

*Objection de conscience et aide médicale à mourir :
Une étude qualitative auprès de médecins québécois*

Présentation d'une étude financée par le CRSH

Isabelle Dumont

Co-chercheure

Professeure, École de travail social

Université du Québec à Montréal

dumont.isabelle@uqam.ca

Chercheur principal : Jocelyn Maclure, Professeur titulaire, Faculté de philosophie
Université Laval

Plan de présentation

1. Le projet de recherche et ses grandes lignes
2. Volet normatif: Légalisation de l'AMM et objection de conscience
3. Volet qualitatif :
 - 3.1 Devis, méthodologie et méthode d'analyses
 - 3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM
 - 3.3 Caractéristiques des participants et résultats

1. Le projet de recherche et ses grandes lignes

- Recherche qui repose sur un devis à deux composantes
 - Approche normative
 - Approche qualitative (celle abordée davantage aujourd'hui)
- Objectifs
 - d'un point de vue normatif:
 - Proposer une position qui concilie les droits des parties impliquées
 - D'un point de vue empirique (devis qualitatif complémentaire à l'approche normative), connaître :
 - les raisons, religieuses et séculières, justifiant l'opposition ou les réserves des médecins eu égard à l'AMM
 - les positions des médecins qui se prévalent de l'objection de conscience en ce qui a trait aux droits des patients

2. Volet normatif:

Légalisation de l'AMM et objection de conscience

- La plupart des États reconnaissent un droit à l'objection de conscience
 - « *Tout médecin qui exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement et qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser le directeur général de l'établissement ou toute autre personne qu'il désigne et lui transmettre le formulaire de demande d'aide médicale à mourir qui lui a été remis. Le directeur de l'établissement doit faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29.* » (réf: article 31 de la Loi)
- Le cadre législatif actuel prévoit explicitement le droit à l'objection de conscience des professionnels de la santé.
- Aucun médecin ne doit être contraint d'administrer une injection létale ou d'évaluer l'admissibilité d'un patient si cela va à l'encontre de sa conscience

2. Volet normatif:

Légalisation de l'AMM et objection de conscience

- Dans le préambule de la loi fédérale : engagement à « respecter les convictions personnelles des fournisseurs de soins de santé »
- *Loi concernant les soins de fin de vie* (adoptée par l'Assemblée nationale du Québec) énonce que : « un médecin peut refuser d'administrer l'aide médicale à mourir en raison de ses convictions personnelles et [qu'] un professionnel de la santé peut refuser de participer à son administration pour le même motif » (article 50).
- Droit toutefois contesté dans les écrits en éthique médicale et dans les débats de société (ex: Stahl, and Ezekiel, 2017; Savulescu and Schuklenk, 2017; Schuklenk and Smalling, 2016)
- L'étude que nous avons réalisée offre un point de vue différent.

3. Volet qualitatif :

3.1 Devis, méthodologie et méthode d'analyse

3.1 Devis, méthodologie et méthode d'analyse

Échantillon et recrutement (N=20)

- Le volet qualitatif de notre étude s'intéresse aux médecins qui, dans leur pratique, reçoivent des demandes d'aide médicale à mourir et qui s'y objectent ou qui ont des réserves sérieuses à leur égard.
 - Critères de sélection
 - être médecin reconnu par le système de santé québécois ;
 - être appelé, dans sa pratique, à recevoir des demandes d'AMM ou à évaluer l'éligibilité des patients ;
 - s'être prévalu ou prévoir se prévaloir du droit à l'objection de conscience
- Recrutement par réseau (un médecin nous donnant par exemple un contact avec un autre médecin) de novembre 2017 à mai 2018

3.1 Devis, méthodologie et méthode d'analyse

Collecte des données

- Étude qualitative de nature exploratoire et descriptive
- Entretiens individuels semi-structurés (≈ 1 h)
- Grille d'entrevues élaborée en étroite articulation avec le cadre théorique de cette recherche portant sur le sens et l'extension de la liberté de conscience (Maclure et Taylor, 2010)

