

**JUSQU'À QUEL POINT
LA LECTURE DE LA
SOUFFRANCE EN FIN
DE VIE PEUT ÊTRE
RECONNUE ET
EXPRIMÉE PAR LE
SOIGNANT:
RÉFLEXION
ÉTHIQUE**

Par Marie-Andrée Tremblay.

Ph. d. volet éthique, Ms. Sc. Inf. Certificat 2
cycle bioéthique
Chargée de cours, professeure associée U,
Sherbrooke et co-responsable programme
éthique en médecine au Saguenay...



MON HYPOTHÈSE

- *Si nous voulons côtoyer la souffrance, une prise de conscience de nos propres souffrances et les accepter sont nécessaires.*
- *La difficulté d'exprimer sa propre souffrance constitue pour les soignants un obstacle important à la reconnaissance de celle des autres et peut entraîner une déshumanisation de la relation S/S.*
- *L'échange de la recherche du vécu de l'autre, permet d'évaluer la souffrance.*

«Une souffrance dont on méconnaît le sens et que l'on ne sait pas replacer dans l'histoire d'une vie fait beaucoup plus mal qu'une souffrance que l'on peut expliquer». Freud

PRÉLUDE

- *Absence de conflit d'intérêt*
- ❖ *Pensez à une expérience de souffrance en situation de soin de fin de vie que vous avez vécue?*
- ❖ *Comme soignant pensez-vous vivre de la souffrance éthique en contexte de fin de vie?*

Nous examinerons ce qui peut nous aider à réfléchir au problème et quels regards nous portons sur les personnes qui souffrent.



PLAN DE LA PRÉSENTATION

Introduction : une question de sens

Lecture concernant la souffrance

- *La vie une question de sens?*
- *La souffrance a-t-elle un sens?*
- *Perspectives de la souffrance chez le soignant et présentations de recherches*
- *Quel sens donner à la mort?*
- *Leviers potentiels et stratégies appropriées afin de mieux gérer la souffrance.*

- ***Conclusion***: mon expérience



Vie, souffrance, mort...

La vie une question de sens?

Où la vie nous mène-t-elle ?

La direction

Ce qu'elle représente?

La signification

Comment souhaitons-nous mourir?

Le sensitif

*Quand voulons-nous mourir et ou
voulons-nous mourir?*

À mon sens, jugement, expérience

LA SOUFFRANCE A-T-ELLE UN SENS ?

- *L'être humain est vulnérable et la souffrance est un aspect intrinsèque de la condition humaine. (Bouddhisme) **DIRECTION***
- *La vie contient en elle-même un sens, (toute privée qu'elle soit de sens en apparence); elle peut s'en voir donner un par la personne. **SIGNIFICATION***
- *En fin de vie divers moyens de la soulager ou non. Soins de fin de vie/Soulagement in : centré sur moment présent = modification cognitives et comportementales (ACT, pleine conscience). **SENSITIF***
- *Le sens résulte de la capacité des personnes à clarifier leur situation et à lui trouver un sens positif, puis par la force du soutien expressif qu'elles reçoivent. (Béfékadu, 1991) **SENS**: capacité juger*

Ce que les recherches en disent...

PEUT-ON ÉVALUER LA SOUFFRANCE D'AUTRUI?

- Elle n'est **pas purement subjective**, elle n'est pas entièrement privée (Wijsbek 2012).
- Elle n'est **pas objective**: en situation similaire l'expérience n'est pas généralisable à d'autres ni par les conclusions d'évaluations identiques sans égard à l'évaluateur.
- On **saisit la souffrance d'autrui** par des moyens **intersubjectifs**, c'est-à-dire en relation. La compréhension de la souffrance de l'autre passe forcément par la considération de ses propres valeurs et de ses expériences. Gupta M, Leclair S, Rivest, J, (2016).

DONC: La souffrance ne se mesure guère elle est une expérience inévitable de la condition humaine, une expérience très intime et peut faire vivre de nombreux sentiments: douleur, détresse, anxiété, perte, chagrin, dépression.

