

L'euthanasie et l'aide au suicide

Enquête sur la position des travailleurs sociaux du Québec

Valérie Chamberland, M.A. (travail social)

Volume 24, Number 1-2, Fall 2011, Spring 2012

L'aide médicale à mourir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1013083ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1013083ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Chamberland, V. (2011). L'euthanasie et l'aide au suicide : enquête sur la position des travailleurs sociaux du Québec. *Frontières*, 24(1-2), 36–44. <https://doi.org/10.7202/1013083ar>

Article abstract

This article presents a synthesis of a survey conducted on-line to learn about the perspective of social workers from Quebec regarding voluntary euthanasia (VE) and assisted suicide (AS). The results corroborate listed studies where social workers reports being in favor of both practices. The respondents, however, expressed a higher consideration for VE than for AS. They insist that appropriate care must be accessible to people in the first place. So if the VE or AS would be allowed by the law, the respondents wishes that criteria's would be put in place to set boundaries around those practices. The difficulties social workers encounter in their practice concerning the requests of VE or AS can be summarized by the difficulty to intervene in certain contexts of suffering and end of life.

Résumé

Cet article présente la synthèse d'une enquête en ligne, réalisée auprès des travailleurs sociaux du Québec afin de connaître leur position au sujet de l'euthanasie volontaire (EV) et de l'aide au suicide (AS). Les résultats abondent dans le sens des études répertoriées où les travailleurs sociaux se montrent favorables aux deux pratiques. Les répondants expriment toutefois une plus grande considération pour l'EV que pour l'AS. Ils insistent pour qu'on s'assure d'abord de soins appropriés et accessibles aux personnes. Dans l'éventualité où l'EV ou l'AS seraient permises par la loi, les répondants souhaitent que des critères d'encadrement de ces pratiques soient mis en place. Les difficultés qu'ils identifient, en lien avec les demandes d'EV ou d'AS des personnes, se résument en la difficulté d'intervenir dans certains contextes de souffrances et de fin de vie.

Mots clés : *travailleurs sociaux – euthanasie volontaire – aide au suicide – enquête – Québec.*

Abstract

This article presents a synthesis of a survey conducted on-line to learn about the perspective of social workers from Quebec regarding voluntary euthanasia (VE) and assisted suicide (AS). The results corroborate listed studies where social workers reports being in favor of both practices. The respondents, however, expressed a higher consideration for VE than for AS. They insist that appropriate care must be accessible to people in the first place. So if the VE or AS would be allowed by the law, the respondents wishes that criteria's would be put in place to set boundaries around those practices. The difficulties social workers encounter in their practice concerning the requests of VE or AS can be summarized by the difficulty to intervene in certain contexts of suffering and end of life.

Keywords : *social workers – voluntary euthanasia – assisted suicide – survey – Québec.*

L'euthanasie et l'aide au suicide

Enquête sur la position des travailleurs sociaux du Québec

Valérie Chamberland, M.A. (travail social),
Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques
sociales, Université du Québec à Montréal.

La population est régulièrement sondée au sujet de l'euthanasie ou de l'aide au suicide. (Léger Marketing–*Le Devoir*, 2010; Breton, 2009; Handfield, 2009; Gallup, 2002) Ces dernières années, les médecins se sont prononcés publiquement sur la question (FMOQ, 2009; FMSQ, 2009; CMQ, 2008) et d'autres groupes ont amorcé ou intensifié leurs réflexions sur ce sujet (AFEAS, 2009, et depuis notre étude¹: Barreau du Québec, 2010; CNQ, 2010).

Mais qu'en est-il de la position des travailleurs sociaux du Québec au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide? Ces professionnels intervenant tant au niveau social qu'individuel font certainement une lecture particulière de ce sujet, des contextes et des personnes qui formulent des demandes, du fait de leur formation et de leur expérience spécifique. De plus, ils accompagnent notamment des personnes en fin de vie ou gravement atteintes par la maladie ou un handicap. Ont-ils déjà reçu

des demandes de la part de ces personnes pour une aide à mourir? De quelles ressources disposent-ils pour les aider dans leurs réflexions et dans leurs interventions sur cette question? Quelles sont les difficultés rencontrées en lien avec ces demandes? C'est à toutes ces questions que l'étude ici présentée, et réalisée dans le cadre de ma maîtrise en travail social à l'UQAM, s'est efforcée de répondre.

