

Accès à l'aide médicale
à mourir pour les personnes
atteintes
de troubles mentaux

DOCUMENT DE RÉFLEXION

*Prodiguer les soins appropriés.
Reconnaître la souffrance et l'autonomie.
Respecter le droit à la dignité.*



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Contexte légal

- Jugement Beaudoin déclare que le critère de fin de vie est discriminatoire.
- Le législateur a jusqu'au 18 décembre pour amender sa loi.
- Projet de loi fédéral C7 : exclusion d'emblée pour les troubles mentaux comme seul problème médical invoqué.
- Plusieurs sont d'accord que ce projet de loi est discriminatoire.

Y a-t-il des motifs valables pour créer cette discrimination?

APTITUDE ET ACCÈS

Comment s'assurer qu'une personne aux prises avec des troubles mentaux puisse consentir de manière libre et éclairée?

Les valeurs différentes, mais compatibles

Peur de victimiser une
population vulnérable

vs

Stigmatisation
de la maladie

Euthanasier des
personnes inaptes

Contribuer au suicide

Peur que l'AMM soit une
réponse au manque de
services

Objections de
conscience

Bafouer
l'autonomie

Délegitimer
la souffrance

Pour exercer un jugement libre et éclairé :

« Libre »
implique
sans pressions
extérieures

« Éclairé »
implique
l'aptitude

L'aptitude

Habilités cognitives

- Compréhension de l'information
 - Nature de la maladie, buts de l'AMM, conduites alternatives
- Appréciation de l'information
- Raisonnement
- Expression de son choix

Des troubles psychiatriques peuvent compromettre la prise de décision chez certaines personnes sans nécessairement affecter la fonction cognitive

- Réactions émotionnelles
- Dynamiques interpersonnelles
- Valeurs générées par le trouble qui ont un impact négatif sur la capacité du patient à considérer des options et à porter des jugements

Dans le doute, on s'abstient de procéder à l'AMM.

L'APTITUDE

Présentement, les personnes avec comorbidités de troubles mentaux et physiques ne sont pas exclues d'emblée et sont évaluées.

Ces situations cliniques sont encore plus complexes que TM-SPI, mais on ne les considère pas d'emblée inaptes ou non-évaluables.

Après l'évaluation, dans le doute, on s'abstient de procéder à l'AMM.

« Libre » : sans pressions extérieures

- Fardeau pour les proches, pour le système
- Manque d'accès au traitement
- Manque d'alternatives d'hébergement

L'AMM ne doit pas devenir une option par dépit en raison d'un manque de ressources.

Ce n'est pas parce qu'il y a un manque d'accès aux ressources que, de facto, tous les patients n'auront pas eu accès à des soins. Certains pourraient demeurer souffrants même en ayant eu accès aux traitements de pointe.

Comment déterminer que le désir de mourir exprimé par un patient atteint d'un trouble mental est une décision mûrement réfléchie et non pas le symptôme de sa maladie elle-même?

Comment distinguer une personne suicidaire versus une demande « rationnelle » de cesser de souffrir?

La demande est-elle formulée suite à :

Une crise aiguë ou est-elle une demande persistante?

Une crise relationnelle?

Des symptômes psychiatriques : hallucinations, délires, désespoir, vision irréaliste de l'avenir?

Mourir changerait quoi? Que vise la personne par la mort?

La demande d'AMM est-elle une question au psychiatre?

Y a-t-il présence d'idées suicidaires antérieures?

Comment évaluer la souffrance
liée à une maladie mentale?

Évaluer la souffrance

La maladie

Symptômes

Limitations fonctionnelles

Les déterminants sociaux

Discrimination

Internalisation de la discrimination

Les facteurs personnels

Situation familiale et sociale, état de santé général

Valeurs, ce qui donne du sens à la vie

Les traits de personnalité

Les deuils et les expériences de perte

La perception de la souffrance peut être influencée par un trouble mental.

Cas

- Monsieur L. est un patient âgé de 62 ans, présentant un TOC réfractaire depuis plus de 30 ans.
- Comme enfant, il présentait des difficultés d'apprentissage, sans diagnostic clair, mais affectant sa scolarité.
- Scolarité : secondaire 2
- Entrée sur le marché du travail : 15 ans.

Malgré des symptômes de vérifications fréquentes et craintes diverses dès l'âge de 8 ans, il reste fonctionnel pendant près de 20 ans.

Après une chirurgie, il développera une recrudescence du TOC, notamment avec des obsessions de plus en plus envahissantes de contamination par ses selles sur des objets tant au travail, en allant à l'épicerie, ou au à la maison. Le tout le paralysant dans toute activité pendant des années.

À d'autres moments, il semble en «status panicus» continu, réfractaire même à de fortes doses de clonazépam. Le patient a eu des dépressions secondaires et idées chroniques suicidaires nécessitant plusieurs hospitalisations.

Il a bénéficié de tous les traitements pharmacologiques recommandés, une thérapie cognitive intra-hospitalière, en plus de traitement pour fins humanitaires, tel l'implantation intra-cérébrale du bras antérieur de la capsule interne, 4 protocoles de rtms différents, des ECT, deux protocoles de kétamine IV. Échec complet.

À la dernière hospitalisation, un placement en famille d'accueil a été décidé, car la situation devenait lourde à la maison, sa femme ayant fait un épisode dépressif sévère.

Nous avons pu soulager partiellement sa souffrance psychique avec de l'hydromorphone 2 mg TID au départ, mais sans plus. Si depuis 3 mois, il a pu revenir à la maison (sa famille ayant choisi une maison multigénérationnelle pour cette raison) il reste peu fonctionnel, les symptômes sont encore quotidiens et envahissants, mais il n'est plus suicidaire.

