CHU de Québec

UNIVERSITÉ LAVAL

Pratiquer ou non un acte d'euthanasie : l'intention d'infirmières et de médecins du Québec.

Midis conférences de l'Équipe de recherche
en oncologie psychosociale Maison Michel-Sarrazin (ERMOS)

13 février 2014

Mireille Lavoie, inf., Ph.D., Université Laval
Gaston Godin, Ph.D., Université Laval
Lydi-Anne Vézina-Im, M.Sc., Université Laval
Danielle Blondeau, inf., Ph.D., Université Laval
Isabelle Martineau, inf., M.Sc., Maison Michel-Sarrazin
Louis Roy, MD, Hôpital de l'Enfant-Jésus

Bureau de l'éthique
Instituts de recherche en santé du Canada
Canadian Institutes of Health Research

Introduction

- De nombreux efforts ont été investis ces dernières années afin d'améliorer les soins palliatifs au Canada et d'énorme progrès ont déjà été accomplis.
- En dépit des progrès réalisés, il reste que la question d'euthanasie demeure un sujet d'actualité au Canada.

- Au Canada, selon le code criminel, l'euthanasie est associé à un homicide et est considéré illégale.
- L'euthanasie demeure un sujet controversé et ne fait pas l'unanimité parmi les infirmières et les médecins.

Définitions

- Euthanasie:
  poser un acte qui consiste à provoquer *intentionnellement* la mort d'une personne atteinte d'une maladie incurable.
- Soins palliatifs: ensemble des soins qui s'adressent aux personnes atteintes d'une maladie incurable, peu importe leur âge. Ils visent à assurer le confort et la dignité des personnes, tout en maximisant la qualité de vie des patients, de leur famille et de leurs proches.

- Les 2 principaux arguments en faveur de l'euthanasie:
  - Met fin aux souffrances 'intolérables' du patient (principe éthique de bienfaisance) (Folker et al., 1996; Young et al., 1993)
  - Respecte les volontés du patient (principe éthique de l'autonomie) (Ryynanen et al., 2002; Verpoort et al., 2004)

- Principaux arguments contre l'euthanasie:
  - Met fin à la vie d'une personne, ce qui va à l'encontre de la non-malfaisance et du respect de la vie humaine (Kuuppelomaki, 2000; Matzo & Schwarz, 2001; McInerney & Seibold, 1995)
  - Peur des dérapages ('slippery slope') (Matzo & Schwarz, 2001; McInerney & Seibold, 1995)
    - Ex: euthanasie pratiquée sans le consentement du patient

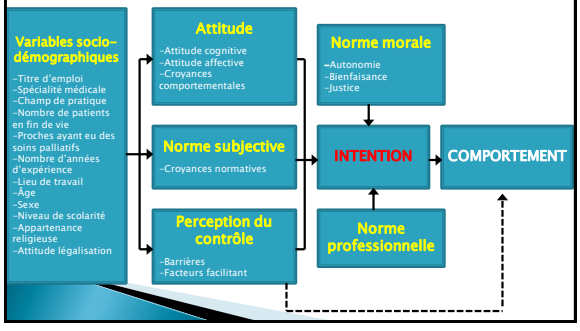
Un constat:

La majorité des études sur le sujet de l'euthanasie ont exploré l'opinion des professionnels de la santé concernant la légalisation de cet acte et ne sont pas basées sur un cadre théorique.

Objectif de l'étude

- Identifier les déterminants psychosociaux de l'intention des infirmières et des médecins de la province de Québec à pratiquer un acte d'euthanasie en soins palliatifs à l'aide d'une version étendue de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991).

Cadre théorique de l'étude principale:
Version étendue de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)



Méthode

Population et échantillon

- Infirmières et médecins de la province de Québec
- Listes de membres fournies par les ordres professionnels
- Échantillon aléatoire de 445 infirmières et 445 médecins
- Échantillonnage stratifié selon les domaines de pratique et spécialités médicales retenus

Critères d'inclusion

- Avoir un poste qui exige un contact avec des patients (ex.: infirmières-chefs exclues)
- Avoir une majorité de patients adultes
- Exercer dans un champ de pratique où il y a possibilité de prendre soin de personnes en fin de vie
- Avoir pris soins de personnes en fin de vie au cours de la dernière année

