

FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

CSMD – 214M
C.G. – Question
de mourir dans
la dignité

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

Mise à jour : août 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.....	7
Conclusion	8
ANNEXE A.....	10
Sondage sur l'euthanasie.....	10
ANNEXE B.....	18
Lettre ouverte – Dans les règles de l’art.....	18

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.*

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 des médecins spécialistes du Québec 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 temps de l'aborder ouvertement. Qui plus est, la population québécoise s'est maintes fois exprimée sur le sujet comme en témoignent tous les sondages réalisés au cours des dernières années et dont le plus récent a été rendu public le 23 août dernier (*The Gazette* – Léger Marketing). 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-médecins, et que le fruit de ce travail devienne un outil de référence pratique et respecté de tous.

La Fédération a décidé de prendre part aux discussions puisque ses membres sont concernés au premier chef par l'évolution de ce dossier, surtout si des décisions en découlent. 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 notamment 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 avec 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 à la majorité des états américains 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 donc 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 médical. 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 des patients 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, les médecins généralistes et autres intervenants. L'interdisciplinarité, l'ouverture aux alternatives et 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 et, 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. Les soins palliatifs doivent faire partie intégrante des alternatives offertes aux patients et nous devons y apporter toute l'attention et le soutien nécessaires. Les services de soins palliatifs doivent non seulement être accessibles, ils doivent aussi permettre d'offrir les conditions optimales de soins en fin de vie afin que les personnes qui le souhaitent puissent y avoir recours, et ce, sans restrictions. Il importe cependant de souligner que les ressources actuelles en soins palliatifs sont insuffisantes, tant en termes de ressources financières et humaines, qu'en nombre de places disponibles. Il est plausible que les conditions qui y prévalent seraient de nature à dissuader les patients d'y avoir recours. Cependant, il est nettement exagéré, voire irresponsable, de laisser croire que le manque de lits dans les hôpitaux justifierait le recours à l'euthanasie.

De plus en plus de gens ne voient pas d'objections d'ordre éthique ou moral dans le fait qu'un médecin puisse poser un 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 de la circonscription fédérale de La Pointe-de-l'Île, madame Francine Lalonde, sont vraisemblablement encore moins connues.

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 aussi pour la recriminalisation de l'avortement tant au Québec qu'ailleurs au Canada.

Rappelons brièvement les démarches effectuées par la députée Lalonde pour inciter le parlement fédéral à procéder à une modification au Code criminel. La députée a déposé trois projets de loi similaires dans cette optique au cours des dernières années : d'abord, au cours de la 38^e législature (2004-2005), le projet de loi C-407 n'a pas cheminé puisque mort au feuillet à la suite du déclenchement des élections générales; le projet de loi C-562 a subi le même sort lors de la dissolution de la 39^e législature en septembre 2008; enfin, le 13 mai 2009 (deuxième session de la 40^e législature), le projet de loi C-384 était présenté en première lecture et rejeté le 21 avril 2010, par 228 voix contre 59 sur un total de 287 votes enregistrés. En termes clairs, 79 % des députés de la Chambre des communes se sont prononcés contre un éventuel amendement au Code criminel afin de légaliser l'euthanasie. Compte tenu des résultats de ce vote, force est de conclure que, pour le moment du moins, il n'y a aucune ouverture sur cette question du côté des principales formations politiques pancanadiennes représentées à la Chambre des communes (Parti conservateur du Canada, Parti libéral du Canada ou Nouveau Parti démocratique).

Si le Québec devait en décider autrement, l'Assemblée nationale devrait probablement composer sans la collaboration de la Chambre des communes. Elle devrait agir dans le cadre de ses propres champs de juridiction en apportant des modifications ou en effectuant certains aménagements. Pensons notamment aux dispositions du Code civil, aux lois professionnelles ou aux différents codes de déontologie. Elle pourrait également recommander au gouvernement d'imiter la Grande-Bretagne qui n'a pas modifié son Code criminel, optant plutôt pour une solution plus simple et soulevant moins les passions. Elle a émis, par la voie de son procureur général, de nouvelles directives, c'est-à-dire un cadre déterminant les circonstances dans lesquelles une poursuite peut être intentée ou non par l'État contre un individu ayant aidé une personne à mourir. Rappelons à cet égard que, même si le Code criminel relève du parlement fédéral, sa mise en application relève des provinces.