Au cours des années du suivi tant le patient seul que lors de visites avec sa conjointe, ils se sont informés, calmement et avec réflexion si l'AMM était une option. Le cas échéant, ils aimeraient la considérer, ensemble.

Comment confirmer l'aspect incurable et irréversible d'une maladie ou d'un trouble mental?

Incurable ou irréversible?

Hors fin de vie, il est difficile de prédire l'évolution de plusieurs maladies, physiques ou mentales.

Aspects à évaluer

- Chronicité
- Durée de la maladie
- Sévérité des symptômes
- Degré d'incapacité fonctionnelle
- Mécanismes adaptatifs
- Évolution dans le temps
- Tentatives de traitement
 - Bio-psycho-social
 - Disponibilité

Croyez-vous
que tous les
traitements possibles
doivent avoir été
essayés avant
d'administrer l'aide
médicale
à mourir?

Il existe un
traitement qui
pourrait guérir
ou améliorer
la condition

VS

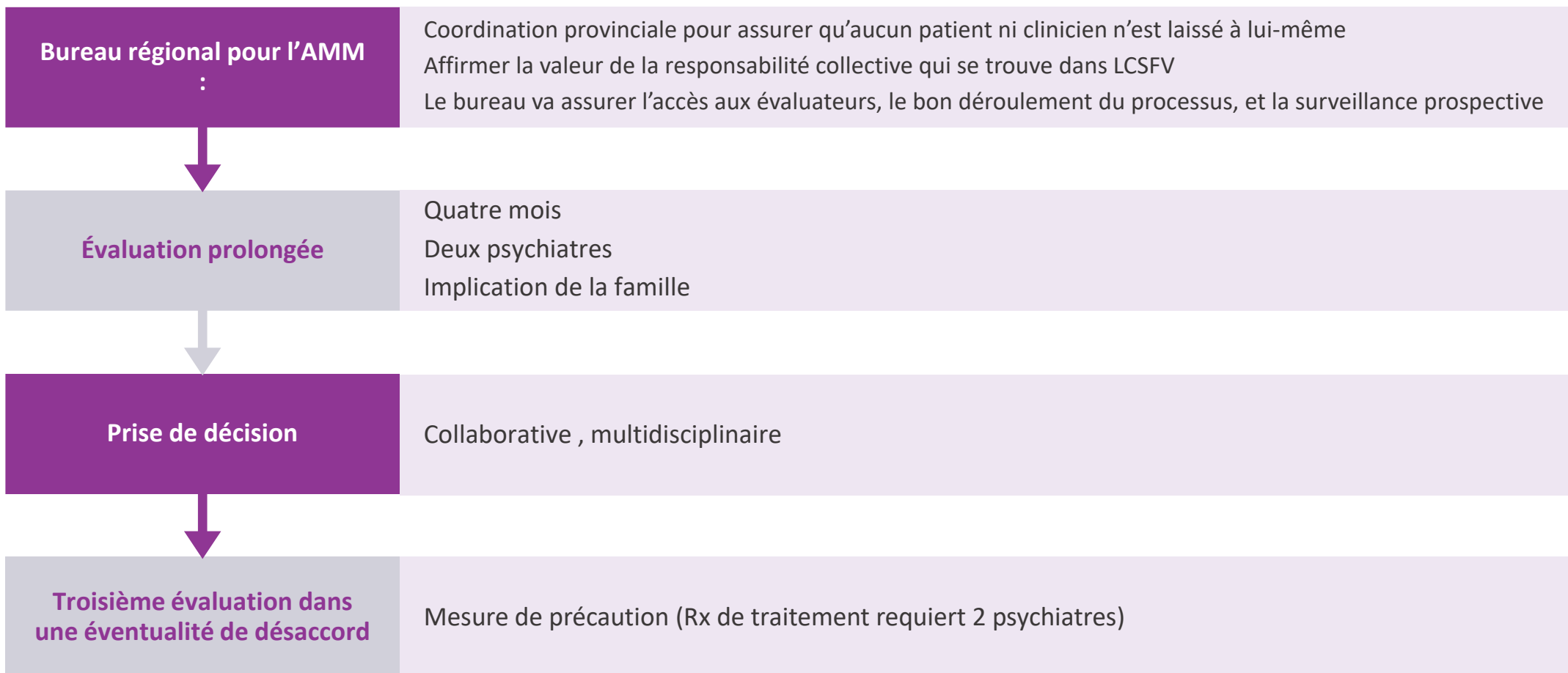
Il existe
un traitement
qui pourrait guérir
ou améliorer
la condition
**qui soit acceptable
à la personne**

Notre position d'équilibre

Considérer l'ensemble des circonstances cliniques :
ce qui existe et **ce que la personne est prête à faire**
à la lumière des probabilités de succès, des effets
secondaires, des conditions, etc.

Quelle pourrait-êre
la trajectoire de soins vers l'aide
médicale à mourir pour un patient
psychiatrique?

Conditions d'évaluation pour assurer une pratique sécuritaire d'AMM pour TM-SPI



La position de l'AMPQ

L'AMPQ n'entend pas
promouvoir l'AMM.
Mais plutôt....

Reconnaître la souffrance des patients et leur
autonomie.

Enrayer la discrimination.

Ce sont les circonstances cliniques, et non le
diagnostic spécifique, qui doivent déterminer
l'admissibilité
à l'AMM comme pour tout autre patient.

Plutôt que d'exclure, l'AMPQ propose la mise en place
des conditions nécessaires pour assurer une
évaluation rigoureuse des demandes.

Questions et échanges