Les définitions de l'euthanasie et du suicide assisté auxquelles se réfère cette étude sont celles formulées par le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, dans son rapport de 1995. Le suicide est défini comme « [l]e fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux » (Sénat du Canada, 1995: 15). Quant à l'euthanasie volontaire, elle est un « [a]cte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances » et qui est « [e]ffectué conformément aux vœux d'une personne capable ou selon une directive

préalable valide » (Sénat du Canada, 1995: 15). L'acte est qualifié d'involontaire s'il est « [e]ffectué à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalable valide ». Il est considéré comme non volontaire s'il est « [e]ffectué sans que soient connus les vœux d'une personne capable ou d'une personne incapable ». Enfin, il est perçu comme volontaire s'il est « [e]ffectué conformément aux vœux d'une personne capable ou selon une directive préalable valide » (Sénat du Canada, 1995: 14).

La nuance entre les deux gestes réside dans le fait que dans le cas de l'aide au suicide, on contribue à la mort de quelqu'un alors que pour celui de l'euthanasie, on provoque directement la mort. Précisons que notre questionnement s'intéresse uniquement à l'aide au suicide et à l'euthanasie volontaire.

LES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET LA « BONNE MORT »

Au sens étymologique, l'euthanasie est une « mort douce » ou une « bonne mort ». Ainsi, nous avons d'abord identifié les principaux éléments qui animent et encadrent la pratique du travail social. Puis nous avons réfléchi aux façons de favoriser une bonne mort en lien avec cette pratique professionnelle.

LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Globalement, les activités professionnelles des travailleurs sociaux consistent : à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes en contexte de relations humaines. Ils utilisent, à cet effet, des théories du comportement et des systèmes sociaux. Leurs activités professionnelles se situent ainsi au point de jonction entre les personnes et leur environnement (OPTSQ, 2007a, p. 15).

Le titre de travailleur social est réservé. Les professionnels qui portent ce titre sont membres en règle de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ). L'Ordre a le mandat de contrôler l'exercice de la profession afin de protéger le public (OPTSQ, 2006). Par cette adhésion, les travailleurs sociaux s'engagent à respecter les obligations liées à leur code de déontologie tels que :

- tenir compte de l'ensemble des conséquences possibles de leurs interventions sur les personnes, groupes et communautés auprès desquels ils interviennent;
- reconnaître les limites de leurs compétences professionnelles;

- respecter les valeurs et les croyances des acteurs concernés;
- agir avec diligence, disponibilité, intégrité et objectivité;
- donner l'information nécessaire pour que les acteurs touchés par leurs interventions puissent prendre des décisions éclairées concernant la nature, la durée, l'intensité de l'aide qu'ils peuvent apporter ainsi que sur les particularités de leur mandat;
- donner clairement et judicieusement leur opinion au sujet de la situation traitée (Brodeur et Berteau, 2007, p. 251).

En plus du Code de déontologie, le *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* (OPTSQ, 2006) identifie et définit, à l'aide de composantes, 10 compétences professionnelles et 18 compétences personnelles que le travailleur social doit démontrer ou manifester dans l'exercice de sa profession et les connaissances qu'il doit posséder. La pratique du travail social est aussi encadrée par : le Code des professions (L.R.Q., c. D-26), concernant les « obligations relatives au secret professionnel, aux actes dérogatoires à la dignité de la profession, ainsi qu'aux fausses représentations » (OPTSQ, 2007b: 13), le Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation, les normes de pratique professionnelles des travailleurs sociaux et les normes pour la tenue des dossiers. Aussi, la pratique du travail social est encadrée par différentes lois telles que : la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) (et les codes d'éthique de chaque établissement offrant des services de santé ou des services sociaux), la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001) et, bien sûr, toutes les lois s'adressant à l'ensemble des citoyens (OPTSQ, 2007b; Brodeur et Berteau, 2007).

Toutefois, ces documents visent à éclairer et à guider les professionnels dans un cadre général. De ce fait, ils comportent la limite d'être parfois rigides et imprécis dans le cas de situations particulières et ambiguës pouvant conduire à des dilemmes éthiques. Les travailleurs sociaux peuvent alors se référer au guide de délibération éthique (OPTSQ, 2007b) mis à leur disposition ou obtenir un avis professionnel de leur ordre.

Au cœur du dilemme éthique interviennent les valeurs et principes professionnels qui inspirent les travailleurs sociaux dans leur pratique. Le *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* (OPTSQ, 2006: 15) identifie entre autres : « Le respect de la dignité de

tout être humain; Le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination » (OPTSQ, 2006: 15).

