



COMMISSION SPÉCIALE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

MÉMOIRE

DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Le 17 septembre 2010

« L'Ordre des psychologues du Québec a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire, il s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques. »

Monsieur le Président,
Madame la Vice-Présidente,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

L'Ordre des psychologues du Québec (l'Ordre) vous remercie de lui permettre de vous présenter le résultat de ses premières réflexions sur le document de consultation *Mourir dans la dignité* présenté dans le cadre de cette Commission Spéciale.

L'Ordre reconnaît l'importance des enjeux liés à la question de mourir dans la dignité et ce, non seulement pour la société dans son ensemble, mais pour l'individu et sa famille dans leur vécu le plus intime, là où la subjectivité et l'affectivité doivent être prises en considération tout autant que la rationalité.

Dans la préparation de ce mémoire, l'Ordre a consulté les psychologues œuvrant en soins palliatifs. Ces psychologues, particulièrement, sont appelés à jouer un rôle significatif auprès des personnes en fin de vie, auprès de leurs proches et aussi, auprès des équipes soignantes et des bénévoles.

L'Ordre des psychologues n'a pas une position arrêtée pour ou contre l'euthanasie et le suicide assisté. Cette décision dépasse le cadre de notre seule discipline. Nous croyons toutefois pouvoir apporter notre contribution en partageant avec les membres de la Commission quelques-uns des constats issus des expériences cliniques, de la littérature scientifique et de la recherche en psychologie. Notre objectif est de contribuer à mieux faire comprendre les facteurs psychologiques qui influencent le sentiment de dignité, le désir de mourir et la prise de décision en fin de vie.

LA PERTINENCE DE CETTE COMMISSION

D'entrée de jeu, l'Ordre considère que la tenue de la Commission Spéciale permettra à la société québécoise de se pencher sur les enjeux réels liés aux soins en fin de vie, aux soins palliatifs, à l'euthanasie et au suicide assisté. Son caractère public permettra d'être confrontés à la complexité des questions soulevées et enrichira le discours privé et public des nuances nécessaires dans un débat si profondément humain. Si, à défaut de trouver des réponses qui font consensus, l'exercice permet d'approfondir et d'étendre la compréhension des enjeux, de formuler autrement ou plus spécifiquement les questions relatives à la fin de vie et, surtout, de sensibiliser la collectivité à l'importance d'offrir soins et soutien en fin de vie, il aura fait œuvre utile.

L'IMPORTANCE DES MOTS

On ne peut aborder efficacement et intelligemment une discussion sans d'abord s'entendre sur le sens des mots utilisés. Comme d'autres l'ont déjà mentionné¹, l'éducation de la population sur l'ensemble des pratiques de fin de vie est un pré requis à tout débat éclairé. D'ailleurs, en réponse au document du groupe de travail en éthique clinique du Collège des médecins (octobre 2009), *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*, le réseau des soins palliatifs au Québec notait qu'une telle confusion existe dans notre société en raison de la compréhension différente que chacun peut avoir des termes ou concepts utilisés².

Il est donc fort intéressant que le document soumis à la consultation se soit penché sur un lexique commun, définissant avec justesse divers termes. Il est notamment fait référence aux soins palliatifs, à l'euthanasie, au suicide assisté, à l'arrêt et au refus de traitement ainsi qu'à la sédation palliative et terminale. Ce lexique devrait permettre à la population de mieux saisir les distinctions et les nuances, ce qui, à notre avis, constitue en soi un apport positif au débat.

¹ Marcoux, I., Mishara B.L. & Durand, C. (2007). Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions. *Canadian Journal of Public Health*, May-June, 235-239.

² Réseau de soins palliatifs du Québec. *Réponse au document du Collège des médecins du Québec*. Document télé-accessible à l'adresse URL suivante : <http://www.aqsp.org/images/PositionEuthanasieSuicideAssiste.pdf>

La psychologie nous apprend le pouvoir des mots, non seulement pour communiquer mais aussi pour mettre de l'ordre dans ses propres pensées. Au-delà du débat actuel, les personnes qui sont ou seront confrontées à une prise de décision pour elles-mêmes ou pour d'autres, celles qui voudraient déjà exprimer leurs volontés en cas d'inaptitude ou celles qui se sentent angoissées lorsqu'elles imaginent tout ce qui pourrait leur échapper à la fin de leur vie, toutes ces personnes bénéficieraient d'une compréhension des différents modes de soins et d'interventions en fin de vie, de ce qui les justifie ou les autorise. L'exercice pédagogique amorcé par la Commission devrait donc s'étendre au-delà de sa durée et de son public immédiat.

