

FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Mémoire

de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec

DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Présenté à la Commission de la santé et des services
sociaux

Le 15 février 2010

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!
Votre médecin spécialiste

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 3

Mise en contexte..... 4

Définir pour agir en conséquence..... 4

Sondage réalisé auprès des membres de la FMSQ..... 6

Conclusion 7

ANNEXE A..... 8

Sondage sur l'euthanasie..... 8

Introduction

Monsieur le Président,
Madame la Vice-présidente,
Distingués membres de la Commission

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) tient à vous remercier de lui offrir l'occasion de s'exprimer *sur la question du droit de mourir dans la dignité et, le cas échéant, des modalités de son application*. Puisque le temps qui nous est imparti est limité, nous vous exposerons les grandes lignes de notre mémoire afin de pouvoir consacrer davantage de temps aux échanges.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes, membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social. La Fédération regroupe plus de 8 000 membres au Québec, répartis dans 35 spécialités médicales. Seul organisme reconnu par le gouvernement pour la négociation d'ententes collectives, la FMSQ est également consultée pour tout ce qui touche l'organisation des soins médicaux au Québec.

Mise en contexte

La Fédération est de ceux qui estiment qu'il est grand temps que le débat de société ait lieu en ce qui a trait à l'intensité des soins appropriés en fin de vie. Ce sujet fait partie des enjeux de notre société depuis longtemps et, en ce début de 21^e siècle, il est plus que temps de l'aborder ouvertement. La Fédération salue donc la décision de l'État d'y consacrer une attention particulière, comme en témoigne le mandat qui a été confié à la présente commission *ad hoc* par l'Assemblée nationale.

La Fédération est consciente qu'il s'agit d'un sujet sérieux et délicat qui ne fait pas nécessairement l'unanimité au sein de la population, pas plus d'ailleurs qu'au sein de la communauté médicale. Le défi de vos travaux, nous semble-t-il, est de vous assurer que le résultat de votre consultation soit, sinon consensuel, du moins acceptable par la majorité des intervenants, patients, familles comme médecins, et que le fruit de ce travail devienne un outil de référence pratique et respecté de tous les intervenants.

Nous avons décidé de prendre part aux discussions puisque nos membres sont concernés au premier chef par l'évolution du dossier, surtout si des décisions doivent être prises. S'il n'y a vraisemblablement pas consensus sur le sujet au sein de la profession, nous croyons qu'il y a lieu d'exprimer un avis et une ligne de conduite qui rejoignent une confortable majorité de médecins.

Les médecins spécialistes sont interpellés par les soins appropriés en fin de vie entre autres dans les unités de soins intensifs médicaux et chirurgicaux, dans les unités de soins palliatifs pour patients atteints de cancer et les unités de soins gériatriques, dans les salles d'urgence, bref tous les jours dans la prestation de soins secondaires et tertiaires dans les centres hospitaliers de soins aigus.

Définir pour agir en conséquence

Nous soulignons d'abord que la Commission, comme représentante de la société, doit pouvoir définir ce que sont les soins appropriés en fin de vie. Les débats ne seront porteurs que si nous parvenons à définir clairement les termes que sont : les soins appropriés en fin de vie, l'acharnement thérapeutique, la sédation palliative, l'euthanasie passive, l'euthanasie active. Les définitions et interprétations que donneront, de bonne foi, les éthiciens, les malades et tous les professionnels de la santé varieront possiblement, voire probablement. Ce sera, à notre avis, le principal écueil à écarter pour pouvoir objectivement poursuivre la discussion.

Du point de vue médical, le droit de mourir dans la dignité et les soins appropriés en fin de vie sont des notions qui font implicitement référence à l'euthanasie. C'est d'ailleurs ainsi qu'un groupe de travail en éthique clinique, mandaté par le Collège des médecins du Québec (CMQ) en 2006, a choisi de l'aborder. C'est à partir des réflexions de ce groupe et notamment en raison d'une éventuelle prise de position du CMQ que la Fédération a décidé de mener un sondage sur l'euthanasie auprès de ses membres en 2009. Nous y reviendrons plus loin, mais d'abord, quelques précisions.

