



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

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.

Présenté à la Commission spéciale sur l'évolution concernant les soins de fin de vie

Le 20 mai 2021

Plan

1. Mise en contexte
2. Méthodologie
3. Position de l'AMPQ
4. Questions difficiles relatives à l'application des critères actuels aux personnes TM-SPMI
5. Démarche clinique et procédures suggérées
6. Les pièges

1. Contexte

Demandes à l'AMPQ de participer à la réflexion

- Le 11 septembre 2019 Jugement Beaudoin
- Le 18 décembre Demande de Dr Michel A. Bureau, président de la CSFV à l'AMPQ

- Le 15 janvier 2020 Dre Igartua sollicite la Dre Mona Gupta
- Le 17 janvier CA de l'AMPQ mandate un comité
- Le 20 janvier Demande de Dr Yves Robert, secrétaire du CMQ à l'AMPQ
- Janvier AMPQ fait un sondage des membres
- Le 4 février Première rencontre du comité
- Le 24 février Dépôt de C-7 avec exclusion de maladie mentale
- Printemps Travail du comité « si le législateur le permet, définir selon quelles balises? »
- Le 13 juillet CMQ demande à l'AMPQ de se positionner : doit-on permettre?

Contexte politique actuel

Au fédéral

- Date butoir du 18 décembre 2020
- C-7 déposé avec exclusion d'emblée pour les personnes dont la maladie mentale est le seul problème médical invoqué
- Comité permanent de la justice et des droits de la personne : mandat d'étudier le projet de loi parlementaire fédéral
- Présidente nommée le 15 octobre 2020

Au provincial

- Forum souhaité par le MSSS
- Travail transpartisan

Présentation

Comité aviseur

Dre Mona Gupta, médecin psychiatre

Présidente du comité aviseur sur l'AMM de l'AMPQ
Pratique au CHUM et chercheuse régulière au CRCHUM en éthique précisément sur l'aide médicale à mourir.

Dr Guillaume Barbès-Morin, médecin psychiatre

Vice-président, AMPQ
Pratique à Rouyn-Noranda en psychiatrie générale adulte.

Dr Theo Kolivakis, médecin psychiatre

Pratique au CUSM en psychiatrie générale adulte, coordonnateur de la clinique de services tertiaires en schizophrénie et co-directeur de la clinique de neuro-modulation du CUSM.

Dre Jessika Roy-Desruisseaux, gériopsychiatre

Pratique au CHUS. A présidé le comité de gériopsychiatrie et le comité ad hoc sur les soins de fin de vie à l'AMPQ.

Dr Evens Villeneuve, médecin psychiatre

Psychiatre spécialisé en évaluation et traitement des troubles sévères de la personnalité à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ).

M. René Cloutier, directeur général - Réseau avant de craquer

Directeur général du Réseau Avant de Craquer depuis mai 2018, une fédération de familles et amis de personnes atteintes de maladie mentale.

M. Simon Courtemanche, patient-partenaire - CISSS de Laval

Usager partenaire depuis 2017 au CISSS de Laval. Il est notamment impliqué dans les projets Aire Ouverte et Discutons Santé. Depuis 2018, il œuvre auprès de l'équipe de la Direction collaboration partenariat patient (DCPP) en animant des cours d'éthique et CSS.

2. Méthodologie

Présentation

Méthodologie

- **Sondage** auprès des médecins psychiatres du Québec
- Revue des **études commanditées, rapports spéciaux** et **articles scientifiques** récents
- Revue des **législations** et du **cadre réglementaire** des autres juridictions
- Réflexion **éthique** et **clinique**

3. Position de l'AMPQ

Des rappels

Les personnes atteintes de troubles mentaux :

- Font face à la discrimination
- Ont droit à l'auto-détermination
- Ont droit aux traitements appropriés
- Souffrent autant que celles avec des troubles physiques

Les ressources pour traiter les maladies mentales sont insuffisantes.

Malgré les meilleurs soins, certaines maladies mentales ne peuvent pas être soulagées.

Des rappels

- Les personnes atteintes de TM-SPMI n'ont **jamais été exclues** des lois (provinciale ou fédérale).
- Les critères des deux lois ne sont **pas basés sur les diagnostics**, mais plutôt sur un ensemble de circonstances cliniques.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux avec des **composantes physiques et mentales** ne sont pas exclues.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux et d'un trouble physique **coexistant** ne sont pas exclues, même si leur demande est motivée par un trouble mental.