LA DIGNITÉ

Le sentiment de dignité est composé de plusieurs facteurs. Vouloir *mourir dans la dignité* peut aussi vouloir dire préférer *mourir plutôt que de perdre sa dignité*. Les situations vécues par les personnes en fin de vie peuvent ébranler le sentiment de dignité: devenir dépendant et n'avoir personne sur qui compter, ou encore, être en situation de dépendre de ceux-là mêmes dont on était le soutien, dont on ne veut pas troubler la vie, ne plus avoir d'intimité, se montrer dans sa déchéance, craindre de déperir davantage, être ou se sentir un fardeau pour les autres, en être humilié, avoir honte de sa condition, bref être atteint dans son identité profonde et dans l'image qu'on a de soi-même, celle qu'on tient à montrer et à laisser à ceux qu'on aime. Pour maintenir un sentiment de dignité, la personne a besoin d'être reconnectée avec sa valeur intrinsèque comme être humain et ce, au-delà de ses pertes, défaillances et régressions. Les proches ne peuvent à eux seuls répondre à ce besoin. Une aide professionnelle peut être nécessaire. Il ne faut pas minimiser ce qu'implique de changer la nature des relations et ce, tant du point de vue de la personne malade que de ses proches. D'ailleurs, il peut être moins humiliant de recevoir certains soins de la part d'un étranger ou encore, d'une personne dont c'est le travail, que de la part d'un proche. De par les soins et le soutien qu'elle offre au malade, cette tierce personne soignante aide ainsi non seulement physiquement mais aussi psychologiquement.

On reconnaît de plus en plus les situations humiliantes comme événements précipitant le suicide dans la population en général.³ Il y a donc tout lieu de croire que le désir de mourir puisse être largement teinté de la peur de perdre sa dignité. Si l'exercice de sa liberté et de son droit à l'auto-détermination contribuent au sentiment de dignité, il ne faudrait pas qu'il se limite à la la décision de mourir.

³ Tousignant M., Turecki G., Chawky N., Vanier C., Lesage A., (manuscrit en préparation). Life events and suicide : victim or perpetrator ?

LE DÉSIR DE MOURIR

Le désir de mourir n'est pas un choix absolu, objectif et définitif. En effet, il est par nature le désir de mettre fin à quelque chose. C'est le refus d'un état, d'une condition inacceptables, et non le choix, à proprement parler, de mettre fin à ses jours.

Mettre fin à la souffrance physique

Il va de soi que le désir de mourir peut être déclenché par des souffrances intenses dont il permet d'envisager la fin. L'impact des souffrances physiques sur le désir de mourir est largement reconnu.⁴ On a observé des variations dans le désir de mourir en fonction du niveau de douleur ressentie.⁵ Mais encore, il semble que la peur de douleurs futures plutôt que l'intensité de la douleur actuelle soit également l'une des principales motivations reliées au désir de mourir.⁶ Le contrôle et la peur de la douleur semblent donc exercer une grande influence sur l'intérêt du patient en phase terminale pour l'euthanasie ou le suicide assisté, ce dont témoignent les psychologues sur le terrain.

Or, un pourcentage important de patients souffrant de cancer (25 %) décéderait sans bénéficier d'un contrôle adéquat de la douleur, malgré qu'il soit possible d'y remédier⁷. Dans un article publié dans *Le Devoir.com* le 8 juin 2010, le Dr Bernard Lapointe, directeur des soins palliatifs au Centre universitaire de santé McGill, soutient qu'un bon nombre de patients auraient pu bénéficier plus tôt des soins palliatifs. Malheureusement, la disponibilité de ces soins n'est pas la même dans toutes les régions et l'urgence devient alors la porte d'entrée pour une partie de cette clientèle. « Ces gens-là » estime-t-il,

⁴ Quan, H., Arboleda-Florez, J., Fick, G.H., Stuart, H.L. and Love, E.J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 190-197.

