



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

L'AMM au Canada et la souffrance : Un programme de recherche pour améliorer l'éducation à l'AMM, les lignes directrices de pratique et planifier un programme de recherche

Présenté par: [Melissa Henry](#), Vanessa Bisson-
Gervais, Jun Yang Liu, Ali Alias, Justine Albert, Sabrina
Chan Chun Kong, Yu Xin Chang, Luc Dargis, Lynn Gauthier,
Diane Tapp, Brian Greenfield & Brian Mishara



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

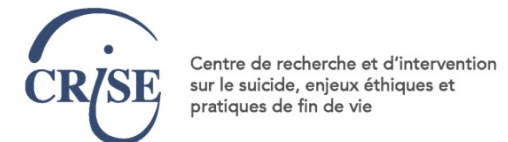
MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

- Il n'y a pas de conflits d'intérêts à déclarer.

Financement :

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Réseau Québécois de recherche sur les soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL)
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)



OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / COMPÉTENCES CanMEDS



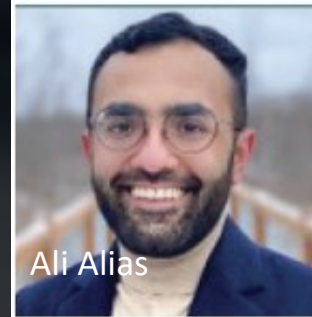
CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

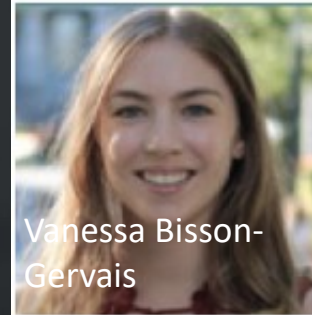
- À l'issue de cet exposé, les participants seront capables de :
 - Mieux comprendre la pratique de l'AMM au Canada, et en particulier comment la souffrance est adressée.

Programme de recherche

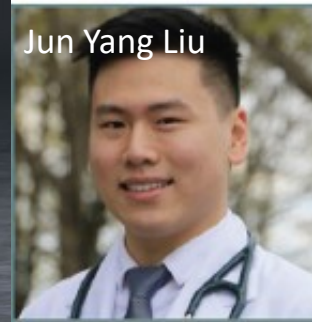
- Étude de portée
- Réunion de planification et de diffusion
- Étude Delphi
- Enquête sur les pratiques



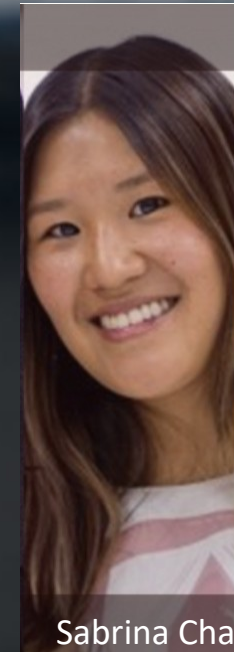
Ali Alias



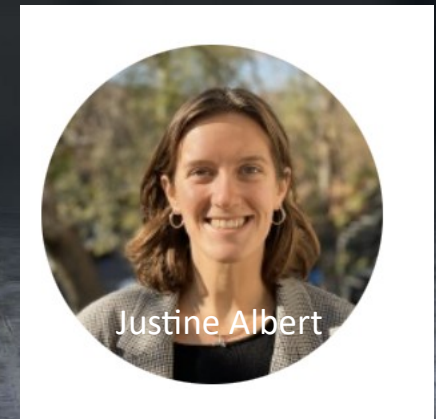
Vanessa Bisson-Gervais



Jun Yang Liu



Sabrina Chan Chun Kong



Justine Albert





Historique

L'aide médicale à mourir (AMM) est légale au Canada depuis juin 2016

→ médecin ou infirmière praticienne, 2 évaluateurs, euthanasie et suicide assisté

Certains critères d'admissibilité peuvent être difficiles à évaluer, **en particulier les souffrances insupportables et l'obtention d'un consentement éclairé.**

Une personne peut recevoir l'AMM si :

→ Admissible à recevoir des soins de santé, >18 ans et mentalement capable, maladie grave et irrémédiable, demande délibérée sans influence extérieure

- 1) Ses souffrances ne peuvent être soulagées dans conditions qu'elle juge « acceptables » et
- 2) Elle a donné son consentement éclairé après avoir reçu tous les renseignements concernant les Tx restants, les options disponibles pour soulager la souffrance, y compris les soins palliatifs.