Comme le soulignait à juste titre 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 semblent avoir comme conséquence prévisible de les confiner au rôle de simples exécutants ».

Indépendamment de tout changement qui surviendrait quant 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 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 à la firme Ipsos Descarie en août 2009 le mandat 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.

Certains ont remis en question la validité de cet exercice. Vous trouverez en annexe du présent mémoire copie de la réponse publiée par la firme Ipsos Descarie à ce sujet. En bref, méthodologiquement parlant, ce sondage a été réalisé selon les règles de l'art. Il importe d'ailleurs de rappeler qu'au Québec, quelque 1000 répondants suffisent pour permettre d'extrapoler les résultats d'un sondage d'opinion à une population composée de plusieurs millions de personnes; les résultats de ces sondages font régulièrement la manchette depuis les 30 dernières années sans que personne n'ose remettre en question leur méthodologie ou la taille de leur échantillon. Dans le cas qui nous occupe, 2 025 membres de la FMSQ ont répondu à ce sondage, soit plus du quart des membres de la Fédération.

Nous vous présentons les principaux 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 répondants, tous médecins spécialistes, sont prêts à tenir un débat sur l'euthanasie (84 %) et qu'ils estiment que la société québécoise l'est également (76 %). Ils 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 % des répondants 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 déjà 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 ayant répondu au sondage, 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 répondants 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 répondants, 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 ayant répondu au sondage, 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 qu'une forte majorité de 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 qui pourraient être mises en place par les autorités gouvernementales pertinentes sur la pratique de l'euthanasie, le médecin devra toujours demeurer entièrement libre de choisir d'accompagner ou non un patient dans cette voie.

Le sujet qui nous occupe est avant tout de nature juridique et il concerne les grandes orientations qu'une société choisit de se donner, orientations qui peuvent notamment se traduire par des mécanismes d'encadrement de nature juridique ou par des modifications législatives ou déontologiques. La religion ou les opinions fondées sur les croyances religieuses ne doivent influencer ni les travaux de cette commission ni les décisions qui en découleront. Certes, les croyances individuelles doivent être prises en compte lorsque les circonstances le requièrent, lorsque vient le moment de poser des gestes ou de prendre des décisions. Comprenons-nous bien, les choix relèvent des individus, que ceux-ci soient patients ou médecins. À cet égard, personne ne devra être contraint d'agir sous la pression ou contre sa volonté. Notre sondage est implicite à cet égard. Il faut donc éviter de tomber dans le piège des dérives idéologiques ou dans l'univers des diktats ou des préceptes religieux. Nous n'avancerions pas d'un iota et, sur ces bases, personne ne s'entendrait. Malheureusement, l'histoire a trop souvent démontré que les extrêmes religieux peuvent être sources de confrontations. En clair, le débat doit être mené dans un contexte de société civile et laïque. La compassion, sans aucun doute; la radicalisation, non!

Il est totalement faux de prétendre, comme l'ont affirmé certains commentateurs, que les médecins réclament le pouvoir de tuer. Les médecins souhaitent que soient clarifiés les concepts entourant l'euthanasie, que des règles et des balises législatives claires soient établies afin que celles-ci correspondent à l'évolution des valeurs de notre société sur cette question. Il ne faut pas nier les faits. Les médecins spécialistes seront de plus en plus confrontés à ce type de demande de la part de leurs patients et un *modus operandi* doit être établi, non pas pour permettre aux médecins de s'arroger un pouvoir ou un

privilège quelconque, mais pour que les choses soient claires, tant pour le personnel soignant que pour le patient. Une fois ce cadre d'intervention établi, les choix personnels feront foi.

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 à prendre en considération. Certains concepts devraient donc être clarifiés aux fins de la consultation publique que vous entreprenez. D'autant que le sujet, par sa nature, ne manquera pas de provoquer des réactions fortes et variées selon les croyances ou les valeurs des individus. Une fois de plus, le résultat de votre consultation devra être, sinon consensuel, acceptable pour la majorité des intervenants et outil de référence pour tous.

La Fédération entend suivre avec intérêt vos travaux futurs et nous resterons vigilants à cet égard.