L'état de la relation patient / médecin au Québec s'est grandement modifié sous l'impulsion de l'évolution des valeurs sociales au cours des dernières années. Cette évolution s'est déjà traduite, à certains égards, par des modifications apportées au Code civil du Québec et au Code de déontologie des médecins. Dans cette foulée et à l'instar de certains pays européens et scandinaves, le Québec se distingue par rapport au

reste du Canada et des États-Unis par son ouverture face au recours à l'euthanasie dans un contexte de soins appropriés.

Au cœur de ce nouveau paradigme que sont les soins appropriés se retrouve l'autonomie décisionnelle du patient (et/ou de ses proches), désormais acquise par la loi québécoise en matière de choix ou de refus de traitement. Cette autonomie décisionnelle du patient vient contrebalancer l'autonomie professionnelle du médecin dans le cadre d'un processus décisionnel dynamique et conjoint où doivent être considérés les valeurs, l'éthique, la morale, les obligations déontologiques, le respect des choix et la responsabilité de chacune des parties en relation avec l'acte. La communication constitue un ingrédient essentiel, voire fondamental, de ce processus dynamique, en constante mouvance.

Le suivi des patients atteints de maladies chroniques apporte son lot de problématiques particulières en termes d'intensité de soins puisque les problèmes souvent complexes du patient ne peuvent que s'aggraver. Dans de telles circonstances, il se crée souvent des attentes démesurées envers la médecine. Ces situations requièrent beaucoup d'empathie de la part du médecin, et ce dernier doit faire preuve de flexibilité dans son offre de traitement et d'accompagnement. Ce type de suivi oblige aussi un partage des responsabilités, une complémentarité entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes. L'interdisciplinarité, l'ouverture aux possibilités, aux suggestions deviennent des incontournables. *A contrario*, ce partage des responsabilités entre en contradiction avec la notion de « médecin traitant » à qui échoit l'ultime responsabilité décisionnelle.

L'abstention ou l'arrêt des soins vitaux constitue l'exemple parfait où s'opposent deux écoles de pensée. À qui devrait échoir le pouvoir décisionnel ultime ? Au patient et/ou ses proches ? Au médecin ? Soulignons au passage que la loi québécoise fait déjà figure d'exception puisqu'elle accorde aux proches d'un patient réputé « inapte » le droit de refuser un traitement. Ailleurs, dans d'autres juridictions, seul un représentant « légalement désigné » peut être autorisé à exercer ce droit. Dans les faits, peu de gens se prévalent de cette disposition puisqu'elle implique des démarches juridiques qui peuvent s'avérer coûteuses, sinon incongrues selon les circonstances.

La notion des soins palliatifs est large, passant de l'accompagnement du patient au contrôle adéquat des symptômes – dont la douleur – jusqu'à la sédation terminale considérée, par certains, comme une forme d'euthanasie. D'ailleurs, même au sein de la communauté médicale, le concept demeure flou et mériterait d'être clarifié. De plus en plus de gens ne voient plus d'objections d'ordre éthique ou moral dans le fait qu'un médecin puisse poser ce geste de sédation terminale en cas de situations exceptionnelles. L'euthanasie est désormais vue comme un geste d'accompagnement, une étape ultime des soins appropriés de fin de vie. Cependant, d'un strict point de vue légal, le débat demeure entier. Le cadre juridique canadien, le Code criminel, stipule que tout acte visant à écourter la vie est considéré comme un meurtre, donc passible de sanctions criminelles.

Au chapitre de l'encadrement législatif, il ne faut pas tenir pour acquis que le public connaît bien les dispositions de la loi canadienne et les sanctions prévues pour les médecins qui seraient considérés comme contrevenants. Ajoutons que les modifications proposées à la législation canadienne par le projet de loi privé de la députée Francine Lalonde sont vraisemblablement encore moins connues.

Comme le soulignait si justement le CMQ : « Ni le statu quo, ni les projets de loi déposés au Parlement canadien, ne tiennent vraiment compte de la diversité des situations cliniques, de la complexité du processus décisionnel menant à des soins appropriés et du rôle actif que doivent y jouer les médecins.

Alors que le statu quo menace les médecins de sanctions criminelles, les projets de loi ont comme conséquence prévisible de les confiner au rôle de simples exécutants ».

Nonobstant le modèle législatif éventuellement adopté par l'Assemblée nationale en matière de droit civil, le Code criminel du Canada devrait être amendé. Ceci est loin d'être acquis à en juger par l'opposition déterminée exercée par certains groupes radicaux qui militent en faveur de la recriminalisation de l'avortement au Canada.