Développement et validation du questionnaire

- **Étape 1:**
  Identification des croyances pour développer les items du questionnaire (n inf = 21; n md = 8)
- **Étape 2:**
  Validation de la vignette clinique auprès d'experts
  (n inf = 11; n md = 10)
- **Étape 3:**
  Vérification des qualités psychométriques
  (n inf = 17; n md = 18)

Qualités psychométriques

Variables	Nb items	Coefficients alpha		Coefficients intra-classe	
		Inf. (n = 153)	Méd. (n = 117)	Inf. (n = 17)	Méd. (n = 18)
Intention	3	0,88	0,96	0,97	0,91
Attitude cognitive	5	0,94	0,94	0,94	0,90
Attitude affective	3	0,91	0,91	0,91	0,88
Norme subjective	3	0,93	0,94	0,95	0,90
Perc. du contrôle	3	0,84	0,83	0,85	0,77
Norme prof.	1	N/A	N/A	0,95	0,90
Croyances norm.	4	0,88	0,93	0,81	0,87
Croyances comp.	11	0,84	0,86	0,82	0,91
Barrières	5	0,91	0,92	0,82	0,81
Facteurs facilitant	7	0,93	0,95	0,57	0,88
Norme morale	3	0,94	0,96	0,98	0,93
Bienfaisance	4	0,94	0,94	0,87	0,85
Justice	4	0,89	0,88	0,67	0,71

Mise en situation

- Monsieur Côté:
  - cancer généralisé, échec des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie;
  - Gémissements continus, douleur très forte, inefficacité à soulager;
  - Pronostic de vie de moins de 10 jours.
- Conditions qui soulève la possibilité de pratiquer un acte d'euthanasie (désormais légal).
- M. Côté était apte lors des discussions concernant l'alternative de l'euthanasie.
- **Questionnaire A et C**: Or, au cours de ces rencontres, M. Côté a fait une requête explicite d'euthanasie à plus d'une reprise à l'équipe de soins.
- **Questionnaire B et D**: Or, au cours de ces rencontres, M. Côté n'a jamais clairement exprimé ses volontés par rapport à la pratique d'un acte d'euthanasie.

Collecte de données

- Questionnaire postal
  - Liste aléatoire de membres fournies par ordre professionnel
    - 445 infirmières
    - 445 médecins
- 3 envois postaux (méthode de Dillman)
  - Questionnaire
  - 1er rappel
  - 2e rappel
- Consentement obtenu par le retour des questionnaires (anonyme).

Résultats

Taux de réponse

- Taux de réponse global: 41,3%
  - Infirmières: 44,2%
  - Médecins: 38,3%
- Taux de réponse comparable à celui d'études similaires chez les professionnels de la santé
  - 40-42% pour études d'intention chez les médecins (Godin et al., 2007; Godin et al., 1998)
  - 42% pour étude d'attitude des médecins envers la sédation en fin de vie (Blondeau et al., 2005)
  - 48% pour étude d'intention chez les infirmières (Daneault et al., 2004)

Représentativité de l'échantillon

	Échantillon	Données provinciales 2012 (OIIQ et CMQ)	Valeur-p
Infirmières			
Âge moyen	40,8 (11,4)	43,1 (11,8)	0,02
% femmes	89,5	90,0	0,83
Médecins			
Âge moyen	45,6 (12,8)	50,6 (12,6)	< 0,0001
% femmes	50,5	41,5	0,09

Description de l'échantillon

Variable	Moyenne (écart-type) / %	
	Infirmières (n = 153)	Médecins (n = 117)
Titre d'emploi Infirmière / omnipraticien	55,92%	57,94%
Pris soin de patients en fin de vie Nombre Pourcentage de la pratique	22,32 (34,10) 21,22%	27,26 (39,93) 9,97%
Proches ayant bénéficiés de soins palliatifs	51,97%	47,17%
Années d'expérience > 10 ans	47,37%	58,88%
Lieu de travail Hôpital ou centre hospitalier	51,97%	48,60%
Âge	40,84 (11,35)	45,62 (12,79)
Sexe Homme Femme	10,53% 89,47%	49,53% 50,47%
Niveau de scolarité Diplôme d'études collégiales	63,82%	N/A
Appartenance religieuse	65,13%	64,49%