— Sur le terrain, les cliniciens reçoivent des demandes de personnes avec des comorbidités physiques et psychiques, des syndromes psychosomatiques ou même des cas TM-SPMI. **Plusieurs de ces personnes ont déjà eu accès à l'AMM.**

Exclusion par diagnostic

- On fait référence à quel groupe?
 - Maladie mentale (PL C-7) versus trouble mental (langage psychiatrique)
 - Cela suggère que le projet de loi veut exclure un sous-groupe des troubles mentaux sans mentionner lequel
- L'exclusion d'un groupe par diagnostic exige des **caractéristiques** qui sont propres à ce groupe et qui distinguent de façon fiable ce groupe d'autres groupes qui ne sont pas exclus.
- Notre analyse suggère qu'il n'y a pas de caractéristiques qui soient spécifiques aux personnes TM-SPMI.
- Le diagnostic psychiatrique n'est pas garant de la sévérité ou du pronostic.
- Il n'y a donc pas de méthode rationnelle pour dresser une telle liste.

Ce qu'il faut retenir

- Les patients dont la seule maladie est un trouble mental ne devraient pas être systématiquement exclus de l'AMM.
- Comme pour tout autre patient, ce sont les circonstances cliniques, et non le diagnostic spécifique, qui doivent déterminer l'admissibilité à l'AMM.
- L'AMPQ n'entend pas promouvoir l'AMM TM-SPMI, mais plutôt reconnaître la souffrance des patients et leur autonomie.
- En conséquence, l'AMPQ propose la mise en place des conditions nécessaires pour assurer une évaluation rigoureuse des demandes.

**4. Des questions difficiles concernant
l'application des critères actuels aux
personnes TM-SPMI**

Questions concernant l'application des critères

Incurabilité/irréversibilité

Niveau de certitude nécessaire

Aspects à évaluer

Chronicité

- Sévérité des symptômes
- Degré d'incapacité fonctionnelle
- Mécanismes adaptatifs
- Évolution dans le temps

Tentatives de traitement

- Bio-psycho-social
- Disponibilité

Refus de traitement

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**

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.*

Déterminer l'aptitude

Habiletés cognitives

1. *Compréhension de l'information d'après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse*

La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle elle demande l'AMM?

La personne comprend-elle la nature et le but de l'AMM ?

La personne comprend-elle les avantages et les risques de l'AMM (et des traitements alternatifs, y compris de ne pas procéder à l'AMM) ?

La personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas procéder à l'AMM ?

La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ?

2. *Appréciation de l'information sur le plan personnel*

La personne est-elle capable de s'approprier l'information reçue sur l'ensemble des options, de l'appliquer à sa propre personne et de faire preuve d'autocritique?

3. *Raisonnement sur l'information*

La personne est-elle capable de comparer les risques et bénéfices de chacune des options discutées, de peser le pour et le contre de chacune d'elles et de justifier son choix?

4. *Expression de son choix*

La personne peut-elle communiquer un choix raisonné et constant?

Questions concernant l'application des critères

Déterminer l'aptitude

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

Désaccords entre les médecins : quoi faire?

- Possible puisque le jugement est humain
- Mis en évidence dans certaines études

Dans le doute, inapte jusqu'à preuve du contraire

Questions concernant l'application des critères

Évaluation de la « souffrance »

Le rôle de la maladie

- Symptômes et limitations fonctionnelles

Le rôle des déterminants sociaux

- Enjeu important, mais non exclusif aux personnes atteintes de troubles mentaux

Le rôles des 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

Évaluer la souffrance,
c'est l'expertise et le
quotidien des
médecins psychiatres

Questions concernant l'application des critères

La « suicidalité »

Comment distinguer une personne suicidaire (symptôme de sa maladie) versus une demande « rationnelle » de cesser de souffrir?

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

- soulager la honte, la culpabilité, la solitude, la peur, le deuil
- éviter d'être un fardeau
- expression de colère

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

- as-tu perdu espoir? es-tu prêt à m'abandonner?

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

- égosyntones ou dystones?
- chroniques ou nouvelles
- avec agirs ou non

Questions concernant l'application des critères

La « suicidalité »

Est-ce que l'AMM TM-SPMI va à l'encontre de la prévention du suicide?

- Les deux peuvent coexister

L'auto-détermination en médecine et le droit de refuser des soins ou de se laisser mourir

Exemple de cas

Mme Beaudette

- Mme Beaudette, 67 ans, vit avec un trouble obsessionnel-compulsif depuis la puberté. Initialement, elle souffre de doute irrationnel sur son orientation sexuelle. Après son mariage, ses obsessions se sont estompées, mais après chacune de ses grossesses, des obsessions par rapport à la santé de ses nouveaux-nés se font sentir. Elle vérifie compulsivement leur corps pour des lésions ou des signes d'infection, elle nettoie la maison de façon obsessionnelle pour éviter que ses enfants ne contractent des maladies. Depuis sa mi-trentaine, les symptômes se sont atténués et elle demeure relativement fonctionnelle, quoi qu'avec des symptômes anxieux intermittents.
- Depuis une vingtaine d'années, les symptômes de TOC refont surface et deviennent de plus en plus tenaces.

