



Aide médicale à mourir : Une rencontre entre les soins palliatifs et la prévention du suicide

Gabrièle Dubuc, Ph. D. (c.)

Maude Houle, D. Ps. (c.)

Kim St-Amant, D. Ps. (c.)

Pierre-Luc D. Paré, Ph. D. (c.)

sous la supervision de Prof. Sylvie Lapierre, Ph. D.



Université du Québec
à Trois-Rivières

LABORATOIRE
INTERDISCIPLINAIRE DE
RECHERCHE EN GÉRONTOLOGIE
LIREG



Centre de recherche et d'intervention
sur le suicide, enjeux éthiques et
pratiques de fin de vie

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom des conférenciers:

Pierre-Luc Dubois-Paré

Gabrièle Dubuc

Maude Houle

Kim St-Amant



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou
potentiel en lien avec le contenu de cette
présentation



Qui sommes-nous...

Plan de la présentation



- Formation sur l'aide médicale à mourir
- Aide médicale à mourir
- Psychologie et sociologie de la fin de vie et du désir de mourir



Formation sur l'aide médicale à mourir (AMM)

- Pourquoi?
 - Appels : intervenants déstabilisés
 - Manque de connaissances
- Appels susceptibles de cacher des idéations suicidaires
- Ne se sentent pas à l'aise et pas outillés pour aborder l'AMM
- Conflit de valeur chez les intervenants

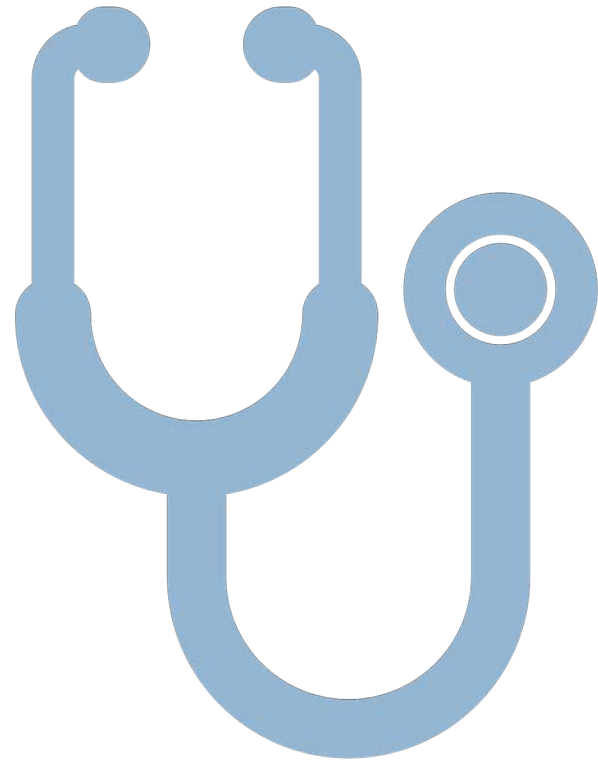
Formation sur l'aide médicale à mourir

S'adresse à qui?

- Prévention du suicide

Éventuellement...

- Proches aidants
- Autres
(psychologues,
infirmières,
population
gériatrique, etc.)



La formation

- Informer sur l'AMM
- Sensibiliser aux effets que l'AMM peut avoir sur les appelants et sur leurs interventions
- Amener à réfléchir et à discuter de ses valeurs et ressentis par rapport à l'AMM

Parties : 1- Théorique
2- Pratique

Durée : 3 heures

Formation et discussions : animées et modérées par les quatre présentateurs

Thèmes abordés durant la formation

Définitions des actes

Historique

Étapes d'une demande

Critères

Rôles des centres d'écoute

Profils d'appelants



Ce qu'on retient...

- Plus à l'aise de donner de l'information
- Moins à l'aise d'intervenir
- Plus nuancés
- Apport thérapeutique

Commentaires des écoutantes

Mme A. :

« Oui, ça m'a fait réfléchir et même rendu une discussion à la maison pour éclaircir certaines idées. »

Mme B. :

« Le sentiment d'avoir plus de connaissances sur le sujet et surtout, d'être plus nuancée dans mes opinions. »

Mme C. :

« Pris conscience encore plus de la "délicatesse" et de la complexité de cette situation... »

Ce qu'on en conclut ...