Elle se présente sous différentes perspectives chez le soignant

PERSPECTIVES DE LA SOUFFRANCE CHEZ LE SOIGNANT

Perspective Sociale : poses limites arbitraires acceptation souffrance

Perspective physique : soulager douleur globale, contact régulier affecte S.

Perspective psychique : Liée à des facteurs de stress (surcharge de travail, conflits interpersonnels, agressions verbales, absence de reconnaissance, trop responsabilité).

Perspective morale: Conflits de devoirs, questionnement bon/mauvais, exécute des actes dont ne partage pas la visée.

Perspective éthique: Altération de notre relation à la vie, notre manière d'être. Questionnement sur le sens de notre travail . (N'a plus le sentiment de s'accomplir comme personne et comme professionnel)

4 DOMAINES DE LA SOUFFRANCE PROVENANT DIFFÉRENTS FACTEURS : dans son corps, ses relations interpersonnelles, sa volonté, le sentiment du moi et de la cohérence.

RÉSULTATS DE RECHERCHES SOURCES DE CONFLITS ÉTHIQUES POUVANT CRÉER SOUFFRANCE/SOIGNANTS

- *Toute activité de soin peut devenir une source de conflits pour le soignant avec valeurs: soignant/ collègues/organisation/ famille/soigné. Lorsque réprimées les atteintes à la santé sont menacées .*
- ***Le travail** peut occasionner un conflit éthique quand ce qu'on fait entre en contradiction avec les convictions des soignants. (Truchon, M.(2017). Risques psychosociaux écoles d'été U laval cite Collac, 2011)*
- *Plus le soignant sent **trahir sa conscience professionnelle** plus cela entraine un risque de souffrance éthique. (Dejours et Genest, 2012)*
- *Lorsque l'intervenant sent qu'il **agit en opposition avec ses valeurs** personnelles professionnelles et sociales, de parler ouvertement de ce qu'il vit ou heurte sa conscience. (Langlois, 2012)*

STRESSEURS CHEZ LES SOIGNANTS

GAUTHIER-LORD, J. DE MONTIGNY, F. BOUCHARD, F. (2016).

Les + Fréquents

Voir souffrir le patient

Composer avec un manque d'effectif

S'occuper d'un patient exigeant, mécontent, déprimé

Manquer de temps pour apporter soutien émotionnel

Manquer de temps pour compléter toutes les tâches demandées

Trop de travail de bureau et non d'infirmière

Se sentir impuissant face à son patient dont l'état de santé ne s'améliore pas

Peur de faire une erreur dans les soins

Appliquer un traitement douloureux à un patient

Composer avec un personnel et des horaires imprévisibles

Les + Intenses

- *Avoir peur de faire une erreur*
- *Être confronté à une urgence médicale en absence d'un md*
- *Manque de personnel affecté à d'autres unités*
- *Être critiqué par son supérieur, médecin*
- *Vivre une situation où le médecin prescrit un traitement inapproprié au patient*
- *Prendre une décision en absence du médecin*
- *Absence de soutien ou d'espace de dialogue (Marquis et MAT 2018)*