ANNEXE A

Sondage sur l'euthanasie

Notes méthodologiques

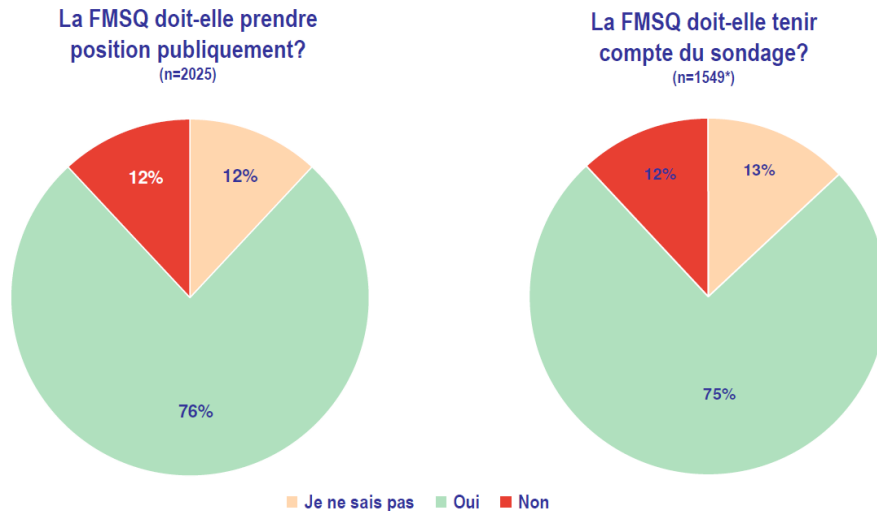
Le sondage a été réalisé du 28 août au 15 septembre 2009 par la firme Ipsos Descarie par Internet (courriel avec accès unique sécurisé) et par la poste (pour les membres qui n'avaient pas d'adresse courriel).

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

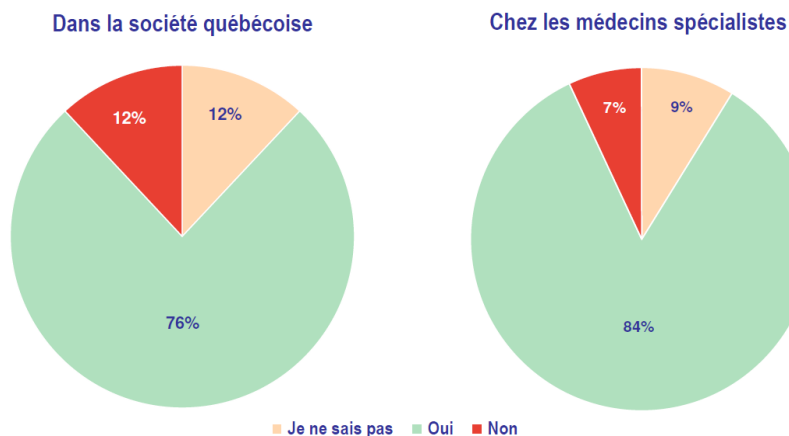
76 % de nos membres sont d'avis que la FMSQ doit prendre position publiquement sur le sujet et doit tenir compte des résultats du présent sondage (75 %)



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

Ouverture au débat

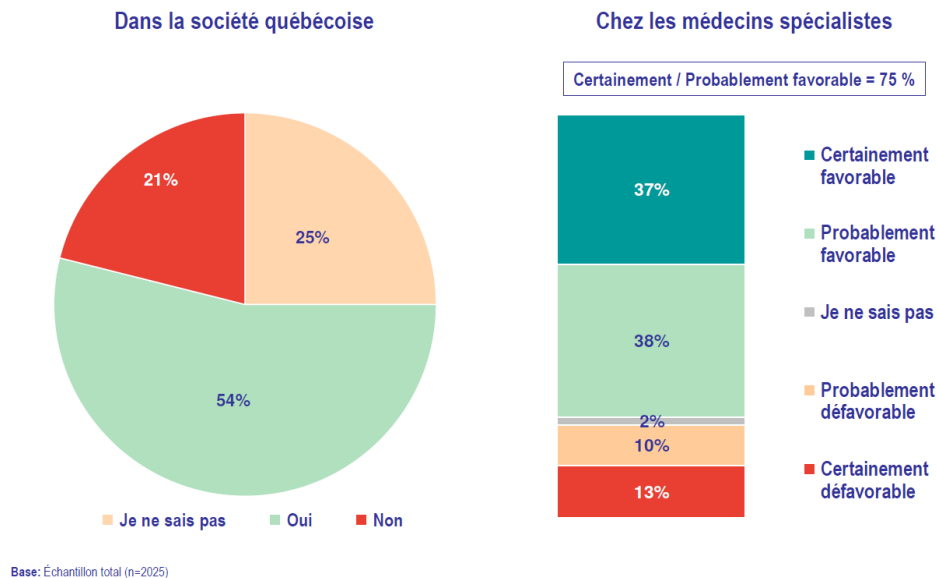
Les médecins spécialistes sont prêts à tenir un débat sur l'euthanasie (84 %) et 76 % estiment que la société québécoise l'est également