Description de l'échantillon (2)

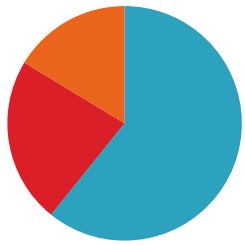
- Domaines de pratique chez les infirmières
  - Gériatrie (15,2%)
  - Urgence (13,9%)
  - Soins intensifs (9,9%)
  - Soins à domicile (9,9%)
- Spécialités médicales chez les médecins
  - Médecine interne (19,5%)
  - Cardiologie (9,8%)
  - Gériatrie (7,3%)
  - Soins intensifs (7,3%)
  - Chirurgie générale (7,3%)

Résultats chez les infirmières

Moyennes aux construits

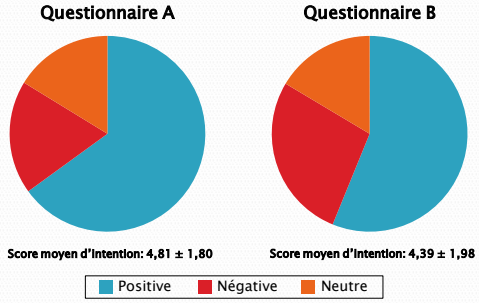
Variable	Moyenne (écart-type)
Intention	4,61 (1,90)
Attitude cognitive	4,99 (1,55)
Attitude affective	4,15 (1,74)
Norme subjective	4,90 (1,85)
Perception du contrôle	3,96 (1,81)
Norme professionnelle	4,76 (2,09)
Croyances normatives	4,79 (1,58)
Croyances comportementales	4,33 (1,18)
Barrières	4,30 (1,84)
Facteurs facilitant	5,30 (1,61)
Norme morale	4,76 (1,99)
Bienfaisance	5,40 (1,65)
Justice	3,14 (1,71)

Distribution de l'intention chez les infirmières (n = 153)

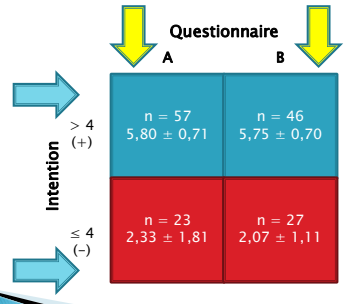


Positive (≥ 5) Négative (≤ 3) Neutre (entre 3-5)

Intention selon le questionnaire version A (n = 80) et B (n = 73)



Moyennes d'intention selon le type d'intention et de questionnaire



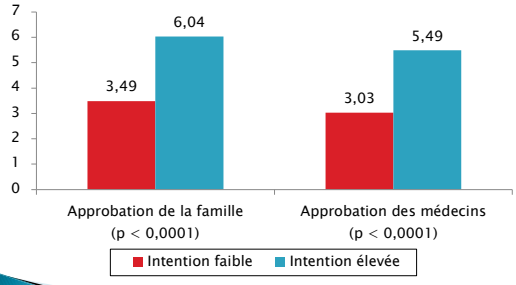
Déterminants de l'intention

Variable	Rapports de cote (intervalles de confiance de 95%)	
Attitude cognitive	0,94 (0,30–2,94)	
Attitude affective	1,07 (0,49–2,32)	
Norme subjective	5,67 (1,55–20,76)	3,08 (1,50–6,35)
Perception du contrôle	1,03 (0,45–2,38)	
Norme morale	3,52 (1,18–10,50)	2,95 (1,58–5,49)
Bienfaisance	0,98 (0,41–2,38)	
Justice	1,25 (0,81–1,92)	
Norme professionnelle	0,93 (0,48–1,82)	
Patient désire euthanasie	2,11 (0,50–8,85)	
Titre d'emploi	0,84 (0,45–1,55)	
Nombre de patients en fin de vie	0,97 (0,91–1,02)	
% de patients en fin de vie	0,98 (0,95–1,02)	
Années d'expérience	0,79 (0,33–1,88)	
Âge	1,05 (0,93–1,18)	
Religion	0,58 (0,12–2,77)	
Attitude envers la légalisation	1,35 (0,62–2,96)	
ROC (%)	95,1	92,6

Questions: Norme subjective

- La plupart des personnes importantes pour moi approuveraient que je pratique un acte d'euthanasie.
- Si je pratiquais un acte d'euthanasie, la plupart des personnes importantes pour moi seraient très en désaccord… très en accord.
- Les personnes les plus importantes pour moi sont d'avis que je devrais pratiquer un acte d'euthanasie.