Historique

Rapport annuel: Demandes d'AMM motivées par la **combinaison de questions physiques, psychologiques, existentielles et sociales** ;

- La perte de capacité d'apprécier ou de participer à des activités significatives (86 %)
- Perte de capacité d'effectuer des ADLs (83%)
- Contrôle inadéquat de la douleur (ou des préoccupations à ce sujet)(58 %)
- Perte de dignité (54 %)
- Douleur et autres symptômes physiques (réels ou prévus ; 46 %)
- Le fardeau (36 %)
- Perte (ou peur) du contrôle des fonctions corporelles (34 %)
- Isolement (17 %)

Bien qu'il existe des interventions fondées sur des données probantes pour soulager la souffrance en contexte de soins palliatifs, il n'est pas clair comment la souffrance est évaluée et traitée dans l'AMM en contexte canadien. Il n'existait pas d'examen de la portée sur le sujet au Canada.

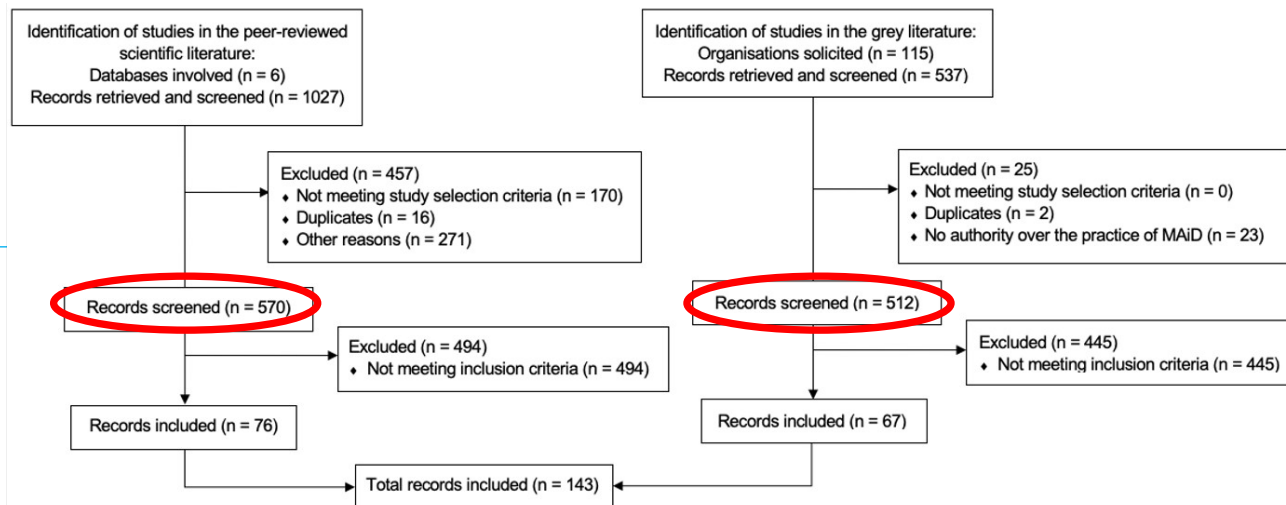
Etude de portee

Objectif: Mieux comprendre comment le concept de souffrance est définie, évaluée, et adressée dans la littérature canadienne grise (GL) et scientifique (évaluée par les pairs) (SL) sur l'AMM.

