

**« Quand la fin
ne justifie pas
tous les
moyens... »**

Montréal, 8 juin 2018
Université de Montréal

**Quelques
enjeux
entourant la
communication
en contexte de
fin de vie**

Isabelle Marcoux, PhD
Professeure agrégée
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Plan de la présentation



1. Des enjeux associés à l'annonce d'une maladie potentiellement mortelle
2. Des obstacles sous-jacents à une discussion éclairée sur l'aide médicale à mourir



Quelques définitions et concepts liés aux soins et pratiques médicales en fin de vie

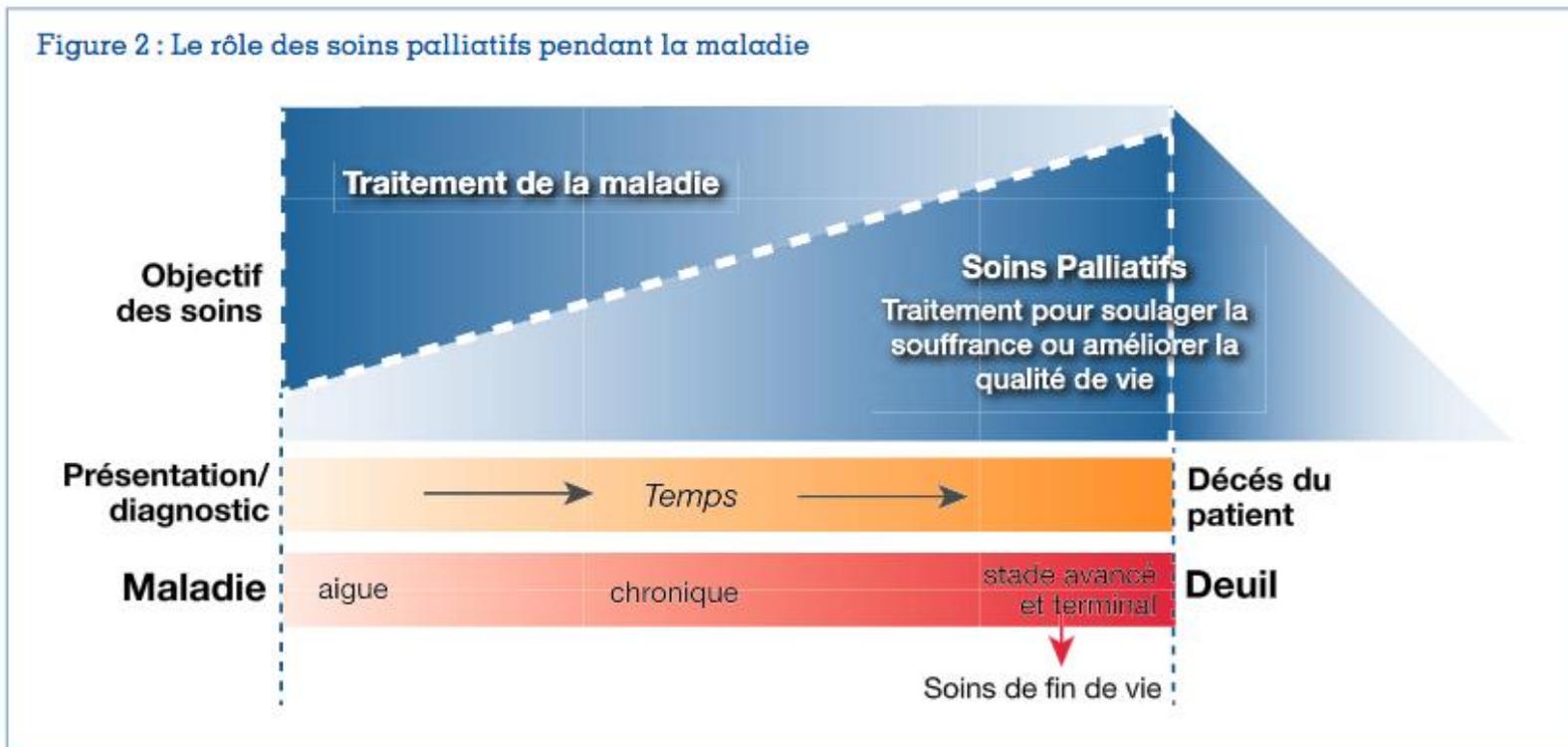


- 1 -

*Enjeux associés
à l'annonce
d'une maladie
potentiellement
mortelle*

Le contexte de la fin de vie

Figure 2 : Le rôle des soins palliatifs pendant la maladie