CONSTATS DE CHERCHEURS RISQUES PSYCHOSOCIAUX

GOLLAC, 2011, TRUCHON, M. 2017

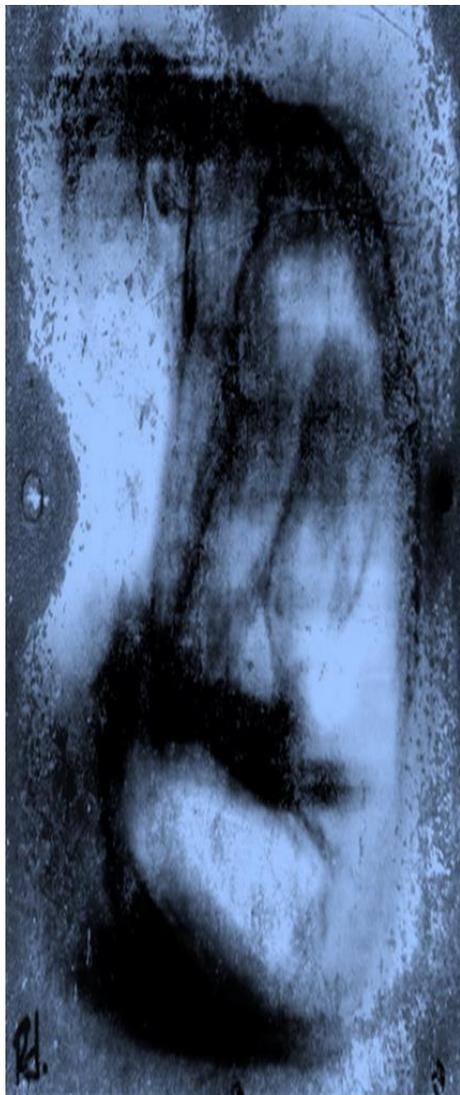
- *Intensité et temps de travail*
(Q w, complexité, responsabilités...)
- *Exigences émotionnelles*
(contact public, personnes souffrantes, dissimulation des émotions...)
- *Manque autonomie, marge de manœuvre*
- *Rapports sociaux au travail*
(esprit d'équipe, reconnaissance, conflits...)
- *Conflits de valeurs*
- *Insécurité de la situation de travail* (précarité, prospective, changements...)
- *Environnement de travail*

LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS BELLAND, 2009 MAT, 2011-2018

Lorsque le soignant:

- manifeste son **impuissance** et sa **désillusion** face à l'impossibilité **d'atteindre l'idéal thérapeutique** (concerne l'ensemble des actions destinées à : guérir, traiter et soulager la souffrance face à la mort...)
- **manque de moyens** pour résoudre **conflits de valeurs** ou dilemmes éthiques dans la relation de soin;
- manifeste l'impuissance et **la perte d'identité personnelle** lorsqu'il s'identifie lui-même à cette même fin idéale des soins

ALORS LA SOUFFRANCE ÉTHIQUE CHEZ LE SOIGNANT (S) :



Concept récent peu nommé et reconnu dans les organisations de travail. dégâts occasionnés : démobilité, désengagement, retrait, dépression, suicide...Langlois et al, 2014

Ce qui se passe:

- ❖ *Le fait d'être confronté aux situations complexes et dramatiques rappelle au **S** sa propre vulnérabilité face à la souffrance.*
- ❖ ***S** est d'abord une personne avec ses propres peurs, ses inquiétudes, ses peines et ses faiblesses.*
- ❖ *Dans sa tentative pour aider le soigné, il est forcément appelé à réfléchir sur la vie, à se questionner, se positionner, prendre conscience de cette solitude que chacun traverse.*
- ❖ *Il est aussi amené à réaliser que rien n'est acquis et que tout est à découvrir... quand il en a la force et les moyens de...*

La souffrance éthique au travail une amputation du pouvoir d'agir (Ricoeur,2010), une perte de sens (Clot, y. 2010) Tremblay, M.A. 2011,2017)

FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'ACCEPTATION

- *Les événements de la vie, les types de personnalités, la fragilité, la vulnérabilité;*
- *Les croyances, les attentes, les démarches spirituelles;*
- *Composantes cognitives, émotionnelles, interpersonnelles;*
- *L'aptitude de guérison de crise, adaptation, les mécanismes, le désir de vivre, la satisfaction des besoins*
- *Attentes élevées à l'égard de soi-même ou envers les autres*
- *Mauvaise perception de ce qu'est un bon travail*
- *Faible sentiment d'appartenance*
- *Manque ou absence d'espace de dialogue*

Statue de L'Homme fatigué par József Somogyi, en Hongrie.