McDermott définit l'autodétermination comme suit : « *the making of one's own, choices and decisions, as opposed to submission to those made by others* » (McDermott, 1975: 127). Wesley (1996) identifie l'autodétermination comme étant la valeur suprême de la pratique du travail social, puisque dans une société, les valeurs et les croyances peuvent être très différentes. Cependant, le principe d'autodétermination comporte des écueils importants pour le travailleur social. Rothman (1989) en identifie quatre, soit la capacité du client à prendre des décisions, les contraintes externes (légales, structurelles ou contextuelles, par exemple), la primauté d'autres valeurs selon le contexte et des considérations professionnelles en concurrence (contrôle social vs humanisme, par exemple)².

Pour Fortin, un enjeu éthique majeur auquel le travailleur social doit faire face dans sa pratique est l'autonomie. Il illustre sa position en précisant :

[...] bien souvent, à cause de l'informatisation du travail social, des exigences de l'efficacité de la production médiatisée par la standardisation des réponses et des traitements à donner, la plupart du temps conçues par d'autres personnes qu'eux-mêmes, les travailleurs sociaux se retrouvent dépossédés de leurs moyens d'intervention, bref de leur autonomie (Fortin, 2003, p. 91).

Ainsi, les travailleurs sociaux, par leurs activités professionnelles, leurs obligations, leurs compétences, leur cadre normatif, leurs valeurs et le contexte de travail dans lequel s'insère leur profession, apportent une contribution bien spécifique aux personnes et à leur milieu ou leur collectivité. Qu'en est-il de leur contribution à une bonne mort ?

LES SOINS PALLIATIFS ET LA PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS

Une première façon de favoriser une bonne mort est le recours aux soins palliatifs. Ces soins sont proposés notamment aux personnes en fin de vie ou gravement atteintes par une maladie.

À l'origine, les soins palliatifs avaient été prévus pour répondre aux besoins de personnes en fin de vie ou atteintes de maladies incurables selon une approche globale de la personne. Ainsi;

les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, atténuent la douleur et les autres symptômes, intègrent les

aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux usagers de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort (Définition de l'OMS citée dans Québec, 2004, p. 7).

Aujourd'hui, les soins palliatifs sont souvent offerts plus tôt dans le processus de la maladie, c'est-à-dire avant la fin des traitements curatifs. On ne les utilise plus uniquement pour « pallier » les soins curatifs, mais aussi pour les « compléter ». En conséquence, on utilise de plus en plus l'appellation de « soins de confort », plutôt que celle de « soins palliatifs ». Les soins palliatifs visent également les proches des usagers, « surtout en matière de soutien et d'accompagnement psychosocial, dans toutes les phases de la maladie et du deuil » (Québec, 2004 : 17). Ces soins sont principalement offerts, à domicile, dans les centres hospitaliers, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans les maisons de soins palliatifs (Québec, 2004).

Le rôle des travailleurs sociaux y est : d'accompagner et de soutenir les usagers ainsi que leurs proches, de les orienter vers des ressources professionnelles, communautaires et bénévoles appropriées et d'assurer des activités de soutien telles que l'aide à la préparation de testament et de mandat. On leur demande de travailler en équipe interdisciplinaire et ils peuvent avoir une fonction de coordination des soins palliatifs dans un réseau local. Ce poste consiste à agir comme personne-ressource pour l'utilisateur et ses proches afin de s'assurer que ces personnes « reçoivent les services appropriés à leurs besoins et à leurs choix » (Québec, 2004). La *Politique en soins palliatifs de fin de vie* prévoit que ce poste pourra être occupé par un infirmier ou un travailleur social puisque la « profession de la personne [...] qui occupe cette fonction centrale importe moins que son expertise et sa reconnaissance par le milieu » (Québec, 2004 : 59).

Il y a, par cette approche des soins palliatifs, des fins de vie qui sont améliorées de façon extraordinaire. Toutefois, malgré toute la bonne volonté et les efforts des gens qui y travaillent, on estime que seulement 5 % des personnes en fin de vie ont accès à ces soins (Sénat du Canada, 1995, 2000). Le Sénat du Canada, en se penchant sur la question des soins de fin de vie conclut que « [n]otre système de santé semble accorder peu d'importance aux appels en faveur de soins de fin de vie prodigués avec plus de compassion et d'une manière plus cohérente et complète » (Sénat du Canada, 2000 : 1). Ainsi, l'offre de services en matière de soins palliatifs, présente plusieurs lacunes. En effet,

selon la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* ces services « se développent sans égard au rythme d'augmentation des besoins, sans vision d'ensemble et dans des environnements peu structurés » (Québec, 2004 : 25). On estime aussi qu'il y a un petit pourcentage, autour de 5 % des patients, dont on ne peut atténuer la douleur. D'autres personnes soutiennent que les soins palliatifs ne conviennent pas à toutes les personnes (Sénat du Canada, 1995).

