vie? Fort de son expérience dans le domaine, l'infirmière et l'infirmier à domicile peut faciliter et faire progresser cette réflexion.

Une des constances en soins palliatifs est le CHANGEMENT. Aucun soignant ne peut établir un plan d'intervention définitif. Non seulement la situation physique du malade et de ses proches va se modifier au cours des jours ou des semaines à venir, mais également leur évaluation de la situation, leur capacité à s'impliquer, leur perception par rapport à une mort éventuelle et celle d'y accompagner un proche. Nous avons donc le devoir, en tant que soignants, d'être toujours prêts à s'adapter à une nouvelle dynamique et à répondre aux interrogations et aux besoins qui ont pu se modifier. C'est ce que l'équipe de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal s'efforce de faire depuis plus de 35 ans.

Au cours des dernières années, les soins palliatifs au Québec ont connu un essor et un développement considérables mais ne rencontrent pas encore les besoins et la demande de la population. Il faut donc continuer à déployer tous les efforts nécessaires pour qu'ils soient accessibles partout et pour tous.

4. Notre orientation sur le droit de mourir dans la dignité

Partant de la prémisse que notre expertise se situe auprès des personnes en phases palliative et avancée d'un cancer, notre réflexion sur le droit de mourir dans la dignité ne porte que sur les soins de fin de vie et n'aborde pas la question du suicide assisté et de l'euthanasie au sens plus large. Qui plus est, nous n'avons pas la prétention d'être représentatif de l'ensemble des intervenants dans ce domaine même si nous sommes un témoin privilégié du vécu de plusieurs malades et de leurs proches. Nous espérons simplement apporter notre point de vue et une réflexion sur l'éventail de soins appropriés possibles à offrir aux personnes malades en fin de vie.

La mort, au sens large du mot, est une notion universelle; la « nôtre » est quelque chose de tout à fait personnel. Et chacun voudrait réclamer le droit de choisir : où, quand, comment mourir? Si aujourd'hui, l'on s'interroge sur **le droit de mourir dans la dignité**, c'est sans doute que comme société, nous convenons que bon nombre d'individus n'ont pas eu ou n'ont pas ce choix. D'ailleurs, on peut s'interroger si l'expérience de deuils difficiles, entre autres, peut contribuer à ce que des personnes veuillent davantage contrôler l'environnement et le contexte entourant leur propre fin de vie.

Nous sommes tous persuadés que le droit de mourir dans la dignité est indéniable; cela implique le droit au respect, le droit d'être accompagné et la possibilité de faire certains choix de fin de vie selon nos valeurs, nos croyances. Nous vivons dans une société pluraliste où différentes valeurs et croyances cohabitent. Les notions de dignité et de qualité de vie sont très personnelles et comme soignants professionnels, nous ne pouvons nous substituer aux malades et à leurs proches. Tout en étant bien attentionné, y a-t-il un risque, dans certaines situations, de dériver et d'« acharnement moral » en soins palliatifs? Il ne faudrait surtout pas que comme soignants, nous imposions nos perceptions personnelles (ex. : tenter de donner un sens à des situations de fin de vie qui ne pourraient pas faire de sens aux yeux d'autres personnes).

Nous devons souligner que malgré le fait que nous n'avons jamais documenté de façon rigoureuse la question d'euthanasie auprès des malades atteints d'une maladie terminale, la plupart des soignants de notre organisation s'entendent pour dire qu'ils n'ont pas eu souvent, au fil des ans, de demandes formelles et répétées d'euthanasie. Par contre, en s'inspirant des réflexions des soignants professionnels, il faut reconnaître qu'il existe des limites aux soins palliatifs. Même avec des soins palliatifs personnalisés et de grande qualité, il existera toujours des fins de vie complexes (c'est-à-dire, symptômes réfractaires qui dans certains cas, nécessitent une sédation palliative) pour lesquelles on peut s'interroger si le niveau de confort qu'on a pu assurer a été optimal et a répondu aux attentes et aux valeurs du malade et de ses proches. Pourrions-nous faire mieux?