Base: Échantillon total (n= 2025)

Ouverture à la légalisation

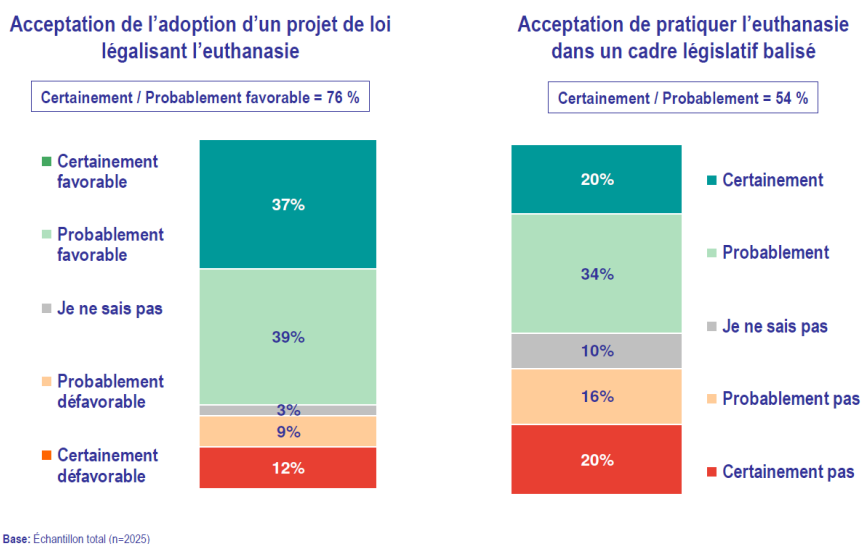
75 % des médecins spécialistes seraient certainement ou probablement favorables à la légalisation de l'euthanasie dans un cadre législatif balisé. Ils estiment que la société québécoise l'est également, mais dans une moindre mesure (54 %)



Ouverture à une législation

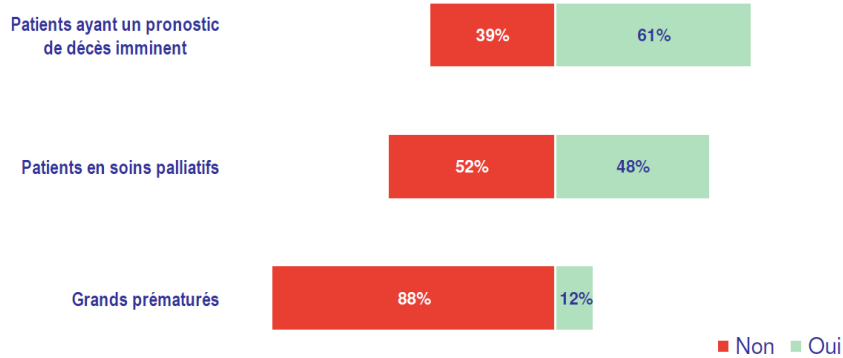
76 % des médecins spécialistes seraient certainement / probablement favorables à l'adoption d'un projet de loi visant la légalisation de l'euthanasie par la Chambre des communes