Méthode d'analyses

- Analyse thématique en continu (Paillé et Mucchielli, 2016) réalisée à partir de la retranscription intégrale du contenu des entretiens

3. Volet qualitatif :

3.2 Caractéristiques des participants et attitudes et croyances par rapport à l'AMM de ceux-ci

Tableau 1

Caractéristiques des participants (N=20)

Caractéristiques		N=20	%
Sexe	féminin	12	60
	Masculin	8	40
Âge (ans)	Moyenne (étendue)	50 (25-74)	
Spécialité	Soins palliatifs	5	25
	Médecine de famille	8	40
	Autres	7	35
Années d'expérience	1-10	4	20
	11-20	5	25
	21-30	3	15
	31-40	8	40
Provenance	Montréal et les environs*	17	85
	Québec et Lévis	3	15
	Autres	2	10

**Environ de Montréal : Longueuil et Laval. Autres : Gatineau et Shawinigan.*

Autres spécialités : Médecine interne, chirurgie thoracique, santé publique et communautaire, anesthésiologie et soins intensifs, psychiatrie, endocrinologie, gériatrie

3.2. Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Pensent que tout acte causant la mort est répréhensible (9/20)

Admettent que c'est une question éthique difficile, leur pensée est en mouvement (6/20)

Pas opposés moralement à l'AMM mais se sentent incapables de l'administrer eux-mêmes (5/20)

Opposition principielle et catégorique

(sentiment de certitude quant au caractère inacceptable de toutes les formes d'euthanasie)

Ambivalence profonde

(ne souhaitent pas le faire mais reconnaissent la légitimité)

*Comme le reste de la société, les participants épousent des conceptions du monde et des schèmes de valeurs différents

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Opposition catégorique, fondée sur une objection de conscience forte et un sentiment de certitude quant au caractère inacceptable de toutes les formes d'euthanasie

« L'euthanasie c'est avant tout un meurtre. »

« Ça m'a tellement choqué qu'on puisse considérer ce geste comme normal, ou médical plutôt. Je me suis vraiment dit un moment donné, si j'avais su ça, je serais pas venu au Québec. C'est pour dire à quel point j'étais choqué. »

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Ambivalence, ne souhaite pas le faire, mais peut reconnaître la légitimité

« *Il faut que je vous dise que, malgré que moi, je ne veuille pas faire de l'AMM, je ne suis pas prête à m'opposer non plus à quelqu'un qui la réclame. Je respecte le droit des gens. Ils ont le droit légal de demander l'AMM. C'est leur vie. Si je me mets dans leurs chaussures, peut-être que je ferais cette demande-là pour moi-même aussi. Donc, je ne me vois pas du tout comme faisant obstacle à leur demande. »*

« *Je ne veux pas faire d'Aide médicale à mourir. Je suis grateful. J'ai de la gratitude pour les médecins qui veulent bien le faire parce que moi je ne suis pas prête à le faire. Puis ces patients-là, ils ont le droit à l'euthanasie. Donc, il faut qu'il y en ait des médecins pour le faire. »*

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

A peu près tous disent : cela serait plus honnête d'appeler cela « euthanasie »

« C'est l'euthanasie là, ça serait moins hypocrite »

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Sentiment de frustration et d'impuissance par rapport à l'évolution du débat public :

« [Le discours dominant]: 'ah non, ils ne veulent pas respecter le droit des gens, C'est pas correct, ils veulent faire souffrir les gens' ...Alors que ceux qui prônent ça, ils sont vus comme des héros. »

« Il faut dire que j'ai aussi un ami qui est très promoteur et très adversaire de cela. Il est spécialiste en soins palliatifs. C'est un être de lumière, vraiment là. Il s'est fait traiter de tous les noms quand il a pris la parole à la radio...puis j'entends des [gens], 'toi tu es une espèce de...', mais il n'est pas catholique du tout, il est aussi athée, autant que moi. Il se fait insulter, puis juste à voir comment les [gens] parlent des médecins qui sont contre, c'est comme 'c'est tous des cathos' ... c'est pour cela que moi ça me faisait du bien quelque part de venir vous voir. »

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Une minorité (5) ont des convictions religieuses influençant à des degrés différents leur évaluation de morale de l'AMM.