Wilson, K.G., Scott, J.F., Graham I.D. and al. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2454-2460.

⁵ Wilson, K.G., Scott, J.F., Graham I.D. and al. (2000). Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2454-2460.

Wilson, K.G. and al. (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, 26(3), 314-323

⁶ Johansen, S., Holen, J. C. and Kaasa, S. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, 19, 454-460.

⁷ Von Roenn, J.H., Cleeland, C.S., Gonin, R., Hatfield, A.K. and Pandya, K.J. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management : A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal medicine*, 19, 121-126.

« ont toléré inutilement des douleurs pendant des semaines, voire des mois, alors que nous avons les moyens pour les soulager. »⁸

Mettre fin à la souffrance psychologique

La dépression comme facteur de risque suicidaire est bien connue des experts en suicidologie.⁹ La dépression à elle seule entraîne une perte d'intérêt pour la vie. Or, c'est près du quart des personnes en fin de vie qui souffriraient de dépression¹⁰. Il ne faut pas ici confondre la tristesse et l'anxiété normales à cette étape de la vie et la dépression clinique qui constitue en soi un problème de santé méritant toujours d'être évalué et traité. Selon une étude américaine, il appert qu'environ la moitié seulement des personnes en fin de vie seraient adéquatement diagnostiquées pour un état dépressif.¹¹ La dépression serait donc peu traitée et elle serait plutôt confondue avec les symptômes physiques de la maladie et/ou avec les effets secondaires du traitement pharmacologique. Par conséquent, ces personnes ne bénéficieraient que peu ou pas des traitements appropriés. Cela pose un double problème. Une souffrance, parce qu'elle est d'ordre mental ou psychologique, ne serait pas soulagée adéquatement, et ce, même si les interventions efficaces pour traiter la dépression sont largement connues et diffusées.¹² Mais de plus, la dépression, qui à elle seule peut entraîner le désir de mourir¹³, pourrait nuire à la compréhension du désir réel qu'exprime la personne en fin de vie.

Il est donc de première importance que toutes les personnes en fin de vie puissent recevoir des soins palliatifs de qualité qui peuvent soulager, ou à tout le moins alléger, les

⁸ LeDevoir.com. *Cancer : constat d'échec dans les soins palliatifs*. Document téléaccessible à l'adresse URL suivante : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/289310/cancer-constat-d-echec-dans-les-soins-palliatifs>

⁹ Cavanagh, J.T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : A systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), 395-405.

¹⁰ Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M. and Lander, S. (1994). Prevalence of depression in the terminally ill : Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgements. *American Journal of Psychiatry*, 151, 537-540.

¹¹ Faberman, R.K. (1997). Terminal illness and hastened death requests : The important role of the mental health professional. *Professional Psychology : Research and Practice*, 28, 544-547.

¹² Ordre des psychologues du Québec (2010) *La dépression, Considérations autour des choix de traitements*, Cahier recherche et pratique, Vol. 1 no 2

¹³ Waern, M., Rubenowitz, E. and Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49, 328-334.

Butt, Z.A., Overholser, J.C. and Danielson, C.K. (2003). Predictors of attitudes towards physician-assisted suicide. *Omega*, 47 (2), 107-117.

douleurs physiques et les souffrances psychologiques. Sans cela, on ne peut prétendre avoir suffisamment soutenu leur désir de vivre et conclure qu'ils désirent vraiment mourir.

Citons ici la psychologue Johanne De Montigny à propos des soins palliatifs :

« En soins palliatifs, nous aidons les grands malades à mourir sans que nous n'ayons à précipiter ou ralentir le processus. L'aide à mourir, dans le contexte des soins palliatifs, consiste à accompagner une personne gravement malade jusqu'au bout de sa trajectoire, à soulager ses douleurs par des moyens reconnus et efficaces, à intervenir sur les plans psychologiques, spirituels et sociaux et en proposant, grâce à la solidarité interdisciplinaire, les soins de confort nécessaires à sa qualité de fin de vie Cette chaîne de soins assure du répit aux familles éplorées et offre une médecine spécialisée pour enrayer les douleurs physiques des malades. Quant à la souffrance existentielle inhérente au processus de mourir, le psychologue s'applique à la contenir, à la porter avec l'autre et à lui conférer un sens qui corresponde à la réalité spécifique à chacun. »

LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

La prise de décision quant aux interventions de fin de vie devrait reposer sur un processus davantage que sur un seul événement, puisque la permanence des choix face à ces interventions ne serait pas aussi stable qu'on pourrait le croire. En effet, il existe des différences importantes entre ce que l'on dit souhaiter, si jamais on avait à vivre telle situation, et ce que l'on veut réellement au moment où cela arrive. Une étude a révélé que seulement 67 % des gens auraient exprimé les mêmes choix un an plus tard.¹⁴

Lorsqu'il est question d'un choix aussi important que celui de consentir à l'une ou l'autre des interventions de fin de vie, il est primordial de s'assurer que la décision d'une personne soit prise de manière volontaire, sans l'influence de contraintes extérieures, comme l'absence de soins palliatifs de qualité, le sentiment d'être un fardeau pour la famille ou même des difficultés d'ordre financier. Il est également important de s'assurer que la personne soit réellement consciente de l'aspect irréversible de certaines décisions. Le consentement libre et éclairé, par définition, appelle à un choix parmi toutes les options

¹⁴ Ditto, P.H., Smucker, W.D., Danks, J.D., Jacobson, J.A., Houts, R.M., Fagerlin, A. et al. (2003). The stability of of older adults' preferences for life-sustaining medical treatment. *Health Psychology*, 22, 605-615.

possibles, sans pressions extérieures ou idées irrationnelles.¹⁵ Rappelons qu'un certain nombre de personnes en fin de vie peuvent présenter des conditions psychologiques (dépression, anxiété, délire) affectant leur capacité à faire des choix éclairés.

L'évaluation et le traitement de la dépression, de l'anxiété et/ou délire font d'ailleurs partie des meilleures pratiques au niveau des soins palliatifs.¹⁶

L'Ordre souligne l'importance de procéder à une évaluation psychologique rigoureuse des personnes en fin de vie pour lesquelles les choix se posent, évaluation qui permettrait de constater notamment la présence ou non de conditions susceptibles de les influencer dans leur choix. Cette évaluation permettrait également de vérifier la stabilité de ce choix.¹⁷

Par ailleurs, le testament de vie, communément appelé directives de fin de vie, permet à une personne d'exprimer pendant qu'elle est apte à le faire, ses désirs de traitement médical dans une situation où elle serait trop malade pour le faire. Aux États-Unis, moins de 25 % de la population posséderait un tel document, une majorité de personnes préférant s'en remettre aux membres de leur famille face à ces décisions.¹⁸ Ici, l'utilisation du testament de vie ne semble pas avoir été étudiée. Diverses difficultés ont été constatées dans l'application de cette mesure. Le testament de vie est souvent un document bref qui ne permet pas d'anticiper toutes les situations et de prévoir toutes les mesures médicales possibles.¹⁹ De plus, les répondants de ces personnes éprouveraient également de la difficulté à bien interpréter les souhaits exprimés, et ce, malgré le fait qu'ils aient pu avoir eu des échanges explicites avec l'auteur du testament de vie.²⁰ Les

¹⁵ Galbraith, K.M. and Dobson, K.S. (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in the terminally ill. *Canadian Psychology*, 41 (3), 174-183.

¹⁶ Hultman, T., Keene Reder, E.A. and Dahlin, C.M. (2008). Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: The National Consensus Project and the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care. *Omega*, 57 (4), 323-339.

Shuster Jr., J.L., Breitbart, W. Chochinov, H.M. (1999). Psychiatric aspects of excellent end-of-life care. *Psychosomatics*, 40 (1), 1-4

¹⁷ Chochinov, H.M., Tataryn, D., Clinch, J.J. and Dudgeon, D. (1999). Will to live in the terminally ill. *The Lancet*, 354, 816-819.

¹⁸ Eiser, A.R. and Weiss, M.D. (2001). The underachieving advance directive: Recommendations for increasing advance directive completion. *American Journal of Bioethics*, 1,W10.

Holley, J.L., Stackiewicz, L., Dacko, C. and Rault, R. (1997). Factors influencing dialysis patients' completion of advance directives. *American Journal of Kidney Diseases*, 30, 356-360.