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

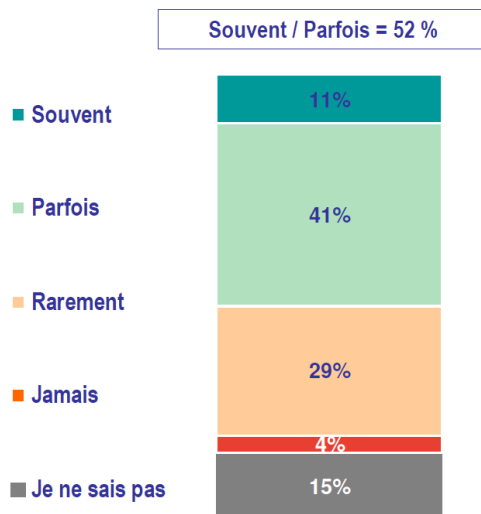
Dans le cadre de leur pratique, 61 % ont à traiter des patients avec un pronostic de décès imminent, 48 % ont à traiter des patients en soins palliatifs et 12 % des grands prématurés



Base: Échantillon total (n=2025)

Pratique actuelle de l'euthanasie au Québec

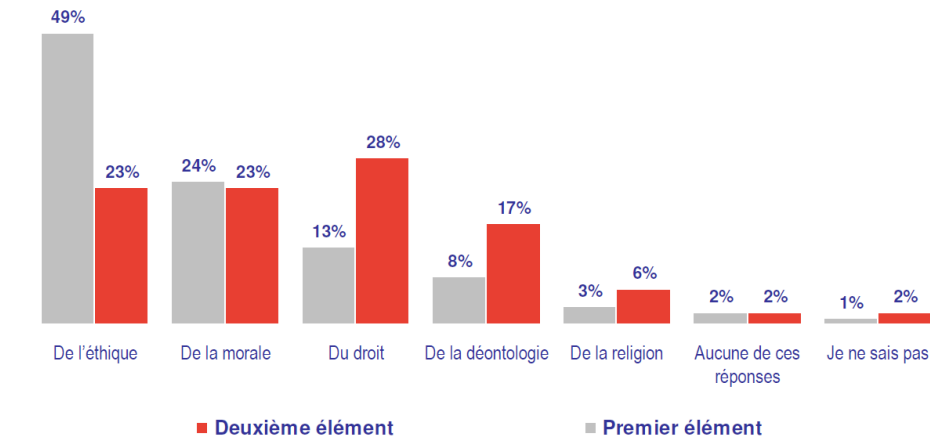
L'euthanasie se pratique souvent (11 %), parfois (41 %) ou rarement (29 %) au Québec;
TOTAL DE 81 % des répondants qui confirment que l'euthanasie est pratiquée au Québec



Base: Échantillon total (n=2025)

L'euthanasie relève d'abord...

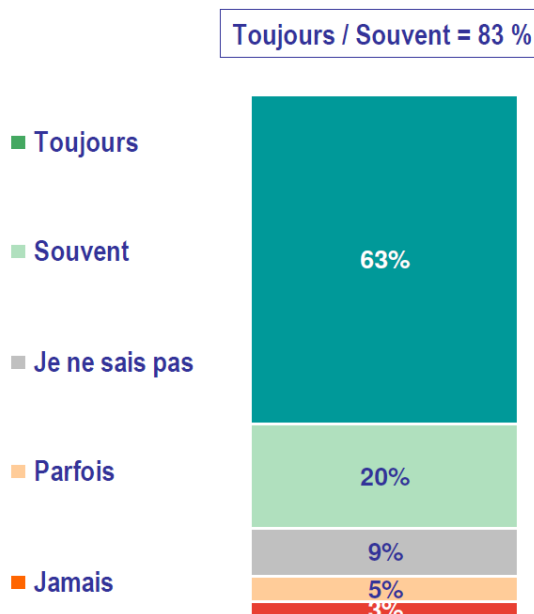
Pour nos membres, la question de l'euthanasie relève d'abord de l'éthique (49 %) et du droit (28 %), puis de la morale dans une proportion moindre (±24 %)



Base: Échantillon total (n=2025)