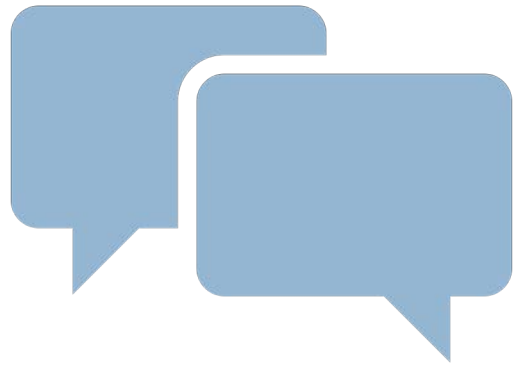
- Répondre aux besoins des écoutants
- Répondre aux besoins des appelants
- Pertinence de donner la formation à plus grande échelle
- Communication communautaire ↔ université

Projets de recherche en cours

Effets de la formation sur les attitudes et connaissances relatives aux décisions de fin de vie chez :

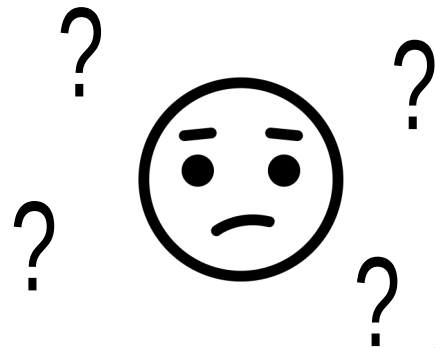
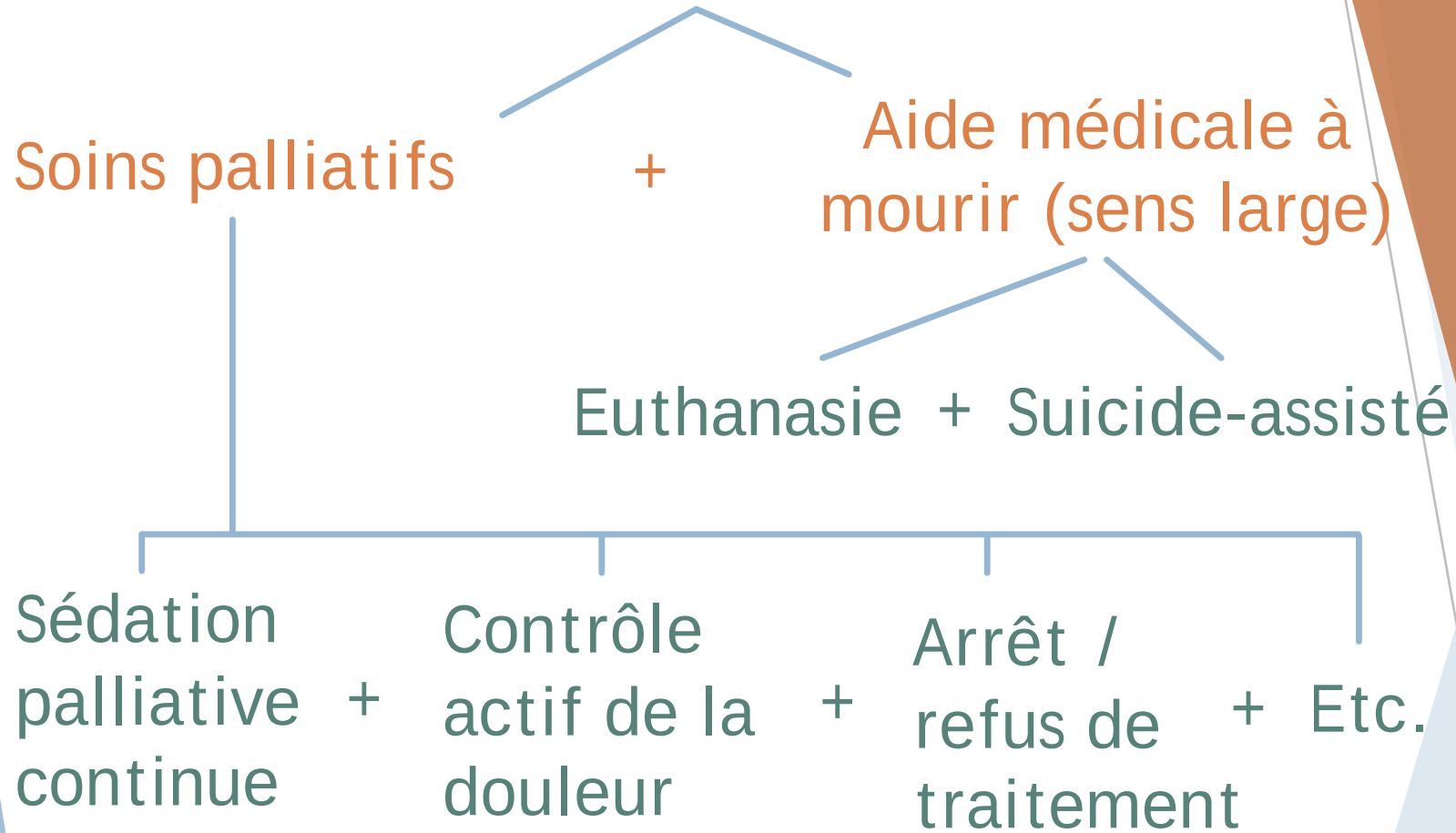
- les intervenants en prévention du suicide
- les proches aidants