¹⁹ Brett, A.S. (1991). Limitations of Listing Specific advance directive. *Cancer*, 82, 1570-1577.

²⁰ Ditto, P.H., Danks, J.H., Smucker, W.D., Bookwala, J., Coppola, K.M., Dresser, R. et al. (2001). Advance directives as acts of communication: A randomized, controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 161, 421-430.

répondants auraient également tendance à confondre leurs préférences personnelles et celles du patient.²¹

Il y aurait donc lieu de s'assurer de la mise à jour périodique des souhaits exprimés par la personne. De plus, ce document devrait être complété avec la participation très active des membres de la famille et / ou du médecin de famille, afin de confirmer l'interprétation des souhaits pour développer une meilleure compréhension et un réconfort accru face aux décisions de fin de vie.

L'IMPACT DE LA PARTICIPATION AUX DÉCISIONS DE FIN DE VIE

La participation aux décisions de fin de vie a un impact psychologique certain sur les proches, mais aussi chez les intervenants et les professionnels de la santé. L'Ordre estime qu'il s'agit là d'une problématique importante et qu'il faut baliser leur implication et, au besoin, offrir à ces personnes la formation et l'accompagnement nécessaires avant, pendant et après la prise de décision.

Sur les proches

Le décès d'un proche a toujours un impact psychologique, mais qu'en est-il de la participation aux décisions qui ont entraîné sinon le décès lui-même, du moins les conditions dans lesquelles il s'est déroulé ? La culpabilité, si souvent présente au moment du décès d'un proche, les remords même pour de petites négligences, viennent souvent compliquer le processus de deuil. Les conséquences chez les proches ne sont certainement pas anodines et l'expérience clinique des psychologues, particulièrement ceux qui exercent en soins palliatifs, indique que le risque est grand de voir les regrets, les auto-reproches, la peur d'être jugé et l'isolement social qui en découle suivre leur participation active à la décision de fin de vie, quelle que soit cette décision.

Il importe donc de bien peser la responsabilité que l'on fait porter aux proches. Ils ont sûrement besoin non seulement d'information, mais de conseils afin de partager avec l'équipe médicale le choix des orientations de traitement, de fin de traitement ou d'autres interventions de fin de vie. Bien que peu d'études soient disponibles sur le sujet, l'une d'entre elles mentionne la difficulté des proches à faire face à leur rôle dans une telle situation. Il faut comprendre que les relations de proximité que tissent les gens sont complexes et que la palette des sentiments éprouvés, qui sont parfois contradictoi-

²¹ Ditto, P.H. and Hawkins, N.A. (2005). Advance directives and cancer decision making near the end of life. *Health Psychology*, 24(4), S63-S70.

res, rend difficile leur réflexion sur les choix à faire. De plus, ils éprouveraient des difficultés à vivre avec les conséquences de leur participation à certaines décisions.²²

Sur les intervenants

Très peu de recherches ont été faites au sujet de l'impact psychologique sur les équipes soignantes participant à l'euthanasie ou au suicide assisté. Cependant, une recension d'articles tirés de journaux médicaux fait état de difficultés psychologiques ressenties par un grand nombre de médecins y ayant participé. Près de la moitié d'entre eux ont demandé du soutien par la suite. Qui plus est, aux États-Unis, 24 % avait regretté leur implication et 16 % ont rapporté ressentir un fardeau émotionnel affectant négativement leur pratique médicale.²³

On sait à quel point la présence d'un cadre à l'intérieur duquel se déroule le processus décisionnel est essentielle à la santé psychologique de celui qui doit prendre des décisions importantes ou y participer de quelque manière. C'est en ce sens que les professionnels vivent généralement leur code de déontologie non pas comme une contrainte, mais plutôt comme un cadre rassurant. Il en va de même des lois, lorsque celles-ci tiennent compte des réalités vécues par ceux qui doivent les respecter. Il y a donc lieu de donner aux professionnels un cadre juridique et déontologique qui, tout en les guidant, laisse place à leur jugement face à des situations qu'aucune règle ne pourrait prévoir entièrement.