Prise en compte des croyances religieuses

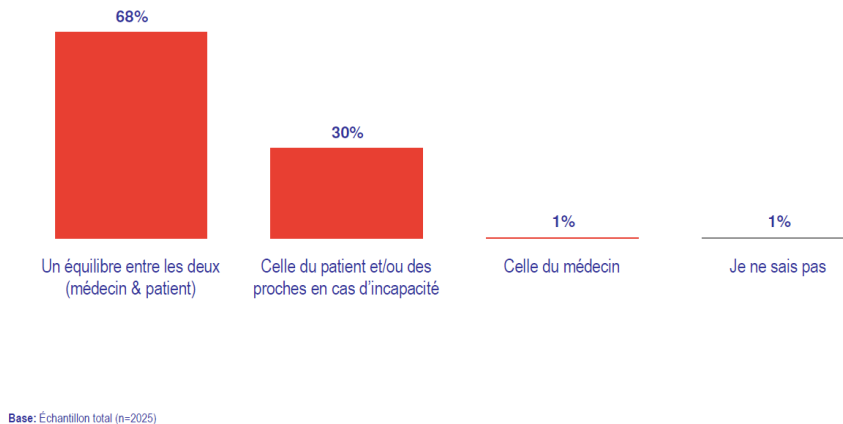
La question religieuse intervient aussi, dans le contexte de l'interrelation directe avec le patient et/ou la famille, puisque 83 % des spécialistes interrogés estiment que les croyances religieuses doivent être toujours ou souvent prises en compte au moment de la décision



Base: Échantillon total (n=2025)

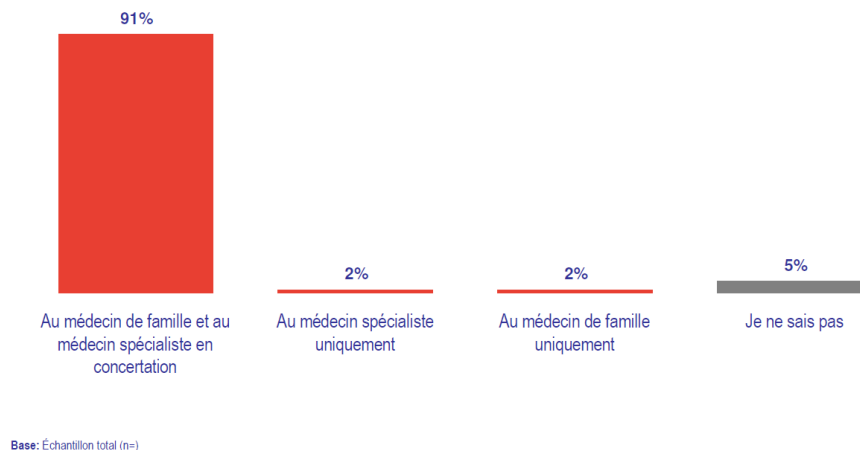
Priorité de l'autonomie décisionnelle

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

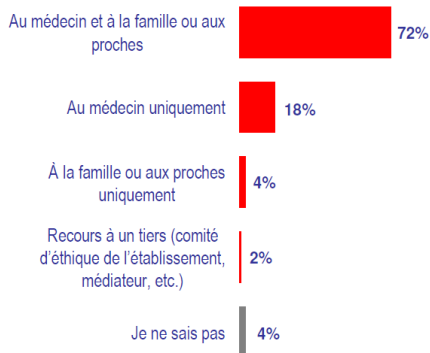
L'interrelation entre le spécialiste et le médecin de famille occupe une place tout aussi prépondérante. 91 % des répondants indiquent que les décisions doivent être prises en concertation



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?



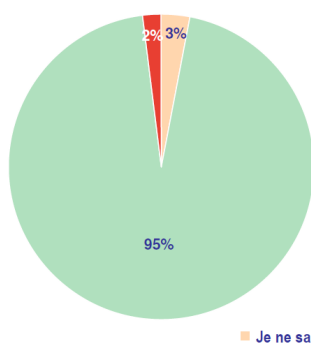
Base: Échantillon total (n=2025)

La sédation palliative

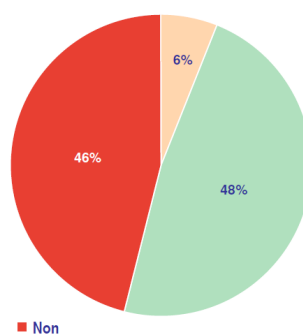
Pour 95 % des médecins spécialistes, la sédation palliative doit être considérée comme faisant partie des soins appropriés de fin de vie

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.