LES SOIGNANTS QUE JE RENCONTRENT SE DEMANDENT:

- *Comment agir quand le discours ou encore les informations à donner à la clientèle vont à l'encontre de leurs propres valeurs?*
- *Jusqu'où va et comment se traduit l'agir éthique au travail?*
- *Oppositions de conceptions différentes du mourir dignement. (Dépend du sens donné et de l'attitude face à la mort selon différents acteurs).*
- *La signification de la demande de mourir pour chacun des acteurs en CAUSE (Le regard de nos proches, des soignants et de la société pousse-t-il à en faire la demande?)*
- *Une demande de mourir ou demande de compassion, d'écoute, d'amour?*
- *Quel droit et liberté je donne au patient, famille, membres de l'équipe?*
- *Comment définir les limites entre ce qui est licite au nom du soin où s'arrête-t-il?*
- *Comment régler la distance au patient sans toutefois s'identifier de façon victimaire à lui?*

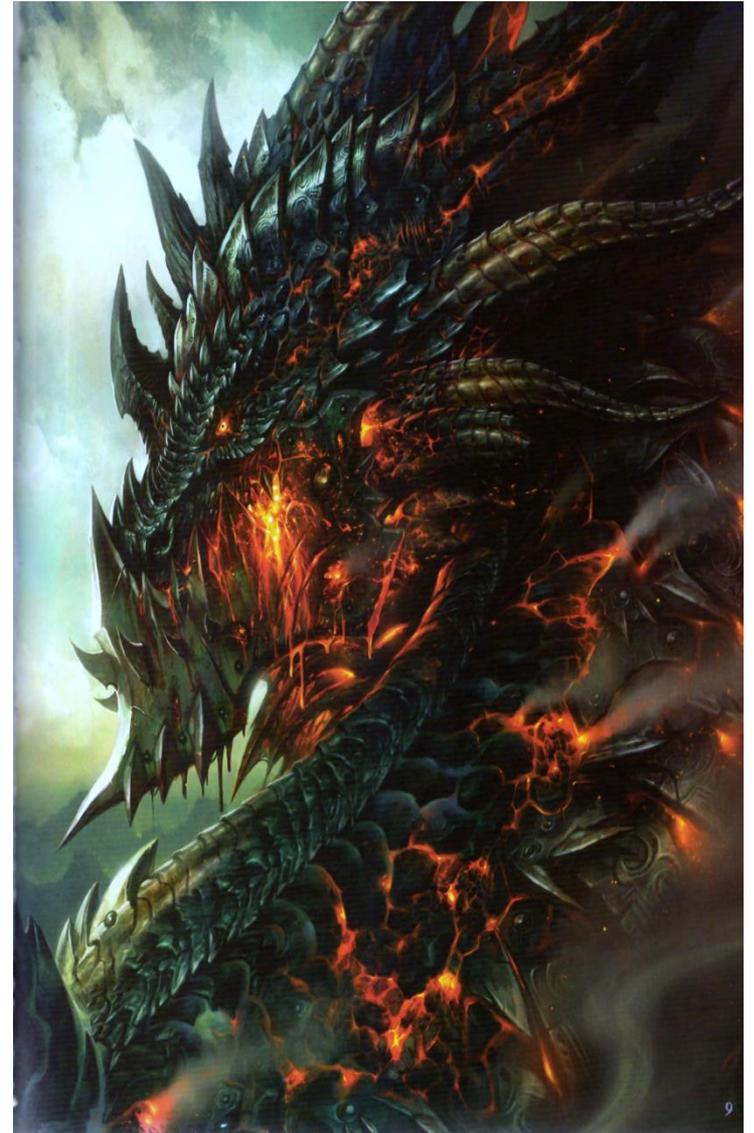
COMMENT ENVISAGEONS-NOUS LA FIN DE VIE?