Source: Association canadienne de soins palliatifs. (2013). Modèle de soins palliatifs fondé sur les normes de pratique et principes nationaux. Ottawa (Ontario).

Consentement aux soins et processus décisionnel

Informations nécessaires pour prendre une décision éclairée

- Diagnostic et caractéristiques de la maladie
- Évolution de la maladie sans traitement
- Options de traitement
- Particularités des traitements et procédures associées
- Risques & bénéfices des traitements

Processus décisionnel

- Modèle de la décision partagée
- Souvent plus de 2 parties en contexte de fin de vie



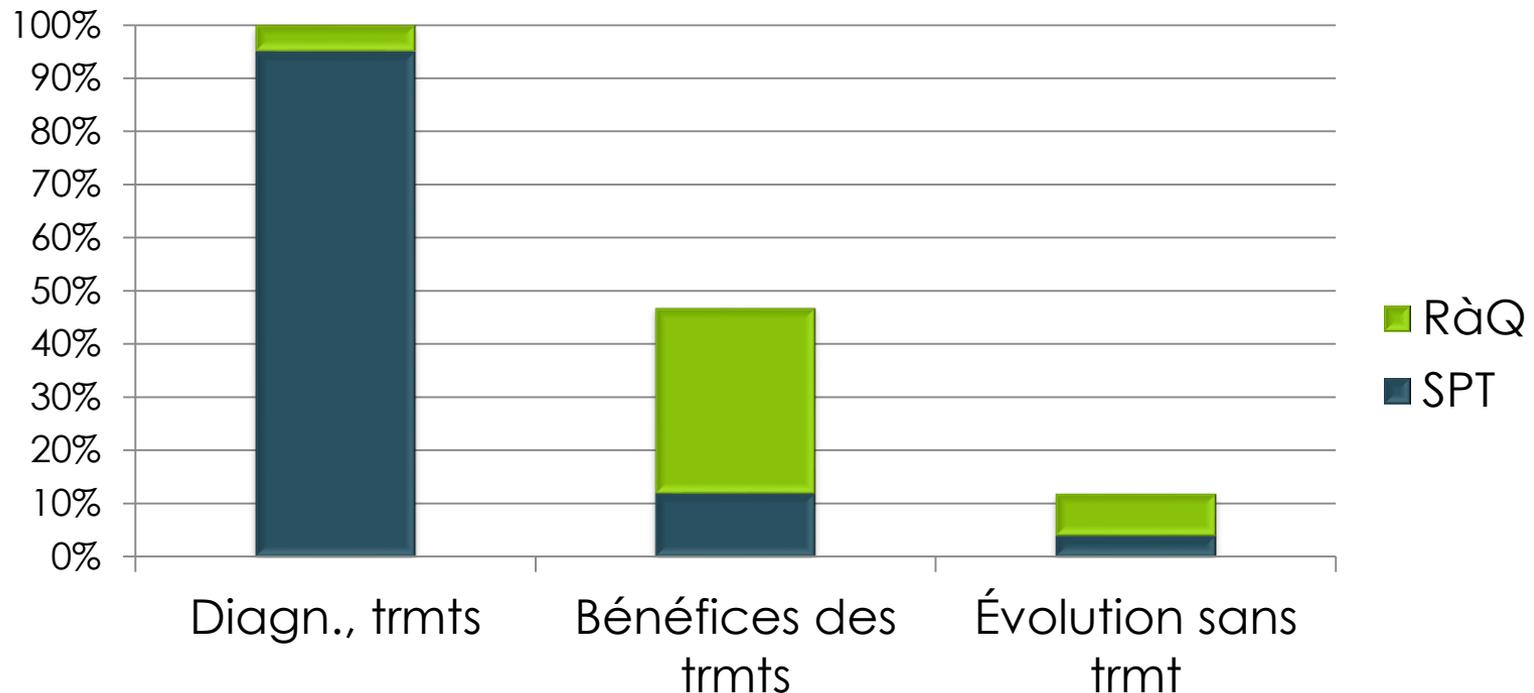
Étude sur les processus communicationnel et décisionnel liés à l'annonce du diagnostic