Retour
sur les
différents
concepts

Soins de fin de vie



Définitions

- **Aide médicale à mourir** : Situation où un médecin participe intentionnellement à la mort d'un patient en administrant directement les substances ou en donnant les moyens par lesquels le patient pourra s'autoadministrer une substance menant à son décès.
- **Euthanasie** : Consciemment et en connaissance de cause, avec ou sans l'accord du patient, agir de façon à mettre un terme à la vie d'une personne. L'agent connaît la condition de santé du sujet.
- **Suicide assisté** : Un médecin qui, consciemment et en connaissance de cause, offre à une personne les connaissances ou les moyens ou les deux nécessaires à mettre fin à leur vie, incluant les conseils nécessaires à propos des doses léthales, la prescription de ces doses ou en fournissant ces doses.
- **Sédation palliative continue** : Usage d'agents pharmacologiques avec l'intention d'induire et de maintenir une diminution de la vigilance, soit un sommeil léger à profond, mais ne causant pas délibérément la mort. Pour les patients en fin de vie. Avec l'intention d'alléger les souffrances & meilleure gestion des symptômes. L'intention n'est pas de hâter la mort, même si cela peut être une conséquence non-intentionnelle de l'usage d'une telle médication. Ceci n'est PAS un geste euthanasique, ni un suicide assisté.
- **Mourir dans la dignité** : Concept englobant de larges paramètres établis par le patient afin d'assurer le respect de ses souhaits concernant les soins de fin de vie qui lui seront prodigués. Ceci n'est PAS synonyme d'euthanasie ou de suicide assisté. Au Québec, cette expression a été utilisée pour nommer le projet de loi portant sur les soins de fin de vie, qui incluent aussi la légalisation du geste euthanasique prodigué par un médecin.

Nuances

Euthanasie :

- Geste posé par le médecin
- Accord du patient pas nécessaire
- Moins de contrôle sur les circonstances
- Mesure exceptionnelle
- Légal au Québec (appelée *aide médicale à mourir*)

Suicide-assisté :

- Geste posé par le patient (donc accord)
- Plus de contrôle (36% changent d'idée)
- Légal au Canada et illégal au Québec

Nuances

Sédation palliative continue :

- Geste posé par le médecin
- Pas l'intention d'abrégé la vie, mais un risque
- But : aussi de soulager de la souffrance
- Attendre la mort naturelle
- Acte flexible et réversible
- + soins palliatifs : soulagent + de 99% des souffrances des personnes en fin de vie
- Légal au Québec depuis longtemps (encadré par la LSFV)

Où l'aide médicale à mourir (sens large) est pratiquée?