Dans une perspective sociétale, nous devrions mieux documenter les perceptions des malades et des proches qui les accompagnent en regard d'une fin de vie qu'ils considèrent digne et acceptable et mieux documenter comment ces perceptions évoluent tout au cours du continuum de soins.

La Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal ne souhaite pas opposer soins palliatifs et euthanasie ou se placer dans l'axe pour ou contre l'euthanasie ou le suicide assisté mais désire plutôt orienter la discussion vers une offre de services appropriés en fin de vie et en faire la promotion, comme le mentionne le Collège des Médecins dans le sens des moyens les plus appropriés. Notre orientation première va dans le sens d'un rehaussement, d'une accessibilité accrue et d'une détermination à offrir des soins de fin de vie de qualité qui répondent aux valeurs des malades et de leurs familles.

La fin de vie est un moment d'intense activité psychique et de grande demande relationnelle. Cet événement « unique », revêt une importance capitale puisque pour la personne concernée, ce sont ses dernières paroles, ses derniers échanges, ses dernières pensées sur soi et sur la vie. L'accompagnement des proches, des soignants, des amis, des bénévoles est primordial. Comme société, nous avons le devoir de s'interroger et de s'adapter aux changements propres à notre évolution.

Nous considérons que la mort attendue ne doit pas être abordée à travers le prisme du financement mais à partir de considérations humanitaires et humanistes.

Nous osons prétendre que dans cette demande d'aide qui passe par l'ultime requête d'euthanasie, les personnes malades cherchent à communiquer leur grande souffrance physique, psychologique et spirituelle. Mais que demandent-elles vraiment? Elles demandent d'être entendues et soulagées de cette souffrance. Lorsqu'elles sont entendues et réconfortées par des soignants qui tenteront tout pour atténuer cette souffrance physique, la plupart du temps, l'angoisse et la peur de souffrir davantage s'amenuiseront.

Il est donc important, voire urgent, de donner un sens à ce qu'il reste à vivre, en créant les conditions d'une communication significative. Les raisons de continuer à vivre se retrouvent souvent dans les relations à autrui. Tout prend d'autant plus d'importance que l'univers se rétrécit. Créer un espace pour communiquer devient de plus en plus fondamental et urgent.

5. La conclusion – les recommandations

En guise de conclusion, sans aucune prétention d'avoir couvert tous les aspects du sujet, nous déposons les recommandations suivantes :

- 1. Que le Gouvernement du Québec, par le biais du Ministère de la Santé et des Services sociaux, entreprenne et réalise une importante campagne nationale d'information afin :**
 - **De faire la promotion des soins palliatifs comme option importante pour l'accompagnement d'une personne en fin de vie;**
 - **D'amener la population à bien comprendre la signification précise des concepts et d'encourager l'utilisation d'un vocabulaire commun dont la signification des termes est partagée par tous (suicide assisté, cessation de traitement, euthanasie, sédation palliative) lorsqu'on parle des choix en fin de vie;**
 - **De promouvoir la communication et les discussions ouvertes entre les malades, les proches et les soignants afin d'établir un véritable consensus quant au choix, le moment venu;**
- 2. Que les soins palliatifs soient offerts aussitôt que l'évolution clinique du malade le requiert;**
- 3. Qu'en ce sens, l'accessibilité aux soins appropriés pour les malades en fin de vie soit disponible de façon équitable pour l'ensemble de la population du Québec, en qualité et en quantité suffisantes et que les ressources adéquates soient allouées en conséquence;**
- 4. Que compte tenu du mouvement constaté au Québec en matière de soins palliatifs et compte tenu aussi du souhait fortement majoritaire de la population, on privilégie les soins palliatifs à domicile comme un excellent moyen pour accompagner, dans la dignité, une personne en fin de vie dans son environnement familial, si tel est son souhait et celui de ses proches;**
- 5. Que l'offre d'un programme de soutien aux proches soit jumelée à l'offre des soins palliatifs à domicile dans l'accompagnement de fin de vie afin de les aider à réaliser le projet de mourir à domicile, lorsque souhaité;**