Indépendamment de tout changement au « statut » de l'euthanasie au Québec et au Canada, le médecin devra toujours demeurer entièrement libre de choisir d'accompagner un patient dans cette voie. À cet égard, le législateur, qu'il se situe ici à l'Assemblée nationale du Québec ou à la Chambre des communes à Ottawa, devra tenir compte de l'autonomie décisionnelle du médecin au moment d'apporter des modifications législatives. Le rôle du médecin ne peut, ne doit pas et ne peut pas être relégué à celui d'un exécutant passif de la volonté du patient. Au même titre, le médecin ne peut pas être obligé par la loi de devoir accéder à une demande de suicide assisté.

Sondage réalisé auprès des membres de la FMSQ

Étant concernée au premier chef par ce délicat sujet, la Fédération des médecins spécialistes du Québec a confié le mandat à la firme Ipsos Descarie en août 2009 de mener un sondage auprès de ses membres actifs pour connaître leur opinion. Rappelons que ce sondage ne portait que sur l'euthanasie et non sur le suicide assisté, sujet que la Fédération considère comme étant un autre débat en soi.

Nous vous présentons donc les faits saillants de ce sondage en vous invitant à vous référer à l'annexe « A » du présent mémoire pour plus de détails.

Notons que dans le cadre de ce sondage, nous avons fait référence à la notion d'euthanasie telle que définie par le Sénat du Canada (1995) : *Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances.*

Le sondage a révélé tout d'abord que les médecins spécialistes sont prêts à tenir un débat sur l'euthanasie (84 %) et qu'ils estiment que la société québécoise l'est également (76 %). Les médecins spécialistes seraient certainement ou probablement favorables à la légalisation de l'euthanasie dans un cadre législatif balisé dans une proportion de 75 % et ils estiment que la société québécoise l'est également, mais dans une moindre mesure (54 %).

Ils appuieraient l'adoption d'un projet de loi visant la légalisation de l'euthanasie par la Chambre des communes dans une proportion de 76 %, mais cette ouverture ne signifie pas pour autant que les médecins spécialistes accepteraient d'emblée de pratiquer l'euthanasie. En effet, même si 54 % d'entre eux étaient certainement ou probablement favorables à cette pratique dans un cadre législatif balisé, 20 % indiquent qu'ils ne le feraient certainement pas.

Notre sondage tend à confirmer que l'euthanasie s'avère présente dans le contexte de pratique des médecins spécialistes et qu'ils y sont confrontés. En effet, selon 81 % des répondants, l'euthanasie est pratiquée au Québec : souvent/parfois (52 %) ou rarement (29 %).

Pour les médecins spécialistes, la question de l'euthanasie relève d'abord de l'éthique (49 %) et de la morale (24 %), puis du droit dans une proportion moindre (13 %). Dans le contexte de l'interrelation directe avec le patient et/ou la famille, la question religieuse tient une grande importance puisque 83 % des spécialistes interrogés estiment que les croyances religieuses doivent être toujours ou souvent prises en compte au moment de la décision.

Le sondage révèle la très haute importance accordée par les médecins spécialistes à l'autonomie décisionnelle du patient ou de ses proches en cas d'incapacité (98 %). L'interrelation entre le spécialiste et le médecin de famille occupe une place tout aussi prépondérante lorsqu'il s'agit du suivi médical à dispenser à un patient en phase terminale puisque 91 % des répondants indiquent que les décisions doivent être prises en concertation.

Dans un même ordre d'idées, lorsque l'état d'un patient requiert des manœuvres de réanimation et que la question n'a pas été abordée avec ce dernier, pour 72 % des médecins spécialistes, la décision doit être prise de concert avec la famille ou les proches et, en cas d'absence de consensus, 61 % privilégient alors le recours à un tiers tel le comité d'éthique de l'établissement ou un médiateur.

Pour 95 % de nos membres, la sédation palliative doit être considérée comme faisant partie des soins appropriés de fin de vie. Cependant, l'opinion est nettement partagée lorsque interrogés à savoir si la sédation palliative est assimilable à une forme d'euthanasie; 48 % affirment que oui et 46 % répondent non.