Lieu	Année	Euthanasie	Suicide-assisté
Suisse	1942		X
Oregon (ÉU)	1997		X
Belgique	2002	X	X
Pays-Bas	2002	X	X
Luxembourg	2009	X	X
Washington (ÉU)	2009		X
Montana (ÉU)	2009		X
Vermont (ÉU)	2013		X
Colombie	2015	X	
Québec	2015	Aide médicale à mourir	
Canada	2016	X	X
Californie (ÉU)	2016		Aid-in-dying

Critères de *l'Aide médicale à mourir* au Québec

Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

- être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie;
- être majeure;
- être apte à consentir aux soins, c'est-à-dire être en mesure de comprendre la situation et les renseignements transmis par les professionnels de la santé ainsi que de prendre des décisions;

Critères de *l'Aide médicale à mourir* au Québec

- être en fin de vie;
- être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables par le patient.

Faibles de la Loi sur les soins de fin de vie

- Pas de consultation obligatoire en soins palliatifs spécialisée
- Omission que tout doit avoir été tenté pour soulager la souffrance des patients
- Le patient (et non le médecin) doit juger qu'aucun autre moyen est possible pour soulager la douleur
- Pas d'évaluation psychiatrique ou psychologique
- Aucun suivi pour les demandes refusées
- Médiatisation de l'aide médicale à mourir uniquement
- Manque de formation pour les professionnels de la santé
- Tout repose sur les épaules du médecin (dont évaluation qu'il n'y a aucune pression externe)

Étapes de la demande

1-La demande d'information

2- La demande écrite

3- L'évaluation médicale

4- Le moment venu

5- Le jour venu

Mandats des soins palliatifs de fin de vie

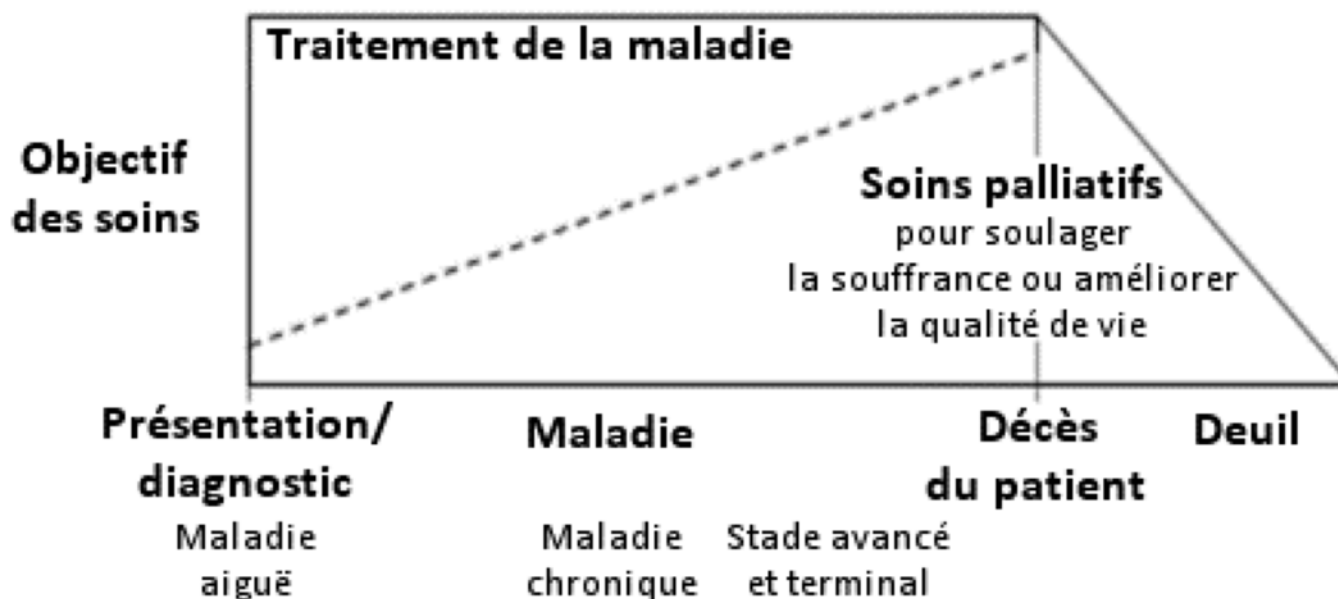
- Ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux patients atteints d'une maladie avec un pronostic réservé.
- Sans hâter ni retarder la mort
- Visent à soulager les souffrances physiques et morales en privilégiant le temps qui reste.
- Objectif : obtenir, pour les patients et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible.