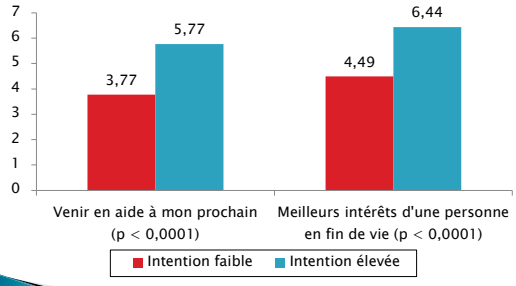
Scores des croyances discriminantes selon le niveau d'intention



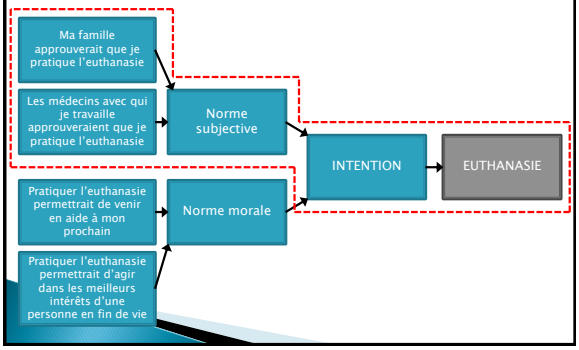
Questions: Norme morale

- Pratiquer un acte d'euthanasie serait agir en accord avec mes principes.
- Mes valeurs personnelles m'inciteraient à pratiquer un acte d'euthanasie.
- Pratiquer un acte d'euthanasie serait compatible avec mes valeurs morales.

Scores des croyances discriminantes selon le niveau d'intention (suite)



Modèle de prédiction chez les infirmières (n = 153)

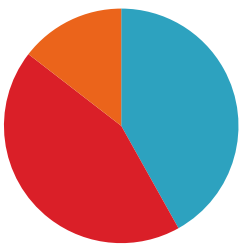


Résultats chez les médecins

Moyennes aux construits

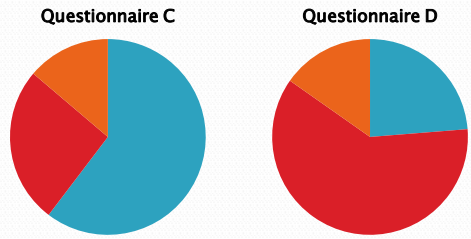
Variable	Moyenne (écart-type)
Intention	3,94 (2,17)
Attitude cognitive	4,73 (1,64)
Attitude affective	3,73 (1,69)
Norme subjective	4,43 (1,84)
Perception du contrôle	3,67 (1,82)
Norme professionnelle	4,37 (2,26)
Croyances normatives	4,42 (1,65)
Croyances comportementales	4,21 (1,20)
Barrières	3,96 (1,83)
Facteurs facilitant	5,03 (1,74)
Norme morale	4,25 (2,19)
Bienfaisance	5,05 (1,80)
Justice	2,79 (1,56)

Distribution de l'intention chez les médecins (n = 117)



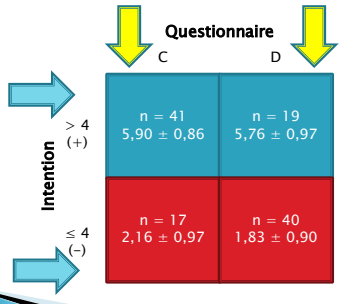
Positive (≥ 5) Négative (≤ 3) Neutre (entre 3–5)

Intention selon le questionnaire version C (n = 58) et D (n = 59)