Mme Beaudette

- Dans le contexte d'une convalescence post-chirurgicale, elle développe des obsessions de plus en plus envahissantes de contamination par ses selles sur des objets tant au travail, en allant à l'épicerie, ou à la maison. Le tout devenant insupportable pendant des années, la paralysant dans toute activité.
- À d'autres moments, elle semble en "status panicus" continuel, réfractaire même à de fortes doses de benzodiazépine.
- Mme Beaudette a eu des dépressions secondaires à son TOC et a nécessité plusieurs hospitalisations. Elle a bénéficié de tous les traitements pharmacologiques recommandés, une thérapie cognitive, divers protocoles de rTMS différents, des ECT, et même la kétamine par la voie intraveineuse. Rien ne la soulage.
- Le placement en famille d'accueil est envisagé puisque, après une fracture de la hanche, son mari n'est plus en mesure de s'en occuper.
- La patiente, calmement et avec réflexion, a maintes fois questionné si l'AMM était une option. Le cas échéant, elle souhaiterait la considérer, avec son mari.

Exemple de cas

Monsieur Tourigny

- M. Tourigny, 36 ans, architecte de formation. Il a fait sa première dépression majeure alors qu'il était au baccalauréat. À ce moment, il a consulté auprès des services aux étudiants à l'université et a bénéficié d'une psychothérapie et de plusieurs essais pharmacologiques.
- Il accuse certains retards académiques puisque la dépression affecte sa mémoire et sa concentration et ses fonctions exécutives et l'oblige à reporter plusieurs examens. Intelligent et très exigeant envers lui-même, il réussit tout de même à finir son diplôme et à se dénicher un stage au sein d'une grande firme d'architectes.
- Malgré ses bonnes performances, il doute continuellement de ses compétences, est perpétuellement anxieux de mal travailler et craint commettre des erreurs qui pourraient causer une catastrophe. Il perd la concentration et devient de moins en moins fonctionnel. Ceci le déprime davantage puisque l'intelligence et la productivité sont deux valeurs importantes pour lui.

M. Tourigny

- Son psychiatre des services aux étudiants le réfère à un spécialiste des troubles de l'humeur et au fil des années, il tente différents antidépresseurs, du lithium et des antipsychotiques. Deux autres tentatives de psychothérapies n'amènent que des résultats limités. Il tente aussi la méditation et l'exercice physique. Parfois, il est partiellement soulagé pour quelques mois, mais les symptômes finissent par revenir.
- À l'aube de ses trente ans, il fait une tentative de suicide par surdose médicamenteuse, ce qui provoque sa première hospitalisation.
- S'ensuit au fil des années, trois autres hospitalisations avec des références vers des cliniques spécialisées, d'abord en psychopharmacologie, ensuite en rTMS, en kétamine et finalement, avec les ECTs.
- Son niveau de fonctionnement baisse au point où il est admis à l'hôpital de jour pour tenter de le structurer et de remédier au déclin cognitif.
- Son psychiatre traitant reste toujours au dossier comme figure stable malgré l'intervention des services de troisième ligne.
- Avec l'arrêt Truchon, il questionne son psychiatre à savoir s'il peut l'aider à cesser de souffrir.

Est-ce qu'on peut refuser l'AMM dans les cas de TM-SPMI?

- Quand les **possibilités de guérison/amélioration sont très élevées** par rapport aux interventions tentées;
- Quand le trouble affecte la **capacité de prendre des décisions** (sens large);
- Quand l'expérience de la **souffrance est déformée par le trouble**;
- Quand la personne veut mourir, car elle est **incapable d'exercer un jugement raisonné** sur ses perspectives d'avenir.

5. Démarche clinique et procédures suggérées

Considérations

- Plusieurs aspects de la pratique actuelle (tel que recommandés par le CMQ) s'appliquent à tous les patients.
- Des différences existent dans un contexte hors fin de vie et la spécificité des troubles mentaux.

La trajectoire

- Expertises psychiatriques (deux comme pour GEE)
- Période d'évaluation prolongée (cinq mois)
- Création d'un bureau régional pour l'AMM en SM :
 - Coordination provinciale pour assurer l'accès au traitement et au bon déroulement du processus;
 - Surveillance prospective en raison des défis et des controverses
- Trois évaluations dans une éventualité de désaccord

6. Les pièges

Les pièges et les arguments erronés

Arguments erronés

Manque de ressources en santé mentale

Déterminants sociaux jouent un rôle important dans la souffrance des gens

Il peut y avoir des désaccords parmi les évaluateurs notamment sur l'aptitude ou le pronostic

La certitude de l'incurabilité n'existe pas pour les troubles mentaux

Questions?

Commentaires?