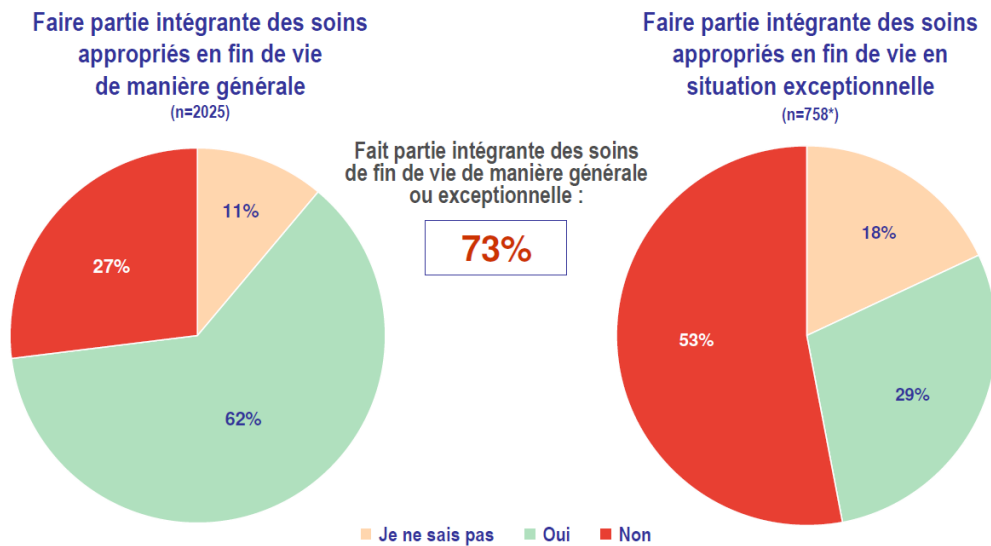
Est assimilable à une forme d'euthanasie.



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

LA PRESSE, 16 octobre 2009, A20

Dans les règles de l'art

DANIEL BOUTIN

L'auteur est vice-président associé de la firme Ipsos Descarie.

Dans le cadre de lettres ouvertes publiées dans *La Presse*, des accusations intempestives ont été lancées sur la validité du sondage sur l'euthanasie réalisé pour la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Ces accusations remettent en cause l'intégrité de notre travail et nous devons y répliquer.

Il s'agirait, selon l'une des lettres, d'un sondage tendancieux. Or, le questionnaire a plutôt été construit dans les règles de l'art en s'assurant que les répondants pouvaient librement exprimer leur désaccord.

Les deux questions portant sur la légalisation de l'euthanasie demandaient aux répondants s'ils étaient favorables ou défavorables à cette hypothèse et non pas uniquement s'ils étaient d'accord, comme le laisse croire l'une des lettres. Nous avons pris soin, en début de questionnaire, de présenter une définition de l'euthanasie pour nous assurer que tous se prononcent sur le même concept.

Quelques éléments maintenant sur la taille de l'échantillon et le taux de participation au sondage. Avec 2025 répondants, ce sondage a une marge d'erreur de seulement 1,9 point de pourcentage, 19 fois sur 20. À taille d'échantillon égale, la marge d'erreur est même plus basse que si nous avions interrogé le grand public, car un facteur de correction de la marge d'erreur s'impose quand nous sondons une aussi grande proportion d'un univers, comme nous l'avons fait pour les médecins spécialistes du Québec.

Le taux de participation maintenant. Dans tous les sondages, on observe une certaine proportion de non-réponses, ce qui est normal. Ce qui est important n'est pas tant le taux de réponse, mais plutôt de savoir si les non-répondants au sondage ont un profil différent des répondants. Les critiques à l'égard du sondage assumaient que ces deux groupes étaient différents et leur promptitude à nous critiquer témoigne d'un manque de connaissance des principes statistiques. Il faut en effet savoir que le profil des non-répondants (au plan de l'âge, de sexe, de la langue maternelle) était tellement près des participants à l'étude que nous n'avons même pas eu à pondérer les résultats d'un côté ou de l'autre.

Tous les membres ont eu une chance égale de répondre à nos questions. Connaissant la disponibilité relative des spécialistes, nous avons stimulé la participation en donnant la chance aux répondants de répondre par le web ou par la poste (pour ceux dont on n'avait pas l'adresse courriel). Une lettre annonçant la tenue du sondage avait été envoyée par le président de la Fédération et une deuxième accompagnait la consultation. Une relance a été effectuée une fois le sondage lancé afin d'inciter les spécialistes à répondre.

Au contraire de nos détracteurs, nous sommes fiers du très bon taux de réponse obtenu auprès de ce groupe de professionnels.

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