De même, lorsqu'on leur demande si, d'une manière générale, l'euthanasie devrait faire partie intégrante des soins appropriés en fin de vie – thème qui a fait l'objet des réflexions du comité en éthique du Collège des médecins du Québec –, 62 % des médecins se disent d'accord alors que 27 % sont d'avis contraire.

Conclusion

Forte de sa consultation dont les résultats sont scientifiquement reconnus, la Fédération des médecins spécialistes du Québec retient comme principale conclusion que ses membres souhaitent l'établissement de balises officielles et claires relatives à la pratique de l'euthanasie.

Aussi, de toutes les indications émanant de notre sondage, il en est une qui demeure fondamentale et nous tenons une fois de plus à la rappeler aux membres de cette commission : peu importe le modèle législatif ou les balises, sur la pratique de l'euthanasie, qui pourraient être mises en place par les autorités gouvernementales pertinentes, le médecin devra toujours demeurer entièrement libre de choisir d'accompagner un patient dans cette voie.

Le défi de la présente commission est important. Nous insistons sur le fait que la question **des soins appropriés de fin de vie** comporte plusieurs variables qui doivent être prises en considération. Certains concepts devront donc être clarifiés aux fins de la consultation publique que vous entreprendrez à la suite de vos présents travaux. D'autant que le sujet, par sa nature, risquera de provoquer des réactions non négligeables selon les croyances ou les valeurs des individus.

Nous allons suivre avec grand intérêt vos travaux futurs et resterons vigilants à cet égard.

Monsieur le Président, nous vous remercions de votre attention et nous sommes prêts à répondre à vos questions.

ANNEXE A

Sondage sur l'euthanasie

Notes méthodologiques

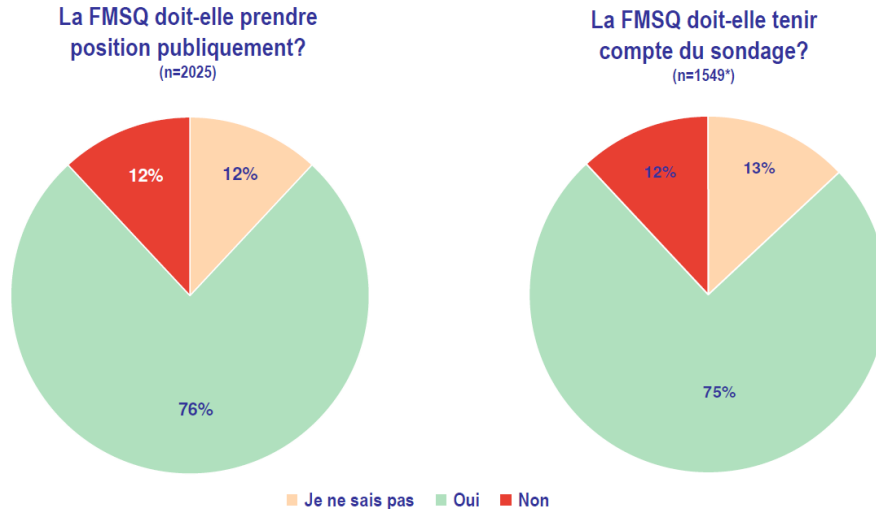
Le sondage a été réalisé du 28 août au 15 septembre 2009 par la firme Ipsos Descarie par Internet (courriel avec accès unique sécurisé) et par la poste (pour les membres qui n'avaient pas d'adresse courriel).

L'invitation a été lancée aux 8 717 membres de la FMSQ dont le statut était actif : 2 025 ont répondu au sondage, soit 1 734 par Internet et 291 par la poste.

Le taux de réponse s'est établi à 23 % (22 % pour l'Internet et 30 % pour l'envoi postal) et la marge d'erreur à 1,9 %, 19 fois sur 20.