CONCLUSION

L'Ordre considère qu'il y a lieu d'approfondir les connaissances sur la question des soins en fin de vie, ce qui pourrait se traduire par la mise en place d'une politique de recherche continue sur la question. Une telle démarche permettrait de cumuler des données utiles pour guider les orientations à prendre, tant au niveau juridique que clinique. Mesurer en continu l'impact des choix effectués sur la personne en fin de vie, sur ses proches, sur les intervenants et sur les équipes professionnelles ne peut qu'améliorer le dif-

²² Starks, H., Back, A.L., Pearlman, R.A., Koenig, B.A., Hsu, C., Gordon, J.R. and Bharucha, A.J. (2007). Family member involvement in hastened death. *Death Studies*, 31, 105-130.

²³ Stevens, K.R. (2006). Emotional and psychological effects of physician-assisted suicide and euthanasia on participating physicians. *Issues in Law & Medicine*, 21 (3), 187-200.

ficile processus de prise de décision auquel chaque situation de fin de vie les appelle à collaborer.

Dans le rapport de son groupe de travail sur le suicide assisté et les décisions de fin de vie, l'American Psychological Association a proposé pas moins de 15 priorités de recherche. Nous avons cru utile d'en joindre la liste en annexe de ce mémoire.²⁴ À titre d'exemple, l'une d'entre elles consiste à documenter la façon dont les personnes vivent la dernière phase de leur vie : les émotions, les cognitions, le niveau de douleur et de souffrance, les attitudes des personnes en fin de vie, leurs interactions personnelles et familiales dans cette période cruciale pour elles et leurs proches.

En conclusion, l'Ordre tient à rappeler que la dignité humaine réfère d'abord au respect de l'individu dans ce qu'il a d'unique et qu'aucune formule ne saurait convenir à tous. Dans un débat aussi chargé, tant au niveau des valeurs qu'au niveau émotif, il importe de rappeler que ce sont les valeurs du malade, ses émotions à lui, et non les nôtres, qui doivent nous guider. La Commission fait œuvre utile en permettant la mise en commun de réflexions, d'observations et de connaissances. Espérons pouvoir donner aux malades, à leurs proches et aux professionnels qui les entourent les moyens de prendre des décisions qui respectent la dignité de la personne comme individu.

²⁴ American Psychological Association. *Report from: APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions (2000)*. Document téléaccessible à l'adresse URL suivante : <http://www.apa.org/pubs/info/reports/aseol.aspx>

ANNEXE 1

15 PRIORITÉS DE RECHERCHE EN FIN DE VIE SELON L'ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PSYCHOLOGIE

- Développement d'un lexique commun face aux concepts en lien avec la fin de vie
- Documenter la façon dont les personnes vivent la dernière phase de leur vie; les émotions, les cognitions les attitudes des personnes en fin de vie, leurs interactions personnelles et familiales, leur niveau de douleur et de souffrance, etc.
- Évaluer comment l'expérience de la mort et son sens peut différer selon les sexes, l'orientation sexuelle, l'éducation et l'appartenance à un groupe culturel
- Développer des outils d'évaluation simplifiés sur la dépression, la capacité à prendre des décisions et la qualité de vie auprès des personnes âgées malades et en fin de vie
- Connaître l'impact des expériences optimales de fin de vie et des conditions associées
- Évaluer l'adéquation des soins palliatifs
- L'accessibilité et la qualité des services psychologiques auprès des personnes en fin de vie et des membres de sa famille
- Évaluer l'efficacité des services psychologiques offerts aux personnes en fin de vie
- Évaluer l'efficacité des différents modèles d'interventions auprès de cette clientèle
- Évaluer les interactions psychosociales de la personne en fin de vie
- Évaluer les effets du fardeau des aidants quant aux décisions de fin de vie
- Évaluer les préoccupations psychologiques, interpersonnelles, médicales, sociales et existentielles susceptibles d'affecter les interventions favorisant une mort prématurée.
- Évaluer les aspects éthiques de la recherche face aux personnes en fin de vie et leurs proches
- Procéder à des recherches sur le suicide assisté afin de distinguer les personnes souhaitant en faire la demande, de ceux qui en expriment l'intérêt, de ceux qui en expriment le désir sans y aller de l'avant et de ceux qui ne souhaitent pas en faire la demande