Soins palliatifs

- Soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal;
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins;
- Offrent un système de soutien pour permettre
 - aux patients de vivre aussi activement que possible jusqu'à la fin
 - aux proches de composer avec la maladie du patient et la période de deuil.
 - Accompagnement portant aussi sur attentes, besoins, espoirs et craintes liés à la maladie et à la mort

Soins palliatifs

Modèle de l'Association canadienne de soins palliatifs



Mandat des centres de prévention du suicide

- Informer et sensibiliser la population sur la problématique du suicide
- Assurer la formation des intervenants et la cohésion des partenaires pour une prise en charge collective de la problématique
- Soutenir les personnes suicidaires, leurs proches et les personnes endeuillées à la suite d'un suicide
- Promouvoir et coordonner les efforts en matière de prévention, intervention et postvention.

Convergences et divergences entre le suicide et l'euthanasie

Convergences

- Décision personnelle de mettre fin à ses jours
- Vocabulaire commun
- Présence d'une grande souffrance
- Sentiment de défaite ou d'être pris dans une situation soit humiliante, stressante ou sans issue
- Sentiment d'être un fardeau pour les autres
- Sentiment de désespoir
- Facteurs psychologiques tels que le perfectionnisme, la rigidité cognitive, etc.

Divergences

- La personne qui commet l'acte
- Aspect temporel de la souffrance vécue
- Valeur ou validation de la souffrance vécue
- Euthanasie met fin à une vie finissante, tandis que le suicide interrompt le cours d'une vie
- Réaction des proches ou intervenants face au désir de mourir de la personne, travailler l'ambivalence
- Rationalité de l'acte