Devis: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)

- Enregistré sur Open Science Framework
- Littérature scientifique et grise
- Codage a deux juges (kappa 0.89-0.93)
- Québec, Ontario et Colombie-Britannique
- Analyse thématique (Braun et Clarke, 2006)

PRISMA Flow (n=1082)

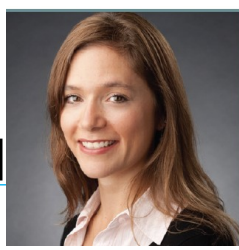


Résultats: 13% couvrent le thème de la souffrance

- Cadre biopsychosocial
- Évaluation subjective et aucun outil → Écoute active
- Aucune intervention mis à part la douleur physique
- Aucune référence aux guides de pratiques cliniques
- Absence de dépression ou prévention du suicide
- Ressources limitées spécialement en région
- Nécessité d'une formation clinique et de lignes directrices supplémentaires

REUNION DE PLANIFICATION ET DE DIFFUSION

Day 1 – July 14



9:55 - Participants arrive

10:00 – 10:30

Opening statement and roundtable

10:30 – 10:50

Session 1

Annual Report on MAiD in Canada, evolving legislation, MAiD statistics, changes to data collection and monitoring, work with the provinces and territories, Parliamentary review

Panel: Health Canada – *Jacquie Lemaire (20 min)*

10:50 – 11:10

Session 2

Data currently collected as it relates to MAiD, end of life care, and health care inequities

Panel: Canadian Institute for Health Information – *Tracey Johnson (20 min)*

11:10 – 11:35

Session 3

Discussion on Sessions 1 and 2 (25 min)

Topic:

- What research questions can be studied with the existing data on MAiD in Canada?
- What are current and potential efforts to integrate patient-reported outcomes within MAiD data?
- What data could be optimally collected as it relates to suffering and options other than MAiD presented to relieve suffering?

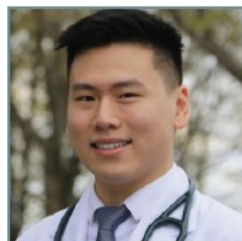
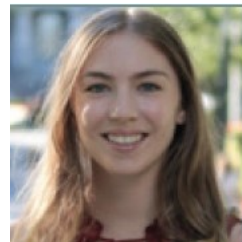
11:35 – 12:10

Session 4

Patient, caregiver, and healthcare provider testimonies on the complexities of a MAiD request and its underlying suffering

Panel: *Ghislaine Rouly (20 min)* and *Melissa Henry (10 min)*

Question period (5 min)



12:10 – 12:25 - Morning Break

12:25 – 12:45

Session 5

MAiD in Canada: Results of a scoping review on how suffering is defined, assessed, and addressed in clinical practice documents

Panel: *Melissa Henry, Ali Alias, Vanessa Bisson-Gervais, Jun Liu (20 min)*

12:45 – 13:05

Session 6

Premises and evidence in the rhetoric of Medical Assistance in Dying and euthanasia – underlying values to how suffering is assessed and addressed in Canada and in other countries (20 min)

Panel: *Brian Mishara*

13:05 – 13:45

Session 7

Irremediable suffering in the context of medical assistance in dying in Belgium and The Netherlands

Panel: *Luc Deliens (20 min)* and *Natalie Evans (20 min)*

13:45 – 14:10

Session 8

Discussion on sessions 5, 6, and 7 (25 min)

Topic:

- Debate on further refining current practice documents to address suffering within the context of a MAiD request considering the MAiD legislation and its underlying values: What are the Pros and Cons of refining practice documents