À noter toutefois que pour *tous* les participants qui ont déclaré avoir des croyances religieuses, l'opposition à l'AMM était *aussi* justifiée sur la base de raisons séculières.

« Moi, je dois dire, parmi les médecins que je côtoie, je ne connais pas de médecins qui ont une objection de conscience pour des raisons religieuses ou peut-être en ont-ils, mais ils ne le disent pas. »

« J'ai des convictions religieuses, mais ce n'est pas que ma foi ou mes croyances qui justifient ma position »

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Les *croyances et valeurs séculières* sont ainsi ressorties de façon nettement prédominante dans notre étude:

« je n'ai pas de raisons religieuses »

« J'suis pas religieux. J'suis né catholique, mais ça fait 50 ans ou plus que je ne suis pas allé dans une église là, c'est pas une question... »

« Je suis très, très, très athée! »

3.2 Attitudes et croyances des participants par rapport à l'AMM

Clivage au sujet du rôle du médecin dans l'administration de l'AMM en tant qu'acte 'médical' :

« L'aide médical à mourir, c'est une technique, on est rendu là, si la population veut ça, moi j'vois pas pourquoi ce serait les médecins qui feraient ça. Pas besoin d'un médecin pour ça. Qu'y ait des gens qui apprennent la technique, un peu comme y font en Suisse là, c'est pas intraveineux, mais c'est un peu le même principe. Ça devient des techniciens, y distribuent la médication, la personne la prend. C'est un geste technique. »

« Pour en arriver à en penser que ça va être une technique, ça me fait peur. Là, il n'y a plus de conscience. Il n'y a plus rien là. Il n'y a même pas un système d'accompagnement. Donc, ça...si un jour ça arrive, parce que ça peut arriver, moi je vais avoir peur. Il y a même des endroits dans le monde qui ont justement peur, les gens de ça. Ils portent dans leur porte-monnaie des : 'Do not kill me' parce qu'ils se disent : 'Si jamais je deviens vulnérable... ' .»

3.3 Résultats : 4 thèmes

- a) Finalité de la médecine et identité professionnelle
- b) Philosophie et pratique de la médecine palliative et allocation des ressources en soins palliatifs
- c) Paternalisme bienveillant, « bonne mort » et intérêts du soi futur
- d) Risque de la pente glissante et protection des personnes vulnérables

a) Finalités de la médecine et identité professionnelle

« On est formé pour sauver des vies, pas pour tuer . »

« Un médecin c'est là pour aider les gens, leur donner de l'espoir et travailler jusqu'à la fin de leur vie pour que la vie soit la meilleure possible. C'est ma conception de la médecine. »

« Au début, je voulais sauver mes patients. Maintenant je suis plus sage, je sais que mon rôle est surtout d'accompagner ».

b) Philosophie et pratique de la médecine palliative et allocation des ressources en soins palliatifs

Philosophie et pratique de la médecine palliative

« Je pense que si, comme médecin en soins palliatifs, j'accueille quelqu'un, eh bien moi, mes outils, ils sont assez puissants »

« J'ai jamais été confronté à une souffrance insoutenable que je ne pouvais pas contrôler. » [40 ans de pratique]

« [...] Je crois qu'on peut faire des choses extraordinaires en soins palliatifs, je pense que c'est une discipline qui est très complexe, [...] je pense que cela va se présenter en dichotomie : l'aide médicale à mourir et les soins palliatifs, et j'ai peur qu'il y ait des patients à qui on n'a pas offert la panoplie de services de soins palliatifs, je vois qu'on a encore beaucoup de progrès à faire comme société par rapport à la mort, à la connaissance de la mort [...] Et puis moi j'ai peur que ça [l'AMM] devienne la porte facile... »

b) Philosophie et pratique de la médecine palliative et allocation des ressources en soins palliatifs