Prise de position de la FMSQ

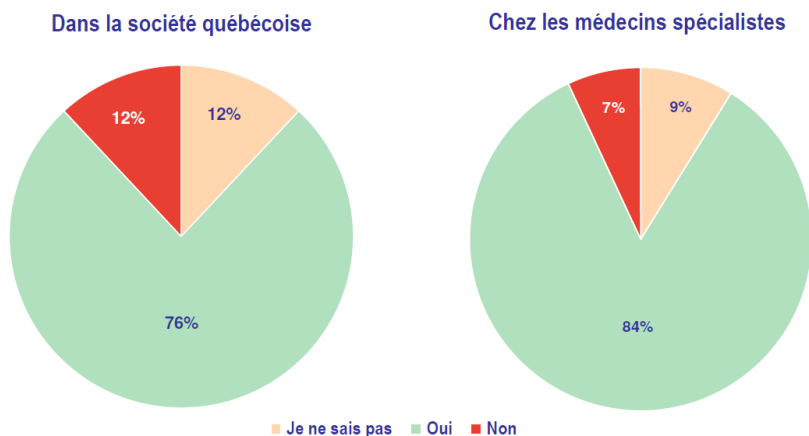
76 % de nos membres sont d'avis que la FMSQ doit prendre position publiquement sur le sujet et doit tenir compte des résultats du présent sondage (75 %)



*Personnes ayant répondu « oui » à la question de gauche

Ouverture au débat

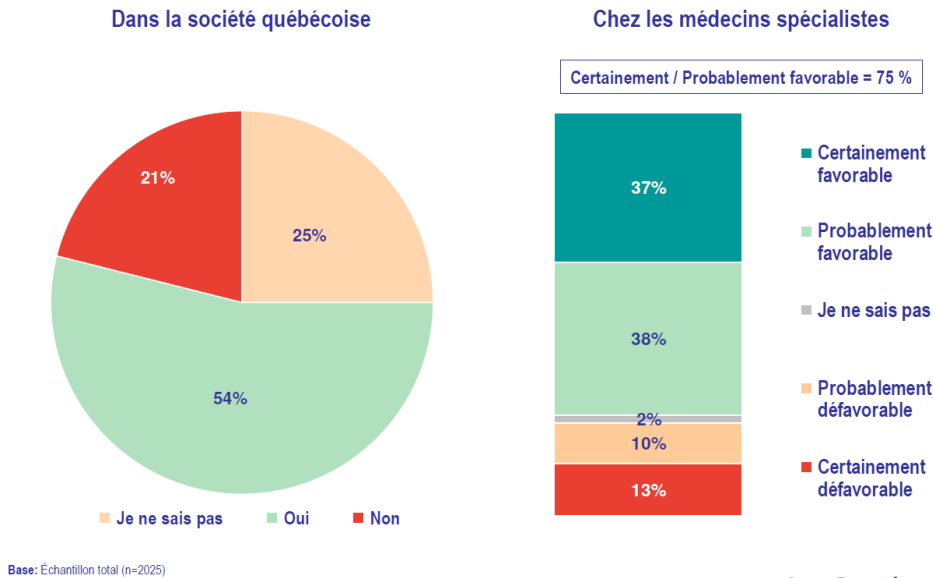
Les médecins spécialistes sont prêts à tenir un débat sur l'euthanasie (84 %) et 76 % estiment que la société québécoise l'est également



Base: Échantillon total (n= 2025)

Ouverture à la légalisation

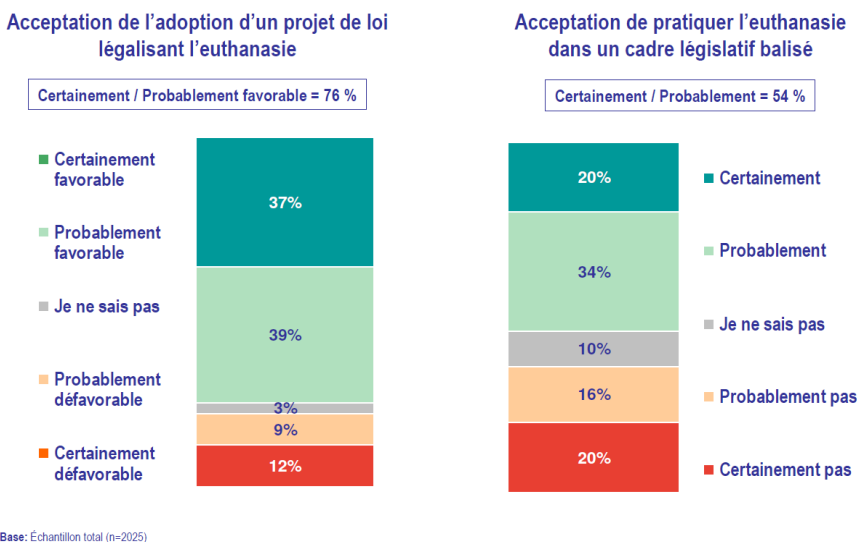
75 % des médecins spécialistes seraient certainement ou probablement favorables à la légalisation de l'euthanasie dans un cadre législatif balisé. Ils estiment que la société québécoise l'est également, mais dans une moindre mesure (54 %)