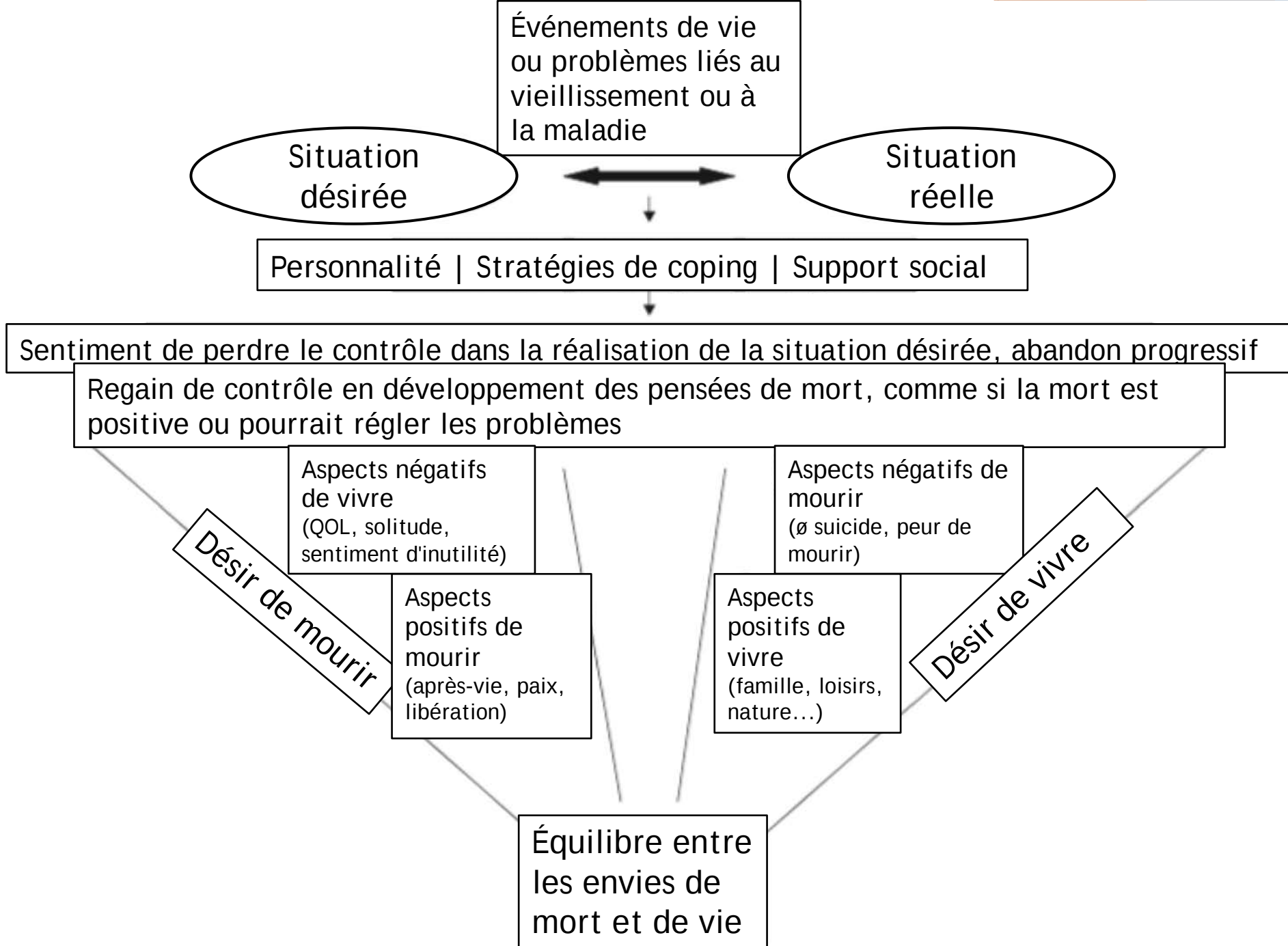


Figure 1. Framework of the origination and development of a wish to die.

Traduit de Rurup et al. (2011)