- Glioblastome multiforme
 - maladie incurable à évolution rapide
 - enjeux éthiques exacerbés
- Contexte culturel



Évaluation de l'information divulguée

Observation des consultations d'annonce (n=51)

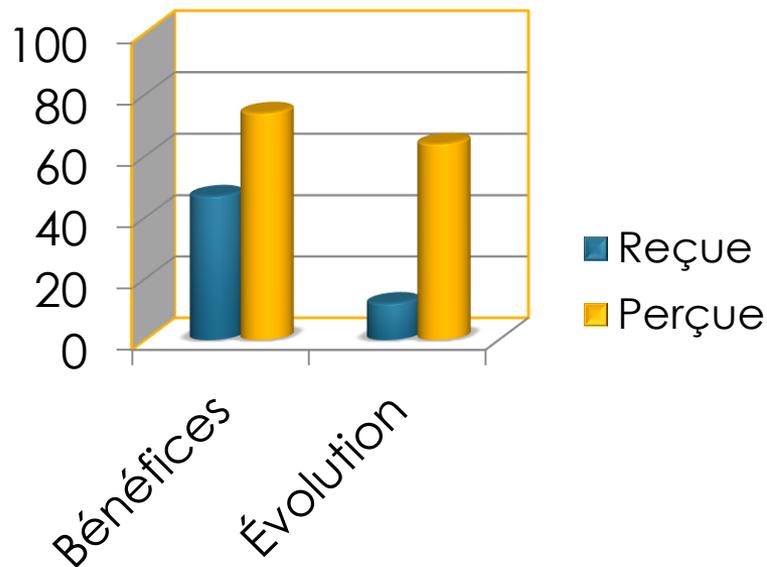


Pronostic: 8 x + accompagnants que patient

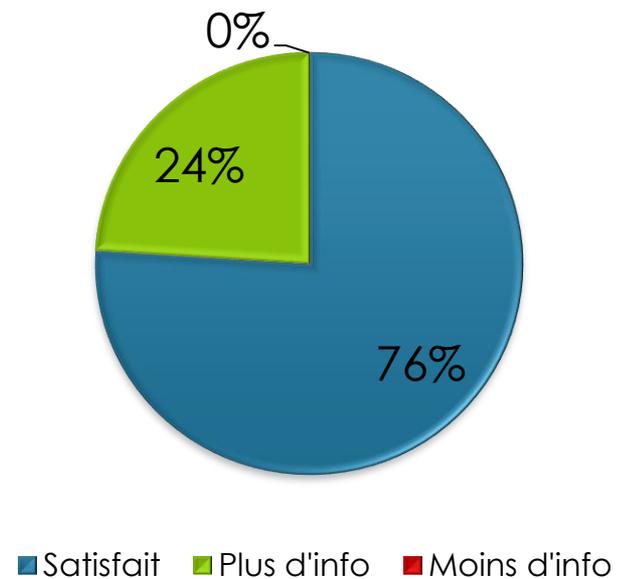
Évaluation de l'information divulguée

Questionnaire de suivi après l'annonce (n=43)