6. **Que le Gouvernement dans sa volonté de favoriser le maintien à domicile pour l'accompagnement et les soins de fin de vie assure un accès gratuit aux malades pour l'ensemble de la médication et des équipements requis;**
7. **Que dans l'éventail des options pour une fin de vie digne, le législateur assure pleinement ses responsabilités d'encadrement juridique, éthique, social et clinique afin que toutes les personnes impliquées soient traités dans le plus grand respect quant à l'ensemble de leurs valeurs spirituelles, humaines, morales, culturelles et sociales.**

En terminant, nous tenons à vous assurer, toutes et tous, que la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal est disposée et disponible pour accueillir et traiter, dans le cadre de sa mission, toute orientation ou tout projet issu de cette importante réflexion, susceptible d'améliorer l'accessibilité, la quantité et la qualité des soins de fin de vie.

Merci de votre ouverture!

ANNEXE 1

Fiche synthèse

Créée en 1973, l'Association d'Entraide Ville-Marie maintenant **Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD)**, est un organisme à but non lucratif, dont le but est d'offrir des **soins palliatifs spécialisés à domicile de haute qualité**, à toute personne atteinte de cancer et en fin de vie.

NOTRE MISSION

Offrir à domicile à notre clientèle toute la gamme de services et de soins palliatifs requis afin de :

- 1. Améliorer et optimiser une qualité de vie à domicile à la personne atteinte de cancer et à sa famille en favorisant une approche globale intégrée (voir l'annexe 2 – Tableau synthèse des interventions du personnel clinique et des objectifs poursuivis avec le malade et les proches);*
- 2. Apporter aux proches toute la formation et le soutien nécessaires pour qu'ils puissent accompagner le mieux possible le malade et lui prodiguer les soins appropriés.*
- 3. Favoriser, lorsque le malade et la famille le souhaitent, la fin de vie à domicile.*

NOS VALEURS

Les valeurs constituent la base de nos engagements :

*Dévouement et compassion
Respect et tolérance
Excellence du service
Écoute
Ouverture d'esprit*

NOS SERVICES

- Un suivi assuré par les infirmières et infirmiers de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal en collaboration avec des oncologues, autres médecins spécialistes et des médecins spécialisés en soins palliatifs*
- Des soins spécialisés qui visent à optimiser le soulagement de la douleur et des autres symptômes reliés à la maladie*
- Des soins d'hygiène et de confort personnalisés et adaptés aux besoins du malade, assurés par des préposé(e)s aux bénéficiaires*
- Un soutien psychologique et un accompagnement spirituel respectueux des valeurs et croyances de la personne malade et des membres de sa famille*

- *Un enseignement personnalisé des soins à prodiguer aux proches pour les habiliter à mieux aider et répondre aux besoins du malade en les informant, entre autres, sur les moyens et les ressources disponibles*
- *Un service d'aide et de soutien à la famille, incluant un service de soutien au deuil assuré par des bénévoles et des professionnels du domaine*
- *Un approvisionnement des fournitures médicales requises pour les soins à prodiguer*
- *Un service de transport assuré par des bénévoles*
- *Un service de prêt d'équipements d'appoint*
- *Un soutien téléphonique et des services disponibles 7 jours par semaine jusqu'à 24h*

Les niveaux d'activité

- *Les niveaux d'activités : Plus de 37 000 heures/soins par année
 Plus de 32 000 visites*

La clientèle

- *Clientèle : Entre 1200 et 1400 personnes malades*
- *Près de 70% âgés de 65 ans et plus*
- *20% vivent seuls*
- *6% pour une durée de services de 90 jours à un mois*
- *Entre 30% et 45% décèdent à domicile ou avec un séjour de 4 jours et moins à l'hôpital*

Les ressources

- *Entre 25 et 30 infirmières et infirmiers spécialisé(e)s*
- *Entre 8 et 10 préposé(e)s aux soins d'hygiène et de confort*
- *Plus de 60 bénévoles*
- *Budget annuel : 2,500,000 \$*
- *Financement public-gouvernemental : (55% à 60%)
 Privé : (40% à 45%)*

L'ensemble des soins et des services donnés 365 jours par année et offerts 24h/24 permet à la personne malade de terminer sa vie à domicile, si tel est son souhait, dans la dignité et ce, 365 jours par an.