➤ *Des soignants, des citoyens se montrent favorables à mourir dans la dignité et recevoir des soins de fin de vie en respectant leurs choix ;*

➤ *Loi concernant les soins de fin de vie effective depuis déc. 2015. C14 2016*

➤ *Aujourd'hui face à la technologie, nous sommes capables de prolonger la vie .*

Dilemmes: *entre acharnement thérapeutique/soins proportionnés ou qualité de vie /la vie/ et encore bienfaisance/professionnalisme/liens affectifs*



CONSTATS

Tendance : *Respect de la volonté individuelle/ compassion.*

Notion de « soin »: *Loi soins de fin de vie, C 14: intègre la demande de mourir. (Acharnement thérapeutique/aide à mourir)*

*Existe un **tabou** autour de la mort. Comment accompagner une personne dans la mort sans avoir pris conscience de cette éventualité? Prise de conscience s'impose = vulnérabilité, impuissance*

Problèmes d'accessibilité en soins palliatifs et manque de connaissances.
Mourir dans la dignité tout en pouvant contrôler la douleur et autres symptômes, ne rend pas nécessaire l'AMM et suicide assisté. (Politique SP...)

Économique: *tendance démographique, coût CHSLD, personnes âgées, la dette, compression budgétaire...*

*Le Québec vise à développer des programmes crédibles et reconnus de **formation** de base et continue, des stages cliniques axés sur le savoir-faire et le savoir-être ...*

Ce n'est pas seulement les personnes souffrantes qui se préoccupent d'une bonne mort mais, l'ensemble de la société dans lequel elles sont intégrées. Sous l'angle légal: demandes de soins de fin de vie/dignité.

QUEL SENS DONNER À LA MORT?

- *Mourir dans la dignité = souci de réfléchir à la réalité proprement humaine, de regarder la mort en face et de découvrir le sens de la mort.*
- *Le sens de la mort se trouve dans la personne, dans sa vie, et dans des moyens simples comme un regard compatissant. Le sens n'a de sens que si la personne est reconnue dans son individualité, son unicité, avec ses peurs, ses regrets, ses rêves inachevés, ses relations avortées.*
- *Accueillir la mort est une question d'attitude. Une éthique de la solidarité ou de l'altérité est une garantie à la dignité humaine.*

« Apprendre à mourir ne sert pas à bien mourir, mais à vivre moins mal ». Chauvin, F (1990) « L'autre côté du rêve ».
L'agora p.50

CONCEPTIONS DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Mourir sans souffrir

- *Ne pas être seuls mais entourés, consolés, encouragés et supportés*
- *Être mieux informés et prendre les décisions en ce qui les concerne; reconnaissance des droits et liberté*
- *Relation thérapeutique respectueuse et humaine*

Nous voulons éviter :

- *Le mourir dans la plus froide solitude*
- *En prolongent indûment ma vie, des souffrances atroces... dépersonnalisation de la mort*

On se demande ce que représentent :

Soins palliatifs, soins de fin de vie, vivre dans la dignité, mourir dans la dignité, être soigné dans la dignité, soigner dans la dignité?

- *La dignité se résume-t-elle au manque de souffrances?*
- *La dignité et l'autonomie sont-elles d'égales importances?*
- *Comment concilier mes valeurs avec ceux des soignés?*
- *Est-ce que cette loi respecte mes attentes?*
- *La mort librement choisie est-elle un bien ou un mal?*

FACE À LA SOUFFRANCE: RECHERCHE DE MOYENS ET SENS POUR LE SOIGNANT

(BÉGIN, 2015-TREMBLAY, M-A , 2011-2018)

La souffrance est en rapport avec le pouvoir qu'a la personne de donner un sens à la vie, de forger l'unité de son histoire, de produire et de maîtriser des tâches de se définir des règles morales. (Rawlinson 1986)

Accéder à notre intériorité: avoir confiance, observer ce dont on a confiance et comprendre (De Melo) diminuer menace à l'intégrité permet restaurer le sens

Réseau de soutien: Articulation collective des malaises, éthique dialogique.

Discussion sur enjeux **de loyautés multiples.** (autonomie/intégrité/identité professionnelle)

Promouvoir la métacommunication: supérieurs/employeurs/soignants. Interpeller les institutions compétentes: Après événement critique, en parler au travail.

Trouvez des façons de se détendre sans que ces moyens deviennent des béquilles ou causer dépendance.