14:10 – 14:40 - Lunch

14:40 – 15:20

Session 9

The role of palliative care in patients requesting or considering MAiD

Panel: *James Downar and Justin Sanders (40 min)*

15:20 – 15:50

Session 10

Access to palliative care in Canada: what we know in 2022

Panel: *Romayne Gallagher (30 min)*

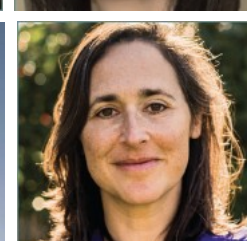
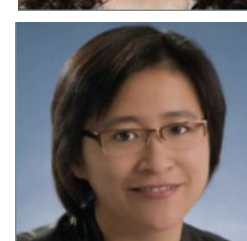
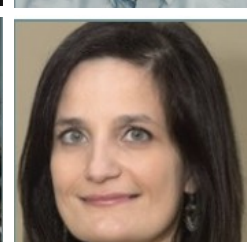
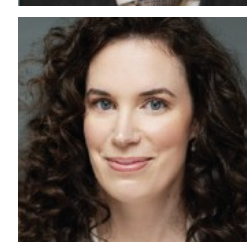
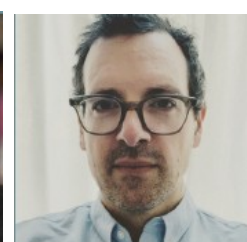
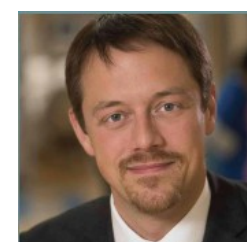
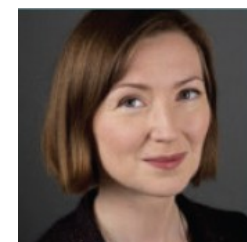
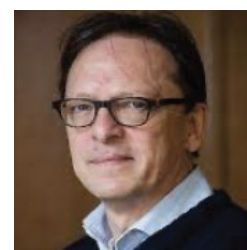
15:50 – 16:15

Session 11

Discussion on Sessions 9 and 10 (25 min)

Topics:

- What are the central points to include in MAiD clinical practice documents as they relate to evaluating and managing suffering from physical symptoms?
- What issues of access and sociodeterminants of health should be covered in MAiD clinical practice documents as they pertain to suffering from physical symptoms?
- What are main issues to study relative to a MAiD request as they relate to suffering from physical symptoms, access to palliative care, and sociodeterminants of health?



Day 2 – July 15

16:15 – 16:30 • Afternoon Break

- 16:30 – 17:00 **Session 12**
Addressing existential and spiritual suffering in the context of a wish to die
Panel: Harvey Chochinov (30 min)
- 17:00 – 17:20 **Session 13**
Review of main issues, evidence-based assessment and interventions to relieve psychological suffering and comorbid psychiatric conditions in people who are medically ill
Panel: Jacynthe Rivest (20 min)
- 17:20 – 17:40 **Session 14**
Suicide prevention: Distinction between suicidal ideation and MA
Panel: Brian Mishara (20 min)
- 17:40 – 17:50 **Session 15**
MAiD and mental illness – Patient experience and discussion
Panel: Georgia Vrakas (10 min)
- 17:50 – 18:15 **Session 16**
Discussion on Sessions 12-15 (25 min)
Topics:
 - What are the central points to include in MAiD clinical practice documents as they relate to evaluating and managing psychological and existential/spiritual suffering?
 - What are main issues to study as they relate to psychological and existential/spiritual suffering in the context of MAiD?

18:15 • Closing Day 1

9:55 • Participants arrive

- 10:00 – 10:20 **Session 17**
Review of main issues, evidence-based assessment and interventions to relieve social/interpersonal suffering
Panel: Melissa Henry (20 min)
- 10:20 – 10:45 **Session 18**
Discussion on Session 17 (25 min)
Topic:
 - What are the central points to include in MAiD clinical practice documents as they relate to managing social/interpersonal suffering in the context of MAiD?
 - What are main issues to study as they relate to social/interpersonal suffering in the context of MAiD?