Allocation des ressources en soins palliatifs

« On va mettre fin à votre vie parce que je n'ai pas les ressources [psychosociales] nécessaires pour vous aider. Je trouve ça inacceptable, je trouve ça horrible »

« Puis, alors qu'on doit développer des soins palliatifs. On doit donner accès aux soins palliatifs pour que les gens puissent exercer, que tout le monde puisse exercer, un réel choix dans les soins de fin de vie »

« Donc, on dit bon, eh bien on donne le choix aux patients, mais pour certains patients, dans certains endroits, eh bien le choix c'est entre souffrir sans avoir accès aux soins palliatifs ou avoir de l'aide médicale à mourir. Pour moi, ça ce n'est pas un choix véritable »

« L'Aide médicale à mourir, c'est comme un 'band aid'. »

c) Paternalisme bienveillant, « bonne mort » et intérêts du soi futur

Paternalisme bienveillant et intérêts du soi futur

« Que chaque individu est spécial, que sa vie, même si ce n'est plus la même vie que ce qu'ils ont vécu, elle vaut encore le coup de vivre. Que toutes les personnes autour de cette personne-là ont un vécu une expérience à avoir avec cette fin de vie, qui n'est pas facile, mais qui est encore pleine de sens, où on a encore beaucoup de choses à apprendre »

« La mort fait partie de la vie...c'est inclus, on ne peut pas avoir le contrôle sur tout. Moi je pense que l'évolution narcissique des Occidentaux de penser strictement à eux...cela a amené des choses positives, mais là je pense que c'est un chemin qui montre les côtés négatifs de l'individualité. »

c) Paternalisme bienveillant, « bonne mort » et intérêts du soi futur

La « bonne mort »

« Une vie sans souffrance ça n'existe pas. Il faut que tu affrontes la souffrance avec courage. »

« Les gens, ils changent d'idée. Tout d'un coup- là, un jour, ils se réveillent déprimés. Puis le lendemain, il y a quelque chose qui a changé dans leur vie puis qui redonne un sens à leur vie. Qu'est-ce qui me dit que dans une semaine ce patient-là il n'aurait pas envie de vivre ? Et moi, j'aurai enlevé cette vie. Je ne trouve pas ça acceptable. »

d) Risque de la pente glissante et protection des personnes vulnérables

« Parce qu'on parle d'un patient vulnérable et des plus vulnérables. Donc moi c'est ce que j'entends : «Ah bien les déments devraient être là-dedans. Les mineurs devraient être là-dedans. Eh bien là, pourquoi les gens psychiatriques ne sont pas là-dedans ? Finalement, toute personne avec une souffrance finit par dire: «Eh bien, moi aussi, pourquoi je suis exclue? Je devrais avoir le droit moi aussi.»

« Moi j'ai vu des choses pas très élégantes de patients mourants. J'ai vu des gens qui n'étaient même pas morts, puis la fille enlevait la bague de diamant pour ne pas que l'autre la prenne, tu sais, la famille elle est toujours présentée comme étant est soutenance... Mais la famille n'est pas toujours comme ça. »

« j'ai eu beaucoup de patients qui avait des dépressions qui n'étaient pas traitées, quand elles ont été traitées les choses ont changées. J'ai vu des patients aussi qui étaient mis dans des situations sociales très difficiles. »

Conclusion

En résumé, les résultats de cette étude montrent que :

- Des raisons séculières sérieuses et profondes, figurant vraisemblablement dans l'orbite de la liberté de conscience, motivent la décision d'un sous-ensemble des médecins québécois qui ne souhaitent pas intégrer l'AMM à leur pratique médicale
- La prise de parole des médecins qui s'opposent à l'AMM ou qui ont des réserves à son égard est l'une des conditions à un débat démocratique sage et éclairé sur le droit à l'AMM et à ses limites