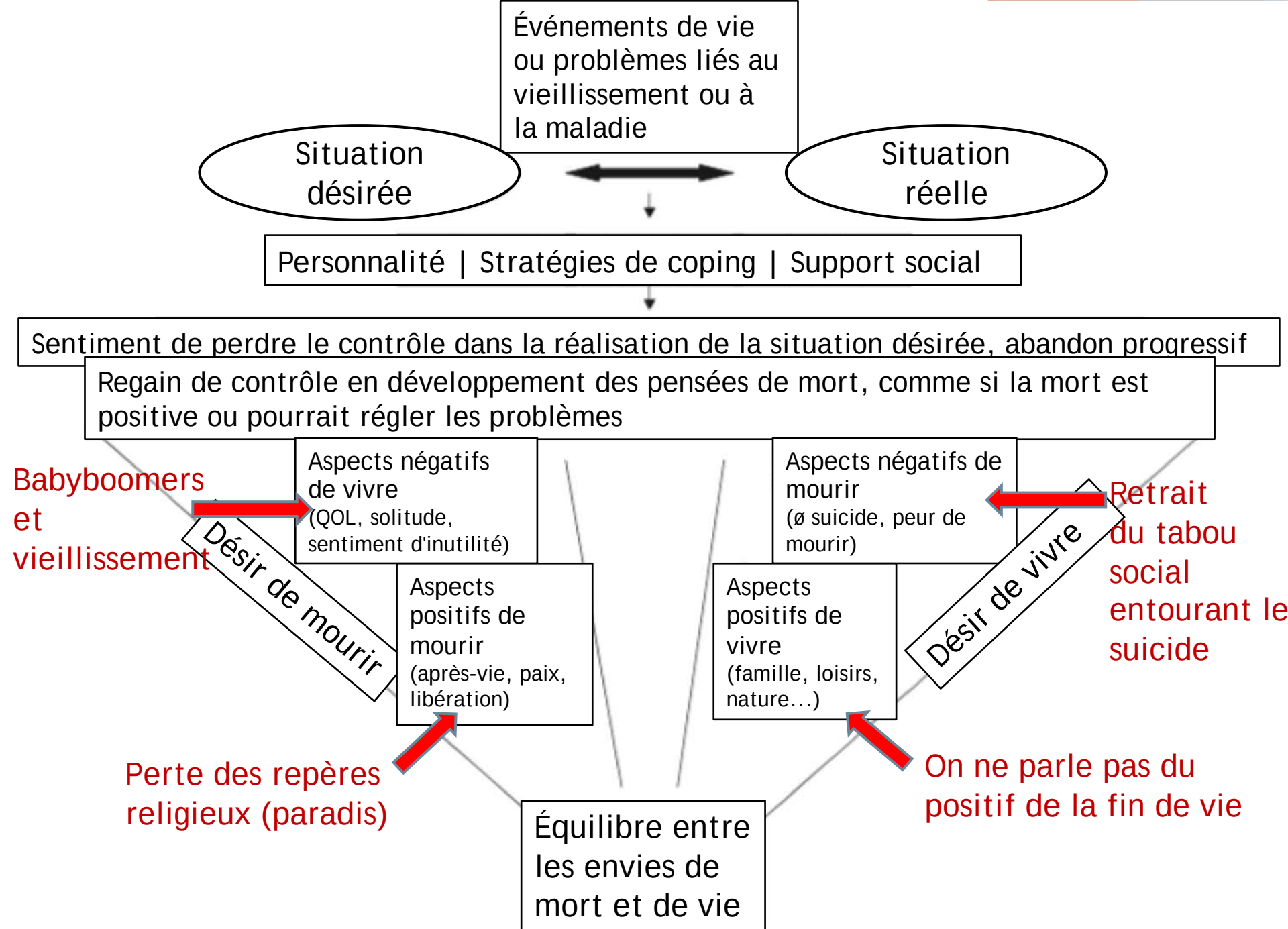


Figure 1. Framework of the origination and development of a wish to die.

Traduit de Rurup et al. (2011)

Besoins psychosociaux de la personne en fin de vie

- Être en sécurité et être reconnue
- Être aimée, entourée et soutenues
- Être écoutée, comprise, et rassurée
- Conserver son identité (intérêts, valeurs, rôles, croyances, etc.)
- S'adapter à la maladie
- Participer aux décisions concernant ses soins
- Conserver une proximité et une intimité avec son partenaire (sexualité)
- Maintenir une image de soi positive

Que valorise notre société?

- L'autonomie, l'indépendance
- L'individualité
- La productivité, la rentabilité, la performance
- L'argent, le pouvoir
- La jeunesse, la force, la vigueur, l'apparence



Âgisme

Le malaise à l'égard du vieillissement provient du fait qu'il représente :

- La vulnérabilité
- La dépendance
- La maladie
- La mort
- Notre futur



Internalisation des stéréotypes âgistes

- Affecte l'identité (Estime de soi, B-Ê Ψ , isolement);
- Diminution des performances mnésiques et intellectuelles
- Moins d'engagement dans comportements de santé
- Diminue l'espérance de vie
- Prédilection à la maladie d'Alzheimer
- Jugements défavorables envers d'autres aînés
- Perception de devenir un fardeau pour la famille (associé au désir de mourir dans études sur suicide)
- Peur de l'avenir, anxiété

Méconnaissance de la fin de vie

Les savoirs sur la mort ont été perdus à cause de la professionnalisation de la mort (hôpital, salon funéraire).

- Répugnance à parler de la mort (sujet tabou);
- Ignorance du processus de la mort et du deuil;
- Dénier de la réalité de la mort. Refus du cycle naturel.
- Refus du « travail de renoncement », refus du deuil de soi. Le vieillissement est un de ces grands renoncements

Méconnaissance de la fin de vie

- Peur de la douleur, symptômes aggravants, de perdre le contrôle;
- Peur de l'inconnu, de la transition (le passage vers la mort);
- Peur de devenir un fardeau, d'être dépendant;
- Peur de la réaction des autres (à l'image dégradée de soi);
- Peur l'incapacité des proches à nous accompagner jusqu'à la fin.

L'acceptabilité de la mort se prépare dès l'enfance, dans la reconnaissance des pertes multiples qui surviennent dans la vie.