10:45 – 11:00 • Morning Break

- 11:00 – 11:30 **Session 19**
Education on MAiD in Canada and needs of health care professionals
Panel: Stefanie Green and Madeline Li (30 min)
- 11:30 – 11:55 **Session 20**
Discussion on Session 19
Topic:
 - Questions and discussion (25 min)
- 11:55 – 13:10 **Research and clinical practice document priorities and Delphi study planning**
Present a list of changes to clinical practice documents discussed so far and guidance for discussion in breakout rooms (Melissa Henry) (5 min)
Small group discussions in breakout rooms: clinical practice change priorities in assessment/tools and presentation of options to relieve suffering (40 min)
Presentation and discussion among larger group (4 min each group; 25 min total + 5 min for additional comments)
Moderators: Diane Guay, Melissa Henry, Madeline Li, Brian Mishara, Diane Tapp

13:10 – 13:40 • Lunch

- 13:40 – 14:55 **Research and clinical practice guideline priorities and Delphi study planning**
Present a list of research priorities discussed so far and guidance for discussion in breakout rooms (Melissa Henry) (5 min)
Small group discussions in breakout rooms: What are the research priorities around suffering in the context of a request for MAiD (40 min)
Presentation and discussion among larger group (4 min each group; 25 min total + 5 min for additional comments)
Moderators: Diane Guay, Melissa Henry, Madeline Li, Brian Mishara, Diane Tapp

14:55 – 15:10 • Afternoon Break

- 15:10 – 16:25 **Next Steps**
Special issue planning: Entire research team
Delphi study planning: Entire research team to identify participants
Discuss 3 top research priorities and plan research groups around them / plan for preliminary data to include in a grant application
Upcoming funding competitions planning: Entire research team

16:25 – 16:40 • Closing and departure

Résultats – Delphi



MEDICAL ASSISTANCE IN DYING IN CANADA

Report on a pan-canadian multidisciplinary planning and dissemination meeting to improve practice documents and plan a research agenda.

English:



French:



RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE DELPHI :

Dépistage de la détresse, évaluation des besoins psychosociaux de base et voies de références

Décrire les options de traitement pour la souffrance dans le cadre du consentement éclairé

Aborder la communication et la culture

Normes et indicateurs de qualité des soins palliatifs au Canada

Intégrer un ensemble de base d'indicateurs existentiels, spirituels et psychosociaux de la qualité des soins au Canada

Liste de programmes éducatifs qui couvrent l'évaluation et la prise en compte de la souffrance

quête canadienne sur les pratiques et les besoins en matière d'éducation de soutien



Objectifs : Mieux comprendre :

1) Évaluation des critères d'admissibilité AMM, y compris les outils utilisés, les défis rencontrés et les options offertes pour faire face à la souffrance; et

2) Niveau de confiance dans la prestation de l'AMM et besoin de soutien, de formation continue et d'outils supplémentaires.

En collaboration avec CAMAP avec les résultats utilisés dans le projet d'élaboration du programme d'AMM (responsables : Li et Green)



- Devis: Sondage en ligne → n=273 participants
- Recrutement: CAMAP, CMA & CAN
- Évaluation critères d'admissibilité dernier cas d'AMM avec choix de réponses additionnées et une note totale de 0 à 11 → les scores les plus élevés indiquant des méthodes d'évaluation plus élaborées.
- Échelle de Likert → confiance dans la capacité, besoins de soutien et éducatifs, et besoin d'outils suppl.
- Analyses simples & regressions multiples

Sociodemo

- Age, sexe genre, ethnicité

Caractéristiques
professionnelles

- profession, spécialité médicale principale, années dans la pratique, affiliation universitaire, province de pratique, lieu de travail principal

Experience AMM

- Nombre évaluations et procédures AMM

Participants



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

N=273

Principalement femmes (68%), Blancs (93%), médecins (76%) et travaillant en médecine familiale (69%). → Autres spécialités : SP (11%), médecine gériatrique (3%) et autres (17%; anesthésiologie, cardiologie et psychiatrie).

Exercice en bureau privé (49%), au sein d'une population urbaine (64%) dans les provinces: Ontario (40%), C.-B. (26%), Québec (15%) et régions Atlantiques (13%).

x âge = 51 ans (ET 12,6); x= 21 ans de pratique (ET 12,9).