Ouverture à une législation

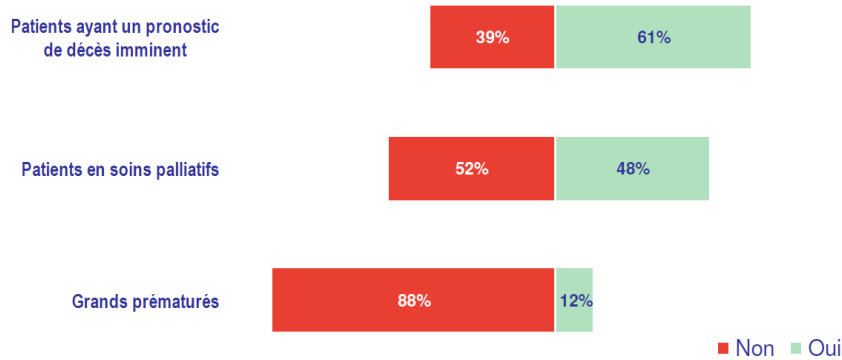
76 % des médecins spécialistes seraient certainement / probablement favorables à l'adoption d'un projet de loi visant la légalisation de l'euthanasie par la Chambre des communes

Même si 54 % d'entre eux étaient certainement ou probablement favorables à cette pratique dans un cadre législatif balisé, 20 % indiquent qu'ils ne le feraient certainement pas



Types de patients traités actuellement

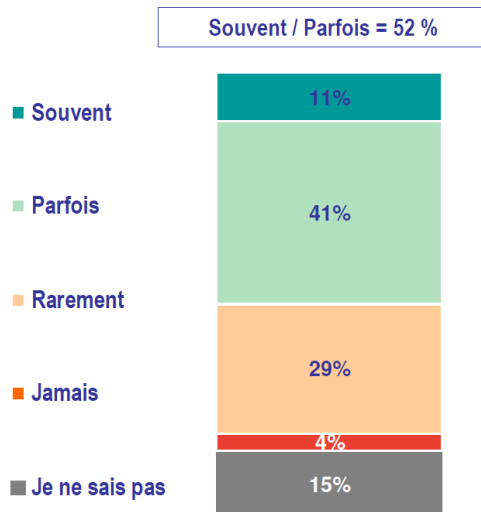
Dans le cadre de leur pratique, 61 % ont à traiter des patients avec un pronostic de décès imminent, 48 % ont à traiter des patients en soins palliatifs et 12 % des grands prématurés



Base: Échantillon total (n=2025)

Pratique actuelle de l'euthanasie au Québec

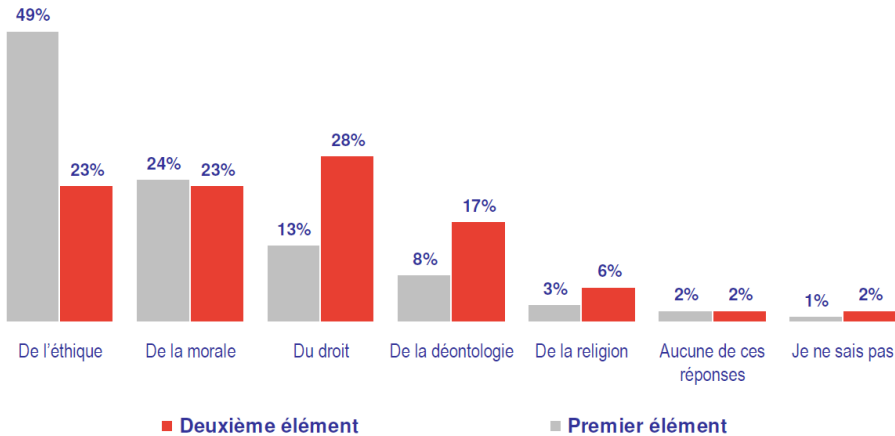
L'euthanasie se pratique souvent (11 %), parfois (41 %) ou rarement (29 %) au Québec; **TOTAL DE 81 % des répondants qui confirment que l'euthanasie est pratiquée au Québec**



Base: Échantillon total (n=2025)

L'euthanasie relève d'abord...