Positive Négative Neutre

Moyennes d'intention selon le type d'intention et de questionnaire



Déterminants de l'intention

Variable	Rapports de cote (intervalles de confiance de 95%)	
Attitude cognitive	8,33 (0,89–77,98)	3,16 (1,20–8,35)
Attitude affective	0,95 (0,28–3,23)	
Norme subjective	0,95 (0,26–3,51)	
Perception du contrôle	5,32 (0,87–32,45)	4,35 (1,44–13,15)
Norme morale	8,65 (0,72–104,43)	3,22 (1,29–8,00)
Bienfaisance	0,33 (0,06–1,85)	
Justice	1,19 (0,39–3,67)	
Norme professionnelle	3,41 (0,68–17,12)	
Patient désire euthanasie	128,58 (0,98–>999,99)	10,77 (1,33–86,88)
% patients en fin de vie	1,06 (0,97–1,15)	
Attitude envers la légalisation	0,55 (0,16–1,91)	
ROC (%)	99,3	98,8

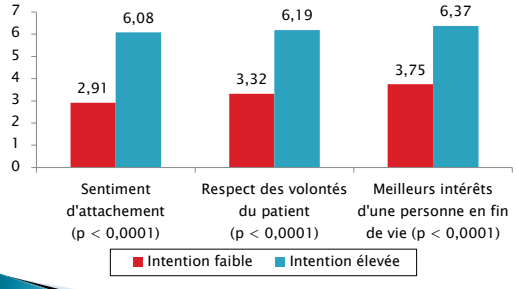
Questions: Perception du contrôle

- Pratiquer un acte d'euthanasie serait pour moi très difficile… très facile.
- Il n'en tiendrait qu'à moi de pratiquer un acte d'euthanasie.
- Je serais capable de pratiquer un acte d'euthanasie.

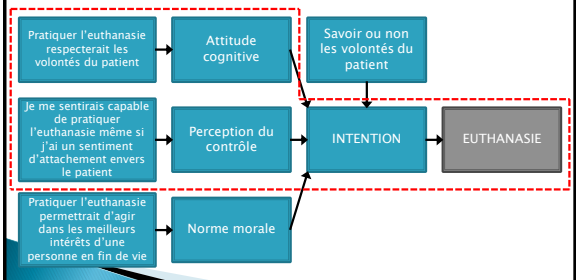
Questions: Attitude cognitive

- Pratiquer un acte d'euthanasie dans un cas similaire à celui de M. Côté serait pour moi…
  - Très inutile _ _ _ _ _ Très utile
  - Très nuisible _ _ _ _ _ Très bénéfique
  - Très imprudent _ _ _ _ _ Très prudent
  - Très inapproprié _ _ _ _ _ Très approprié
  - Très déraisonnable _ _ _ _ _ Très raisonnable

Scores des croyances discriminantes selon le niveau d'intention



Modèle de prédiction chez les médecins (n = 117)



Interprétation des résultats vers une réflexion collective

* Première étude fondée sur un cadre théorique, ce qui permet d'expliquer l'intention.

- Contrairement aux revues de littératures sur l'euthanasie chez les professionnels de la santé, les variables sociodémographiques (e.g., religion, âge, sexe, spécialité médicale) n'étaient pas des déterminants de l'intention.
- Supporte les prémisses de la TCP.

Chez les infirmières, l'**intention** est plutôt favorable:

Dans l'ensemble,
si le geste d'euthanasie était légalisé,
les infirmières seraient en faveur de le pratiquer.

- Leur score moyen d'intention est de 4,61/7.
  … mais 60,8% des infirmières ont une intention très favorable (score ≥ 5, soit « assez en accord » et très en accord ») à l'idée de pratiquer un acte d'euthanasie.
- Résultat similaire à une étude australienne qui indiquait que 65% des infirmières seraient prêtes à être impliquées dans le processus d'euthanasie si c'était légal (Kuhse & Singer, 1993).

Chez les médecins, l'**intention** est plutôt **dé**favorable (faible):

Dans l'ensemble,
si le geste d'euthanasie était légalisé,
les médecins ne seraient pas en faveur de le pratiquer.

- Leur score moyen d'intention est de 3,94/7.
  … 43,6% des médecins ont une intention très défavorable (score ≤ 3, soit « assez en désaccord » et très en désaccord »), mais 41.9% y sont très favorable (score ≥ 5, soit « assez en accord » et très en accord »).
- Résultat similaire à celui d'une revue de littérature selon laquelle 50% des médecins américains supportaient l'euthanasie ou le suicide assisté (Emanuel, 2002).