Moyenne de 67 évaluations (ET 123, intervalle de 0 à 1000) et de 41 interventions (ET 79, intervalle de 0 à 602).

- Plus d'évaluation ($\beta = -0.17$, $p = 0.004$) et d'interventions ($\beta = -0.183$, $p = 0.003$) AMM chez les femmes vs. hommes, les médecins de SP vs. médecins de famille ($\beta = -0.18$, $p = 0.003$), et les personnes ayant plus d'années d'expérience clinique ($\beta = 0.34$, $p = 0.02$).



Capacité de prise de décision

Le patient a-t-il la capacité de prendre des décisions en matière de soins de santé en ce qui concerne l'AMM?

Comparativement aux médecins, les infirmières utilisaient des moyens d'évaluation de la capacité plus variés ($b = 0.14$, $p = 0.04$).

Moyens d'évaluation :

-Approche narrative : 97 %

-Outils et tests cognitifs utilisés par seulement 6,6% et 7,4%, respectivement → Aide à l'évaluation de la capacité, outil NICE, échelle de performance palliative, MMSE et MoCA

-Intervention d'un psychiatre : 6 %

Défis :

Les changements cognitifs (62 %), les fluctuations de capacité (57 %), la communication (48 %), la santé mentale (27 %) et la langue parlée ou la traduction (21 %). Parmi les autres défis mentionnés dans les questions ouvertes, mentionnons le délire fluctuant et les médicaments causant la sédation et la somnolence.



Capacité de prise de décision

Question ouverte : Comment font-ils la distinction entre la suicidalité et le désir d'AMM?

- Évaluation de la santé mentale et de la dépression (30 %)
- Compréhension de la motivation et de la rationalité du patient (25 %)
- Exploration du contexte de vie et des antécédents du patient (20 %)
- Discussion sur la suicidalité par rapport à un désir rationnel d'AMM (15 %), et
- Considérations cliniques et éthiques générales dans l'AMM (10%).



Problème de santé grave et irrémédiable

Défis :

- Subjectivité de l'évaluation de la fonction ou du déclin du patient (n = 156, 57 %)***
- Intersection de la santé mentale et de l'état fonctionnel (n = 105, 39 %)***
- N'ayant pas de documentation de base sur l'état fonctionnel (n = 49, 18 %)***
- Un manque de soutien pour améliorer la fonction du patient (p. ex. accès à la réadaptation) (n = 89, 33 %)***

Souffrances physiques insupportables

Critère AMM: Évaluation de la souffrance physique insupportable causée par la maladie, l'incapacité ou l'état de déclin qui n'a pas pu être soulagé dans des conditions que les patients jugent acceptables.

Les travailleurs dans un milieu de SP ($\beta = 0.17$, $p = 0.005$) → moyens plus variés pour évaluer la souffrance physique vs. en milieu hospitalier. Médecine familiale → évaluation moins variée vs. SP ($\beta = - 0.21$, $p = 0.048$).

Évaluation :

- Les*** dires du patient (99 %)
- L'examen clinique et la révision des traitements médicaux antérieurs utilisés (54 %)
- Corroboration de la famille (65 %)
- Des échelles ou des mesures validées d'évaluation des symptômes physiques (16 %)
- Les consultations de médecins spécialistes (17 %) – en particulier spécialistes de la douleur chronique (23 %), médecins de SP (30 %) et oncologues (18 %)

Mesures les plus utilisées : ESAS (47 %), Palliative Performance Scale (23 %) et Visual Analogue Scale (5 %)

Souffrances physiques insupportables



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

Défis :

-Souffrance anticipatoire (56 %), réticence à essayer des moyens d'alléger la souffrance physique (34 %), souffrance mentale semble la principale cause de souffrance (27 %), et manque de ressources pour soulager la souffrance physique (22,1 %) et psychologique (27 %)



Souffrance mentale insupportable

Critère d'AMM: Évaluation de la souffrance mentale insupportable causée par la maladie, l'incapacité ou l'état de déclin qui n'a pas pu être soulagé dans des conditions jugées acceptables par les patients.