Pour nos membres, la question de l'euthanasie relève d'abord de l'éthique (49 %) et du droit (28 %), puis de la morale dans une proportion moindre (±24 %)



Base: Échantillon total (n=2025)

Prise en compte des croyances religieuses

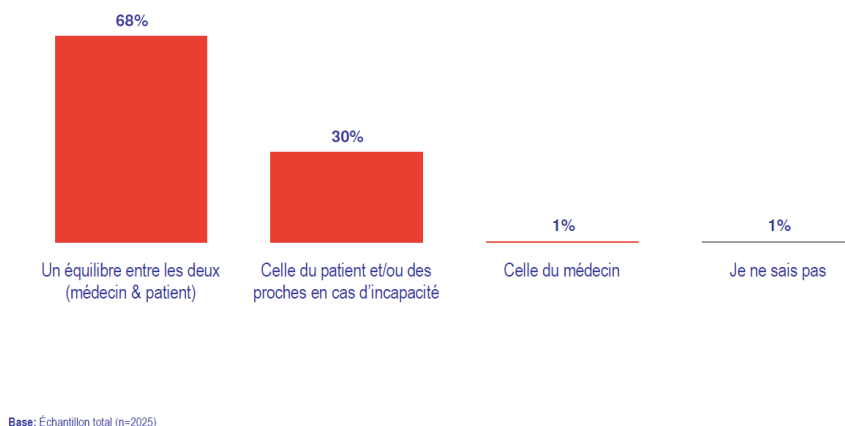
La question religieuse intervient aussi, dans le contexte de l'interrelation directe avec le patient et/ou la famille, puisque 83 % des spécialistes interrogés estiment que les croyances religieuses doivent être toujours ou souvent prises en compte au moment de la décision



Base: Échantillon total (n=2025)

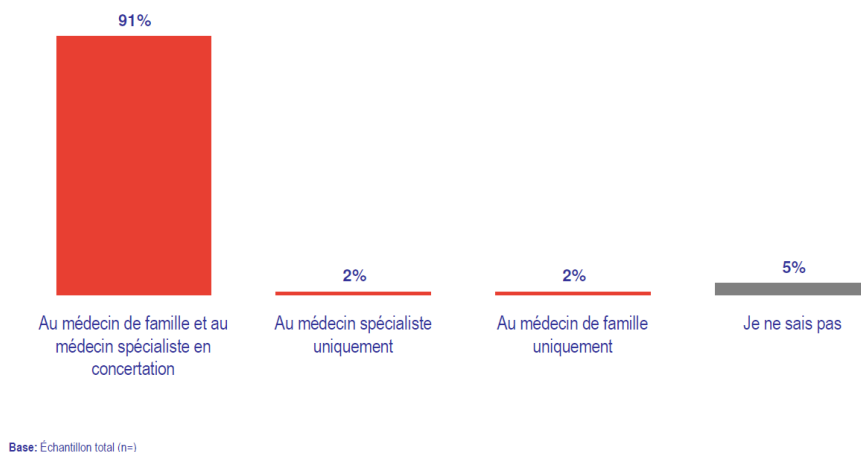
Priorité de l'autonomie décisionnelle

Le sondage révèle la très haute importance accordée par les médecins spécialistes à l'autonomie décisionnelle du patient ou de ses proches en cas d'incapacité (98 %)



Responsabilité décisionnelle pour un patient en phase terminale

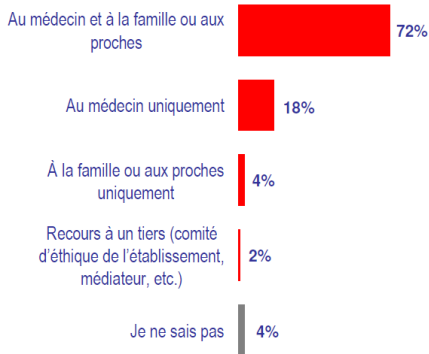
L'interrelation entre le spécialiste et le médecin de famille occupe une place tout aussi prépondérante. 91 % des répondants indiquent que les décisions doivent être prises en concertation