Réfléchissez à la quantité de contenu traumatique auquel vous êtes exposés et tenter de les réduire lorsque possible.

NOUVEAU DÉFI À RELEVER POUR UNE NOUVELLE RELATION DE SOIN

***Les soins de fin de vie sont une
voie contemporaine mettant
plusieurs valeurs en tension***

➤ *Quelles valeurs privilégier?*

Cette nouvelle pratique exige :

➤ *du citoyen de s'informer sur ses
droits et de les faire respecter.*

➤ *de l'équipe soignante de
développer une éthique créative
afin de s'adapter à cette nouvelle
dimension du soin.*



A blurred, blue-tinted photograph of three people sitting at a table, likely in a meeting or discussion. The image is out of focus, showing the silhouettes and general shapes of the individuals. The background is dark, and the overall tone is professional and serious.

Argumentation

ACCOMPAGNEMENT EN SOINS FIN DE VIE

Origine du besoin de pallier la solitude des mourants, de combler l'absence de convivialité qui est le propre de la vie contemporaine.

« ...C'est suivre pas à pas celui qui va mourir en lui permettent d'accéder à ce qui, pour lui, est le mieux. Avec la confiance absolue que sa manière de mourir est la bonne pour lui puisque c'est la sienne ».

Marie de Hennezel



RÉFLEXION QUALITÉ DE VIE/QUALITÉ DU MOURIR

Ensemble de conditions qui implique:

- *Le jugement de valeurs sur la vie, le mourir et la mort.*
- *L'évaluation personnelle pouvant influencer qualité de vie/du mourir.*
- *La dimension de la satisfaction des soins reçus.*
- *La qualité de chercher à détecter le non-dit, le secret.*
- *La supposition que l'on puisse nommer les valeurs, exprimer certains critères de bonheur, circonscrire une certaine sagesse de vivre.*
- *La qualité est aussi une prise en compte d'avantages et d'inconvénients de vivre: de croyances et de peurs, d'espoir et de compromis, de volontés, de désirs ou d'aspirations.*

« C'est l'ombre de la mort qui donne un prix infini à toutes les choses de la vie ».

Thibon. G. (1985).Le voile et le masque. Fayard p.161

Qualité de vie/quantité de vie

➤ *Elles s'opposent... Mais aussi s'interrogent, tout est-il quantifiable? Que signifie : coucher de soleil, Bach, enfants ? Ces moments sont-ils sans prix, sans durée ?*

*Décision sur qualité de vie n'est pas résultat mathématique et ou de critères. Mais une prise en compte avantages/
inconvenients/convictions/peurs/audace/compromis/
valeurs/ambitions/désirs/aspirations... Elle est reliée à
«une mort digne »*

Autonomie

➤ *Elle est valorisée par le consentement libre et éclairé selon des directives préalables et des niveaux de soins. Ne s'en remet plus de façon systématique au médecin, mais il joue un rôle majeur dans la décision des traitements. Il est difficile pour lui et soignants d'entendre la demande de mourir;*

Les valeurs décisives se définissent par la personne



POUR MOURIR DANS LA DIGNITÉ L'INDIVIDU DOIT SE RÉAPPROPRIER SA PROPRE MORT...

Aspects de la qualité du mourir

Mourir sans qu'on s'acharne à utiliser tous les moyens techniques possibles « pour arracher à la mort » quelques minutes, heures...de vie biologique

Mourir sans douleur atroces ou en les éliminant le plus possible...

Mourir dans un environnement digne d'un être humain.

Danger en face de la mort, acharnement thérapeutique contre acharnement moral

Volonté de donner à tout prix un sens à l'épreuve, de la justifier, de l'imposer.

L'acharnement moral impose au mourant une philosophie et une démarche médicale qui ne respectent ni la personne ni ses dernières volontés.

L'exagération dans les soins terminaux peuvent conduire à l'acharnement palliatif.