Les praticiens de l'AMM en SP avaient des façons moins variées d'évaluer la souffrance mentale vs. d'autres spécialités (b = -0.19 p = 0.03).

Évaluation :

- 87 % *se* sont fiés aux rapports des patients
- 56 % ont utilisé la corroboration familiale
- 6,3 % ont utilisé une échelle ou des mesures validées d'évaluation des symptômes psychologiques → Edmonton Symptom Assessment System (53 %), GAD-7 (12 %) et PHQ-9 (12 %)
- 7 % ont consulté d'autres spécialistes → spécialistes de la douleur chronique (15 %), psychiatres (2 %) et neurologues (10 %).

Les **défis** dans l'évaluation de la souffrance mentale insupportable comprenaient la souffrance anticipatoire (56%) et le patient ne voulant pas essayer des moyens d'alléger la souffrance mentale (34%).



Demande volontaire

Critère AMM: Évaluation de la demande volontaire d'AMM.

Aucune différence dans la variété des moyens d'évaluer ce critère en fonction des caractéristiques identifiées.

Évaluation :

-Les entrevues avec les patients (87 %), les renseignements collatéraux de la famille (62 %), de l'équipe médicale (49 %), ou des dossiers médicaux (61 %), et les sentiments/instincts (37 %).

Défis :

L'influence et la coercition familiales (27 %), l'autonomie du patient en présence de sa famille (21 %), les obstacles à la communication et les facteurs culturels (12 %), les pressions externes au-delà de la famille (14 %), ainsi que la dynamique et les conflits familiaux complexes (10 %)

Consentement éclairé



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

Critère AMM: Évaluation d'un consentement éclairé pour recevoir l'AMM.

Aucune différence dans la variété des moyens d'évaluer ce critère en fonction des caractéristiques identifiées.

Évaluation :

- Connaissance du diagnostic médical, du pronostic et des formes de traitement disponibles (97 %)
- Évaluer la compréhension que les demandes d'AMM sont volontaires et qu'ils peuvent changer d'avis s'ils le souhaitent (93 %). Nature de la souffrance et son évolution en ce qui concerne le diagnostic du patient (85 %)
- Risques et avantages de l'AMM (89 %)
- Expériences et/ou la compréhension de ce que les soins palliatifs peuvent offrir (87 %)
- Description de la sédation palliative (54 %)
- Evaluation des connaissances et/ou de l'expérience avec les soutiens aux difficultés fonctionnelles (49 %)
- Des services de counseling ou de santé mentale, s'il y a lieu (41 %)

Défis :

Les obstacles cognitifs et de communication (36 %), le niveau d'éducation et de littératie en santé du patient (24 %), la compréhension des processus et des procédures (24 %), et l'évaluation de la mesure dans laquelle l'état physique et psychologique du patient a influencé le consentement (16 %).



Options pour soulager la souffrance

Les femmes → options plus variées pour soulager la souffrance ($\beta = 0.12$, $p = 0.045$) vs. les hommes.

83 % ont déclaré avoir abordé la souffrance physique. 57 % les facteurs sociaux. 41% et 33% les facteurs psychologiques et spirituels, respectivement. Les facteurs économiques ont été moins fréquemment abordés, notés par seulement 10 %. 73 % ont documenté les options présentées.

Défis :

Le manque d'options de soutien en général (41 %) et plus particulièrement le manque d'accès aux ressources pour traiter la souffrance psychosociale (n = 77, 32 %) et sociale (n = 64, 27 %), et le manque de soutien des ressources (n = 68, 28 %).

Autres défis → manque d'intérêt du patient pour les ressources suggérées (n = 149, 62 %), le patient ayant essayé toutes les suggestions et celles-ci n'ayant pas fonctionné (n = 127, 53 %) et le patient croyant que les nouvelles options proposées ne soulageraient pas la souffrance (n = 147, 61 %).