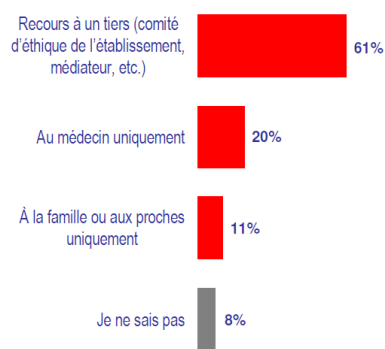
Manœuvres de réanimation

Lorsque l'état d'un patient requiert des manœuvres de réanimation et que la question n'a pas été abordée avec ce dernier, pour 72 % des spécialistes, la décision doit être prise de concert avec la famille ou les proches. En cas d'absence de consensus, 61 % privilégient alors le recours à un tiers (comité d'éthique de l'établissement, médiateur)

Décision, si la question n'a pas été abordée?



Décision, s'il n'existe pas de consensus sur la question entre la famille et le médecin?



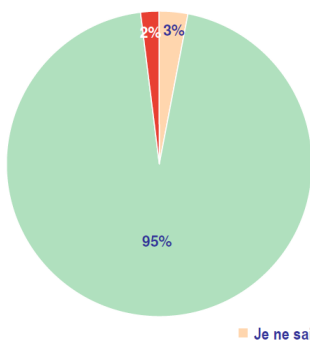
Base: Échantillon total (n=2025)

La sédation palliative

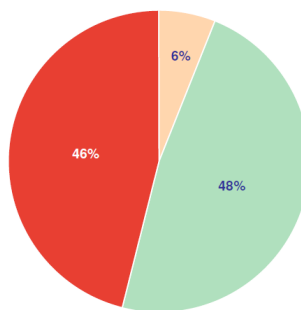
Pour 95 % des médecins spécialistes, la sédation palliative doit être considérée comme faisant partie des soins appropriés de fin de vie

L'opinion est nettement partagée lorsque les médecins spécialistes sont interrogés à savoir si la sédation palliative est assimilable à une forme d'euthanasie (oui : 48 %, non : 46 %)

Fait partie des soins appropriés de fin de vie.



Est assimilable à une forme d'euthanasie.

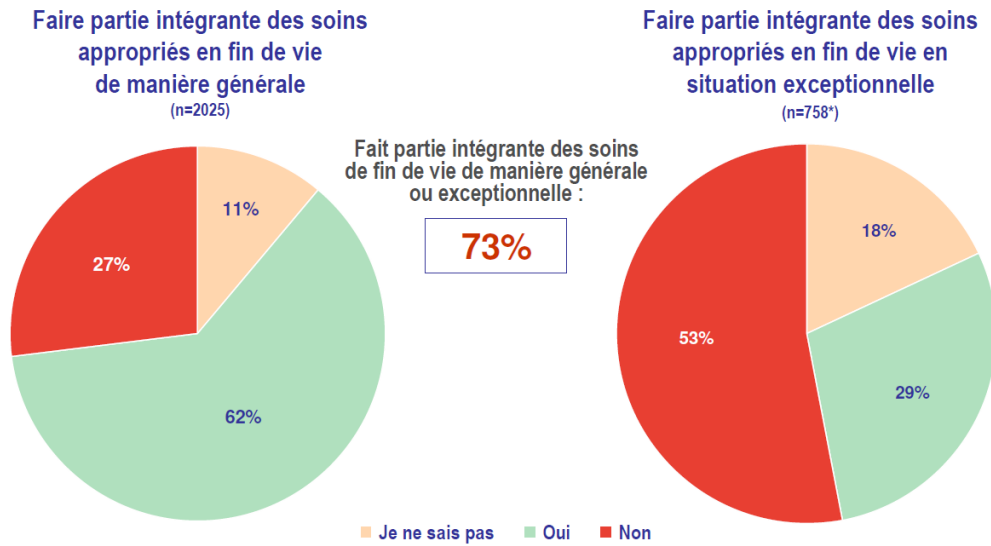


Je ne sais pas Oui Non

Base: Échantillon total (n=2025)

L'euthanasie devrait...

62 % estiment que l'euthanasie devrait faire partie intégrante des soins appropriés en fin de vie – thème qui a fait l'objet des réflexions du comité en éthique du CMQ. 27 % estiment que non



*Personnes ayant répondu « non » ou « je ne sais pas » à la question de gauche

2, Complexe Desjardins
Porte 3000
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000
Tél. : (514) 350-5175
Courriel : communications@fmsq.org