POUR CONCLURE MON EXPÉRIENCE

- ❖ *Le lien entre soin et technique est neutre, il ne peut remplacer la **relation humaine**. Le **sens** qu'on donne à la vie, la souffrance et la mort réside dans la **solidarité humaine**. La compréhension passe nécessairement par la considération de ses propres valeurs et de ses expériences.*
- ❖ *La **difficulté d'exprimer sa propre souffrance** constitue pour les soignants un **obstacle** important à la reconnaissance de celle des autres et peut entraîner une déshumanisation de la relation à l'autre. Le soulagement global s'effectue à travers des actions qui permettent **d'atténuer ce sentiment d'impuissance ou de diminuer la menace à l'intégrité de la personne**, ce qui permet le plus souvent de **restaurer le sens**. Si nous voulons côtoyer la souffrance, une **prise de conscience** de nos propres souffrances et les **accepter** sont nécessaires. C'est par **l'échange** de la recherche **du vécu** de l'autre qu'il est **possible d'évaluer la souffrance**.*
- ❖ ***L'intégration du dialogue éthique** permet un nouvel horizon de sens à nos pratiques et a pour effet de diminuer le stress et la souffrance, de briser l'isolement et donner aux soignés des soins et services de plus grande qualité et sécurité.*
- ❖ ***Devrait encourager** l'éthique dialogique dans nos organisations lors de rencontres interdisciplinaires/d'équipes/ administratives.*



« Le pire c'est devant l'autre qui s'échappe, qui nous échappe, de n'avoir rien à dire ou avoir tant à dire et ne pouvoir mettre en mots l'indicible. C'est être bouleversé par le silence, avoir peur, ne jamais saisir la réalité de celui ou celle qui meurt, se voir imposer une réalité étrangère qui nous fait plonger dans la tristesse, la faiblesse, la mélancolie, l'amertume, le désespoir. C'est avoir le sentiment d'être aspiré par le vide et en éprouver le vertige ».

QUESTIONS?

*La
parole
est à
VOUS ...*



RÉFÉRENCES

- Aubry, R. & Daydé, M.C. (2010). *Soins palliatifs, éthique et fin de vie*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Béliveau, R. & Gingras, D. (2010). *La mort : Mieux la comprendre et moins la craindre pour célébrer la vie*. Montréal : Trécaré.
- Doucet, H. (2015). *La mort médicale est-ce humain?* Médiaspaul. Montréal.
- Hennezel M.; Leloup Y. (1997). *L'art de mourir*. Robert Laffont. Paris.
- Grondin, J. (2013). *Du sens de la vie*. Bellarmin. Bibliothèque national Canada.
- Millioud, I. (2011). *La mort accompagnée : La relation humaine, clé des soins palliatifs*. Saint-Maurice, France : Éditions Saint-Augustin.
- Moreau, N. (2013). « *La souffrance à l'épreuve de la pensée* ». PUQ, Québec.
- Norwood, F. (2010). *Mourir, un acte de vie*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Ricoeur, R. (1990). « *Soi-même et les autres* ». Paris: Seuil
- Ricot, J. (2003). *Philosophie et fin de vie*. Éd. ENSP .Rennes.
- Richard, L.-A. & L'heureux M. (2011). *Plaidoyer pour une mort digne*. Québec : Presses de l'Université Laval
- Tremblay, M. A. (2011). *Le rôle des valeurs dans l'appropriation par le soignant en soins palliatifs d'une démarche de réflexion éthique susceptible de donner un sens à sa pratique*. Thèse de doctorat U. Montréal, UQAC
- Voyer, G. (2009). *La mort à son heure*. Montréal : Médiaspaul.