Soutien à la prestation de l'AMM, à la formation continue et au besoin d'outils supplémentaires

- Les évaluateurs et les fournisseurs d'AMM se sentent **soutenus** au niveau local (moyenne = $5,49 \pm 1,6$), provincial et national (moyenne de $5,1 \pm 1,8$ et $5,2 \pm 1,7$, respectivement).
- En général, ils disposent de **ressources pratiques** pour l'AMM (p. ex. soutien iv, achat de médicaments, mentors/collègues pour les cas complexes) (moyenne 5.7 ± 1.7)

Niveau de confiance et besoin de formation

Les évaluateurs et les prestataires d'AMM se sentaient moins confiants dans :

-Capacité d'utiliser les renoncations finales au consentement (moyenne = $5,2 \pm 1,7$, médiane = 6)

-Distinguer la suicidalité d'un désir d'AMM (moyenne = $5,29 \pm 1,4$, médiane = 6)

-Déterminer que le patient a sérieusement envisagé des solutions autres (moyenne = $5,7 \pm 2,0$, médiane = 6)

Infirmières > medecins → besoin de formation continue (B = 10,9, p = 0,003) et d'outils (B = 13.0, p<0.001)

Domaines de besoins de formation continue les plus répandus comprennent:

-La distinction entre la suicidalité et le désir d'AMM (moyenne = $5,65 \pm 1,753$, médiane = 6),

-L'identification de solutions autres pour soulager la souffrance (moyenne = $5,55 \pm 1,69$, médiane = 6), et

-La détermination que le patient a sérieusement envisagé des solutions autres (moyenne = $5,53 \pm 1,73$, médiane = 6).

Besoin d'outils supplémentaires

- Les domaines les plus fréquents nécessitant des outils d'évaluation supplémentaires comprenaient:
 - l'utilisation de la renonciation finale au consentement (moyenne = $3,99 \pm 1,969$, médiane = 4),
 - la distinction entre la suicidalité et le désir d'aide médicale à mourir (moyenne = $4,5 \pm 1,95$, médiane = 5) et
 - l'évaluation de la capacité mentale (moyenne = $4,4 \pm 2,038$, médiane = 5).



En conclusion



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

- Cette série d'études donnent un aperçu de l'état actuel de la pratique de l'AMM au Canada, révélant des lacunes dans l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés et la nécessité d'améliorer les ressources pédagogiques et le soutien aux professionnels de la santé impliqués dans l'AMM. Elles impliquent l'importance de:
 - L'intégration de **guides de pratiques cliniques**
 - Outils pour évaluer la **capacité**, et la **distinction entre idéation suicidaire vs. AMM**
 - Evaluer de façon systématique la **dépression**, la démoralisation, et la dignité et suggérer des interventions
 - Intervenir de façon appropriée lors d'un **refus de traitement** et d'une **faible littéracie** entravant l'utilisation de pratiques probantes
 - La santé mentale est un champs problématique → **intersection physique-SM**
 - Est-ce que j'ai tout proposé? **Est-ce le patient à sérieusement considéré les solutions?**
- Elles soulignent la nécessité de **pratiques et de lignes directrices standardisées** pour l'AMM, particulièrement en ce qui à trait à la souffrance et aux aspects psychosociaux.
- Peut-être suggère t'elle que l'AMM doit mettre l'emphase sur des **compétences de bases** incluant les questions d'évaluation et d'interventions? Est-ce que l'AMM nécessite des compétences **psychothérapeutiques**?
- Elles soulignent la **question éthique de l'insuffisance des ressources** du réseau de la santé et la méconnaissances de ces ressources par la population.

English:



French:



CONGRÈS
INTERNATIONAL
DE SOINS PALLIATIFS
MCGILL

MCGILL
INTERNATIONAL
PALLIATIVE CARE
CONGRESS

Merci!

melissa.henry@mcgill.ca

Exposition FLUX,
International
Museum of Surgical
Science (IMSS) in
Chicago