La présence et l'absence des volontés chez les infirmières et les médecins a une incidence différente:

- Chez les **infirmières**: leur intention demeure favorable à l'euthanasie.
  - Étonnamment et contrairement aux revues de littérature, le principe d'autonomie ne semble pas avoir un effet significatif sur leur intention.
- Chez les **médecins**: leur intention est radicalement opposée, soit favorable à l'euthanasie en présence des volontés, soit défavorable en leur absence.
  - La présence ou l'absence des volontés du patient est le principal déterminant de l'intention;
  - Les médecins mentionnent même vouloir pratiquer un acte d'euthanasie afin d'honorer les volontés du patient (croyance comportementale).

Néanmoins, on remarque une **polarité** importante dans l'intention des infirmières **et** des médecins, en présence **et** en l'absence des volontés.

En présence des volontés, si le geste était légal,:
- 57 infirmières et 41 médecins sont favorables,
- 23 inf. et 17 médecins sont défavorables à l'euthanasie.

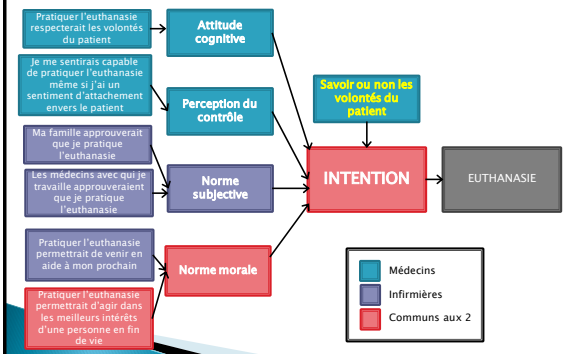
En l'absence des volontés:
- 27 inf. et 40 médecins sont défavorables à l'euthanasie,
- 46 infirmières et 19 médecins sont favorables.

Trois points importants sont ici objets de discussion:

- Les motivations des infirmières et des médecins les conduisant à vouloir pratiquer l'euthanasie en présence des volontés;
- Les motivations des infirmières les conduisant à vouloir pratiquer l'euthanasie en l'absence des volontés (présent aussi chez les médecins bien que dans une moindre mesure);
- Et l'existence d'une polarité au sein de ces deux corps professionnels, avec les conséquences qui peuvent en découler sur leurs pratiques respectives.

Voyons d'abord les déterminants qui peuvent nous éclairer sur ces états de fait…

Les déterminants des médecins et des infirmières



L'attitude cognitive

L'intention des médecins repose sur l'analyse qu'ils ont fait de la situation et des conséquences de la possibilité de poser l'acte d'euthanasie.

- En présence des volontés, ils évaluent que l'euthanasie serait: Utile – Bénéfique – Prudent – Approprié – Raisonnable

- Souligne la préséance de l'analyse objective à la considération d'aspects subjectifs.
- Les médecins envisagent la situation sous un angle rationnel.

Perception de contrôle

L'intention des médecins repose sur l'évaluation de leur **capacité de poser l'acte** en contexte de soins palliatifs de fin de vie.

- Et ce malgré la présence de la barrière que pourrait représenter le sentiment d'attachement développé envers le patient.
- Lié à l'exigence d'une responsabilité actuellement attribuée aux médecins (ex.: prescription, respect des critères légaux, etc.)?

La norme subjective

Les infirmières perçoivent que **les personnes importantes** pour elles (la famille et les médecins) approuveraient.

- Une perception d'approbation faussée due…
  - à l'emploi confus du terme « euthanasie » par la population?
  - à une perception erronée de ce que les médecins pensent?

La norme morale

Les infirmières et les médecins affirment que poser un geste d'euthanasie serait conforme à leurs valeurs et principes personnels.

- Principalement pour « venir en aide à mon prochain » et pour « agir dans les meilleurs intérêts du malade ».
- Donc, une norme morale entre autres définie par le principe éthique de bienfaisance.

- Étonnamment et contrairement à diverses études auprès d'infirmières (Verpoort; Gastman; Berghs), le principe d'autonomie ne semble pas avoir un effet significatif sur l'intention des infirmières.
- La littérature évoque la possibilité que le respect de l'autonomie entre en conflit avec le souci de bienfaisance (Badger et al., 2009; Beauchamp & Childress, 2009).