Autres documents pertinents

- Canada (2016). Contexte législatif : aide médicale à mourir (projet de loi C-14, tel que sanctionné le 17 juin 2016), Ottawa, 62 p. Disponible à : <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amrs/-adra/> dernière consultation 5 septembre 2016
- Gupta M, Leclair S, Rivest, J, (22-11-2016). La souffrance psychique dans le cadre de la Loi 2: devrait-on évaluer la souffrance d'autrui ? CRCHUM, Webinaire organisé par regroupement GIS
- Québec (2014). Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001, [Québec], Éditeur officiel du Québec. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001> Dernière consultation 13 novembre 2016
- Canada (2016).
- Québec (2012). Rapport de la Commission spéciale : Mourir dans la dignité, Assemblée nationale du Québec, mars, 180 p.
- Québec (2015). MSSS Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir. Loi concernant les soins de fin de vie. Groupe de soutien multidisciplinaire sur l'aide médicale à mourir. Québec, août 2015, 19p

*Réponse à
certaines
questions...*

ÉTAT DE LA SITUATION

- *Débat à visage humain, suscitant des émotions et nous place devant nos propres souffrances, notre propre mort...*
- *Lettres de citoyens dans les journaux demandant accès plus large pour la demande de mourir...et accès aux soins palliatifs et de fin de vie.*

Rapport commission fin de vie: juin 2016/juin 2017

Demandes aide à mourir: 992 (62%)

Demandes administrées: 638

Demandes non-administrées: 377 (38%)

*Motifs non-administrées: répondent pas aux critères: 159 personnes
décédées avant AMM: 107. Personnes retirent demandes : 79.*

Demandes en cours d'évaluation: 17. Détresse et déclin rapide : 5.

Demandes en suspens: 3

Sédations palliatives déclarées: 1080

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

EN BREF:

Volet 1: encadrement

Certaines définitions, les valeurs

Droits de la personne en fin de vie

Directives médicales anticipées

Particularités C14 modifiant code criminel et loi 2

Mécanismes de surveillance

Volet 2 DMA

Reconnaissance primauté des volontés des personnes

DÉMARCHES

Répondent aux critères:

- Assurance maladie (ch. A-29);
- Majeure et apte à consentir aux soins;
- En fin de vie;
- Atteinte d'une maladie grave et incurable;
- Situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.
- Demande fait auprès d'un autre médecin indépendant et C14 deux témoins indépendants (Aptitude du patient)
- Consensus famille/équipe de soins et discussion
- Rencontre demandeur avec médecin, discussion, consentement, lieu, moment...
- *Si objection de conscience obligation référée, ou accompagnement du patient jusqu'à l'administration AMM
- Formulaire AMM signé par patient en assurant délai 10 jours
- FORMULAIRE : demande d'aide à mourir AH-881

MÉCANISMES DE SURVEILLANCE

Commission sur les soins de fin de vie qui a comme mandat :

- *D'examiner toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir. (11 membres représentant différents milieux)*
- *D'évaluer l'application de la loi rapport aux ministres aux 5 ans, recevoir tout avis d'AMM*

CMDP

Collèges des médecins

Rapport annuel au PDG et CA

GIS: *soutenir les équipes et assurer une surveillance*



ASPECT DÉONTOLOGIQUE

- *La loi concernant les soins de fin de vie prévoit que tout médecin ou professionnel de la santé peut refuser de participer à l'aide médicale à mourir.*
- *Cependant, il est de son devoir tout au long de la démarche d'aviser la personne désignée dans l'établissement de son objection de conscience.*



QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

- *Qu'est-ce qui a le plus de valeur à vos yeux, qui vous rend heureux?*
- *Seriez-vous prêt à accepter certaines limitations pour vivre quelques mois ou quelques années de plus ?*
- *Seriez-vous prêt à renoncer à des traitements qui pourraient prolonger votre vie pour rester aussi indépendant que possible jusqu'à la fin?*
- *Quels sont vos sentiments par rapport à la mort et en ce qui entoure le processus de la mort?*
- *De quoi avez-vous le plus besoin pour assurer votre bien-être mental ou physique?*
- *Y a-t-il des conditions mentales ou physiques, qui vous amènent à penser que les traitements prolongeant votre vie ne devraient pas être entrepris ou devraient être cessés?*
- *Est-ce que vos relations avec les autres peuvent influencer vos choix et vos décisions par rapport à votre santé?*
- *Avez-vous parlé de vos volontés de fin de vie à une personne de confiance?*