Qualité de vie vs dignité

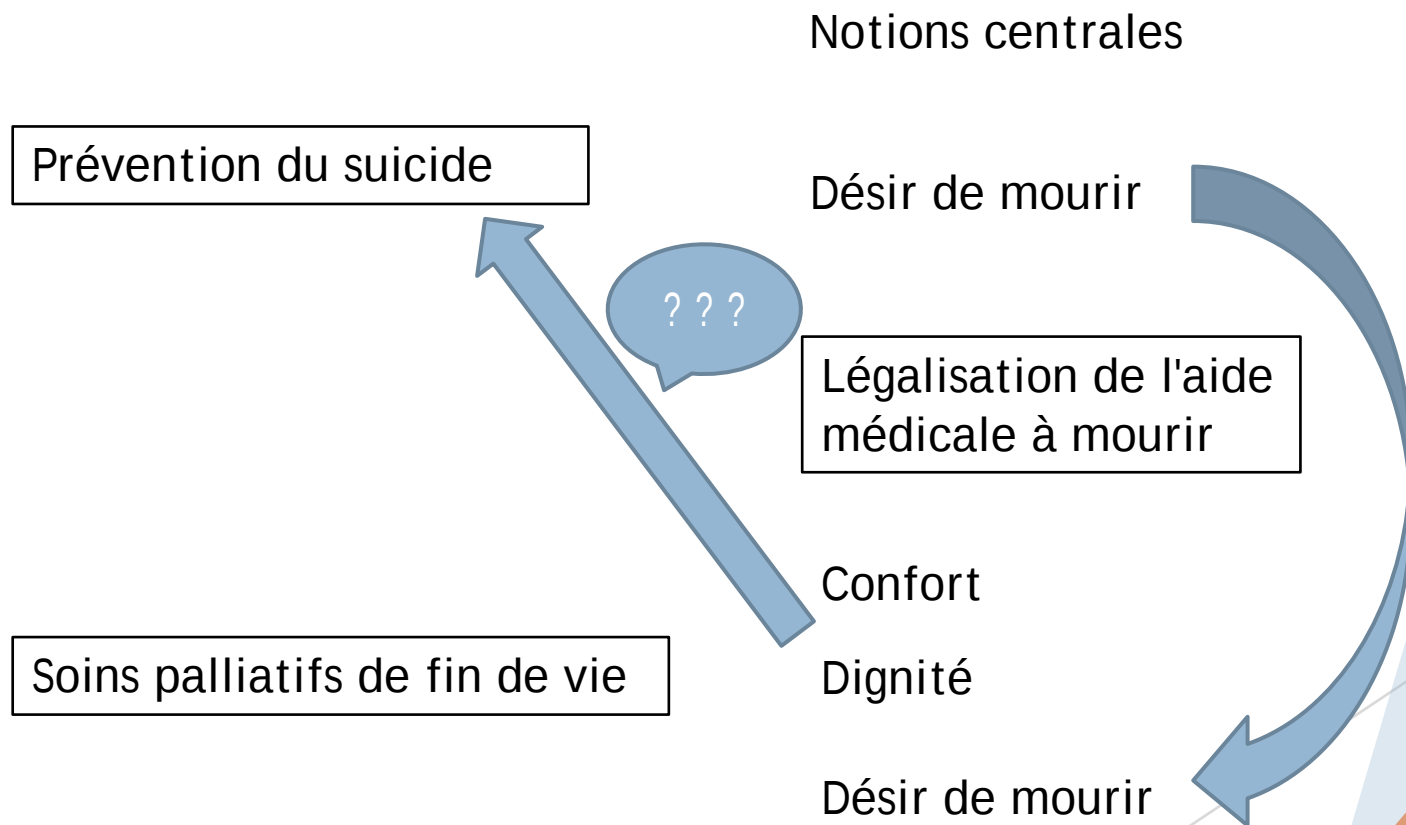
Qualité de vie :

- Englobe la santé physique de l'individu, état Ψ , ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ses croyances et sa relation avec les spécificités de sa culture afin qu'il puisse atteindre ses aspirations → BÊ et sens à la vie.

Dignité :

- Le respect et la considération d'autrui accordés à un être humain à cause de sa valeur intrinsèque.

Porosité nouvelle des deux milieux



Parallèle suicide-AMM

Idéations suicidaires
sans planification ni moyen



passage à l'acte

Idéations suicidaires + planification et moyen



Diminution de l'anxiété face à la mort
+
Augmentation de la tolérance à la douleur

Même phénomène observé avec l'aide médicale à mourir

Merci
de votre
écoute!



Pour nous joindre...

Pour offrir la formation dans votre milieu ou pour des questions :

Gabriele.Dubuc@uqtr.ca (soins palliatifs)

Maude.Houle@uqtr.ca (soins palliatifs)

Kim.St-Amant@uqtr.ca (prévention du suicide)

Pierre-Luc.Dubois-Pare@uqtr.ca (prévention du suicide)