Prudence face à *l'interprétation* d'une demande d'euthanasie

- 9.5% des participants (36 personnes) auraient demandé l'euthanasie… mais ont changé d'idée.
- Raisons: la résolution des problèmes comme:
  - douleur incontrôlable (n=10)
  - symptômes physiques particuliers (n=8),
  - souffrance (n=3)
  - stress psychologique (n=6)
  - faible qualité de vie (n=2)
  - choc de l'annonce du pronostic terminal (n=2).

(Wilson et al., 2007)

La polarité des résultats:
Réflexions sur des conséquences possibles au sein des professions infirmière et médicale si l'euthanasie était légalisée:

- La possibilité de « pressions » exercées par les pairs suite aux objections de conscience?
- Une détresse chez des soignants pratiquant l'euthanasie?
- Un changement craint dans la qualité de la relation avec les malades?

Conclusion

- Limite de l'étude:
  - Faible taux de réponse
    - Prévisible pour un sujet aussi controversé
    - Vérification si l'échantillon est similaire à la population
- Forces de l'étude:
  - À notre connaissance, la première application d'une théorie psychosociale validée pour prédire l'intention des infirmières et des médecins à pratiquer un acte d'euthanasie si cela était légal: Les résultats confirment l'efficacité d'utiliser une version étendue de la TCP.
  - Rigueur méthodologique pour le développement et la validation du questionnaire et des vignettes.
  - Un autre aspect novateur est l'identification des principes éthiques sous-jacents à la norme morale et l'intention.

Remerciements

- Bureau de l'éthique des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour son support financier
- Steve Amireault pour ses conseils lors de l'analyse statistique des données

Merci!
Questions?

Références

- Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50:179-211.
- Blondeau D, Roy L, Dumont S, Godin G, Martineau I. Physicians' and pharmacists' attitudes toward the use of sedation at the end of life: influence of prognosis and type of suffering. J Palliat Care. 2005 Winter;21(4):238-45.
- Daneault S, Beaudry M, Godin G. Psychosocial determinants of the intention of nurses and dietitians to recommend breastfeeding. Can J Public Health. 2004 Mar-Apr;95(2):151-4.
- Dickinson GE, Clark D, Winslow M, Marples R. US physicians' attitudes concerning euthanasia and physician-assisted death: A systematic literature review. Mortality. 2005;10(1):43-52.
- Emanuel EJ. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. Arch Intern Med. 2002 Jan 28;162(2):142-52.
- Folker AP, Holtug N, Jensen AB, Kappel K, Nielsen JK, Norup M. Experiences and attitudes towards end-of-life decisions amongst Danish physicians. Bioethics. 1996 Jul;10(3):233-49.
- Gielen J, Van Den Branden S, Broeckaert B. Attitudes of European physicians toward euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the recent literature. J Palliat Care. 2008 Autumn;24(3):173-84.
- Godin G, Beaulieu D, Touchette JS, Lambert LD, Dodin S. Intention to encourage complementary and alternative medicine among general practitioners and medical students. Behav Med. 2007 Summer;33(2):67-77.
- Godin G, Naccache H, Fortin C. Understanding physicians' intention to use a simple infection control measure: wearing gloves. Am J Infect Control. 1998 Aug;26(4):413-7.

Références (2)

- Kuhse H, Singer P. Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey. Int J Nurs Stud. 1993 Aug;30(4):311-22.
- Kuuppelomaki M. Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. Eur J Cancer Care (Engl). 2000 Mar;9(1):16-21.
- Matzo ML, Schwarz JK. In their own words: oncology nurses respond to patient requests for assisted suicide and euthanasia. Appl Nurs Res. 2001 May;14(2):64-71.
- McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic literature review. Palliat Med. 2012 Jan;26(1):23-33.
- McInerney F, Seibold C. Nurses' definitions of and attitudes towards euthanasia. J Adv Nurs. 1995 Jul;22(1):171-82.
- Ryynanen OP, Myllykangas M, Viren M, Heino H. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. Public Health. 2002 Nov;116(6):322-31.
- Verpoort C, Gastmans C, De Bal N, Dierckx de Casterle B. Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. Nurs Ethics. 2004;11(4):349-65.
- Young A, Volker D, Rieger PT, Thorpe DM. Oncology nurses' attitudes regarding voluntary, physician-assisted dying for competent, terminally ill patients. Oncol Nurs Forum. 1993 Apr;20(3):445-51.