ANNEXE 2

TABLEAU SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS DU PERSONNEL CLINIQUE ET DES OBJECTIFS POURSUIVIS AVEC LE MALADE ET LES PROCHES.

Tableau réalisé par Elsie Monereau

DIMENSIONS DE L'ÊTRE HUMAIN	INTERVENTIONS DU PERSONNEL CLINIQUE
Physique	S'assurer du bien-être physique général du malade : prévention et contrôle des douleurs et du confort par un ajustement constant de la posologie avec le médecin traitant, contrôle de toute la symptomatologie liée au diagnostic et du confort, suivi de la médication, application des techniques de soins.
Psychologique	Accompagner la personne à cheminer à son rythme dans les étapes vers la mort. « Tout homme qui va vers la vérité de son être rencontre la lumière. »
Intellectuelle	Enseigner les soins à prodiguer et donner l'information. Les professionnels ne doivent pas prendre en charge le malade et ses proches. Ces derniers conservent leur capacité de raisonnement, de jugement et de prise de décision.
Familiale	Faciliter le transfert de responsabilités, aider le malade à s'adapter aux changements dans ses relations et ses attentes envers sa famille. Encourager le développement du projet familial pour le maintien du malade à domicile.
Sociale	Stimuler les gens à s'ouvrir vers l'extérieur en tenant compte de la situation pour éviter que la maladie soit l'unique sujet de regroupement.
Spirituelle	Être à l'écoute de ce que le malade veut partager de sa vie intérieure. Respecter ses valeurs, ses croyances, ses espoirs, sa quête de sens. Sécuriser le malade dans ses croyances. Reconnaître l'importance de la dimension spirituelle dans le soin et l'accompagnement.

A-2-1

OBJECTIFS		
DIMENSIONS DE L'ÊTRE HUMAIN	AVEC LE MALADE	AVEC LES PROCHES
PHYSIQUE	Assurer le bien-être physique et favoriser l'autonomie.	S'assurer de l'état général de santé des proches pour éviter l'épuisement qui risque de compromettre le maintien à domicile
PSYCHOLOGIQUE	Faire preuve d'une qualité d'écoute et de présence. Diminuer l'anxiété. Démontrer de la compassion, du respect, de la tolérance et une ouverture d'esprit.	Écouter et saisir les sources d'inquiétude, ce qui aidera les proches à exprimer la tristesse ou la colère dans laquelle les plongent la mort d'un proche.
INTELLECTUELLE	Comprendre le vécu de la personne malade. Encourager l'expression de ce qu'il désire. Le laisser décider et prendre ses responsabilités.	Favoriser un dialogue ouvert entre les proches et le malade. Informer sur l'état de santé du malade et l'évolution de la maladie. Soutenir les aidants et les malades pour l'application des soins physiques.
FAMILIALE	Revaloriser la personne malade à ses propres yeux. Aider le malade à maintenir ou à rétablir un rythme d'activités avec ses proches. « Bien des choses peuvent encore se vivre. »	Sensibiliser les proches à répondre au besoin du malade de maintenir un lien ou un rôle dans la dynamique familiale. « Ne passez pas à côté de la vie. »
SOCIALE	Favoriser l'expression et aider à considérer les échanges, qui sont d'un autre niveau, comme des moments privilégiés qui apportent le réconfort et l'apaisement, minimisant le sentiment de culpabilité qui peut habiter un proche après le décès.	Éviter l'isolement et la fuite. Encourager à trouver un rythme de vie sociale adapté aux exigences de la situation. Sensibiliser à la richesse d'un accompagnement des ultimes moments d'un proche qui peut être d'une infinie tendresse.
SPIRITUELLE	Être à l'écoute de ce que le malade veut partager de sa vie intérieure. Laisser de l'espace à la souffrance qui a sa légitimité.	Se mettre à l'écoute de ce que le malade veut partager de sa vie intérieure : son angoisse, sa souffrance psychique, son questionnement spirituel, son cri de désespoir, son espérance.