Infos reçues / perçues



Satisfaction



Rôle joué dans le processus décisionnel et ajustement psychologique

Questionnaire de suivi après l'annonce (n=43)

Rôle joué dans la décision de traitement	
Le médecin a pris seul la décision	45%
Le médecin a pris la décision après avoir considéré mon avis	19%
Nous avons partagé la décision	26%
J'ai pris la décision après avoir considéré l'avis du médecin	2%
J'ai pris seul la décision	7%

Satisfaction du processus de décision	
Tout à fait (0) ou plutôt insatisfait (2)	2%
Tout à fait (54) ou plutôt satisfait (44)	98%

Ajustement psychologique

- Moral (+); sentiment de déprime (0); anxiété (0)
 - rôle perçu dans le processus décisionnel (+)

En conclusion...

- Pour bien communiquer en fin de vie, il faut savoir s'adapter:
 - au rythme du patient (temporalité, connaissance, etc.);
 - aux multiples interlocuteurs.





-2-

Obstacles sous-jacents à une discussion éclairée sur l'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir

CANADA

Il existe **deux** types d'aide médicale à mourir (AMàM) :

1- administre directement une substance qui cause la mort, telle qu'une injection d'un médicament (euthanasie volontaire)

2- donne ou prescrit un médicament qui est autoadministré afin de causer la mort (suicide médicalement assisté)

QUÉBEC

Il existe **un** type d'AMàM qui est définie comme étant :

« un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès »

Catégorisation des pratiques médicales de fin de vie

Action précédant le décès	Objectif
<ul style="list-style-type: none">○ Abstention de traitement○ Cessation de traitement	⊖ Traitement à visée curative ou de prolongation de vie
<ul style="list-style-type: none">○ Traitement destiné à soulager la douleur ou autres symptômes au risque d'abréger la vie○ Sédation palliative continue	+ Traitement à visée palliative (soulagement)
<ul style="list-style-type: none">○ Suicide assisté (aide au suicide)○ Euthanasie○ Aide médicale à mourir	Actes visant à provoquer la mort

Devoir d'informer de façon adéquate et suffisante



PMFV: connaissance du contexte légal actuel et à venir dans le cas de l'aide médicale à mourir

Étude avec des professionnels de la santé/Québec [n = 271; 2012-13]

Table 3. Comprehension of the legal status of end-of-life practices by scenario: N = 271.

SCENARIO NO.	CLINICAL PRACTICES AT THE END OF LIFE	CURRENT LEGAL STATUS AT THE TIME OF THE STUDY	THINK THE PRACTICE IS CURRENTLY LEGAL, N (%)	THINK THE PRACTICE WOULD BE AUTHORIZED IF MEDICAL AID IN DYING WERE LEGALIZED, N (%)*
1	Withdrawal of potentially life-prolonging treatment	Legal	147 (54.2)	220 (81.2)
2	Use of opioids adjusted to symptom relief	Legal	224 (82.7)	216 (92.3)
	Use of potentially lethal medication above what is needed for symptom relief			
3	• administered by the patient (oral barbiturates)	Illegal	4 (1.5)	59 (21.8)
4	• administered by the health care professional (intravenous opioids above what is needed for symptom relief)	Illegal	4 (1.5)	107 (39.5)
5	• administered by the health care professional (barbiturates and a neuromuscular blocking agent)	Illegal	2 (0.7)	74 (27.3)
6	• administered by the health care professional upon a relative's request (barbiturates and a neuromuscular blocking agent)	Illegal	1 (0.4)	88 (34.6)

*Totals for each characteristic might be different owing to missing data.

En conclusion...

- Pour bien communiquer en contexte d'AMàM, il faut avant tout être bien **(in)formé** pour s'assurer que l'AMàM procède d'une décision éclairée.





Questions?
Commentaires?