Une autre façon de favoriser une bonne mort et dans laquelle les travailleurs sociaux sont impliqués est la *planification préalable des soins* qui consiste en un processus de réflexion et de communication menant une personne apte à donner ses instructions concernant ses soins de santé en prévision de son inaptitude. (Canada, 2006a) Cette démarche peut donc aider à améliorer la fin de vie en respectant les volontés exprimées d'une personne. Par contre, le problème que posent certaines situations de fin de vie ne peut être solutionné par une planification préalable.

Ainsi, on retrouve de grandes forces dans ces deux voies pour favoriser une bonne mort, mais aussi des limites qui sont à considérer et qui nous amènent à explorer la question de l'euthanasie et de l'aide au suicide comme une troisième voie pouvant favoriser une bonne mort.

LITTÉRATURE SUR LA POSITION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX AU SUJET DE L'EUTHANASIE ET DE L'AIDE AU SUICIDE

Les études au sujet des travailleurs sociaux et de l'euthanasie et/ou de l'aide au suicide sont peu nombreuses. Nous avons répertorié une seule étude canadienne portant sur notre sujet. Il s'agit de l'enquête d'Ogden et Young « Euthanasia and Assisted Suicide: A Survey of Registered Social Workers in British Columbia » et publiée en 1998. Réalisée auprès de travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique, cette étude révélait entre autres qu'une majorité de travailleurs sociaux ne considèrent pas que l'euthanasie volontaire est contraire à la morale. Les trois quarts des participants se disaient en faveur de modifier la loi pour que l'euthanasie volontaire et l'aide au suicide soient permises et une majorité d'entre eux souhaitaient être impliqués dans le développement de politiques sociales au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide. De plus, 40 % des travailleurs sociaux qui travaillaient dans le milieu médical mentionnaient que des patients les avaient déjà consultés à propos de l'euthanasie et/ou de l'aide au suicide.

Parmi les études recensées, celles qui traitent directement de la position des travailleurs sociaux sur la question de l'euthanasie et de l'aide au suicide (Van De Kreeke, 1998 ; Ogden et Young, 1998 ; Young, 2006) démontrent que les travailleurs sociaux sont majoritairement favorables aux deux pratiques. Les études qui séparaient les deux pratiques ont démontré dans un cas (Ogden et Young, 1998), un plus large appui des travailleurs sociaux à l'aide au suicide qu'à l'euthanasie et dans l'autre cas (Young, 2006), autant d'appui pour l'euthanasie volontaire que pour l'aide au suicide. L'étude portant uniquement sur l'aide au suicide (Manetta et Wells, 2001) a démontré autant d'appui que d'opposition pour cette pratique auprès de la part des travailleurs sociaux. Une étude portant sur les facteurs d'appui (*determinants of willingness*) à l'aide au suicide a été effectuée à la fois auprès de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux. On y révèle que de ces trois groupes de professionnels, ce sont les travailleurs sociaux qui démontrent le plus d'appui pour cette pratique (44,6 %

DEPUIS SES DÉBUTS EN 1994

ET JUSQU'AU MOMENT

DU DÉPÔT DE NOTRE RAPPORT

DE RECHERCHE, IL SEMBLE

QUE L'ORDRE NE SE SOIT PAS

POSITIONNÉ OFFICIELLEMENT

SUR LA QUESTION

DE L'EUTHANASIE

ET DE L'AIDE AU SUICIDE

vs 36,7 % pour les médecins et 34,0 % pour les infirmières) (Portenoy *et al.*, 1997).

Ainsi, ces études nous portent à croire que les travailleurs sociaux sont plutôt favorables aux pratiques d'euthanasie et d'aide au suicide.

Quant aux regroupements, ordres ou associations de travailleurs sociaux canadiens et québécois, il faut reculer jusqu'en 1995 pour trouver un document traitant de leur position sur le sujet. À l'occasion du comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, l'Association canadienne de travail social (ACTS), présentait un mémoire. L'Association ne prenait pas position mais invitait à entamer une réflexion, un débat sur la question et à

effectuer plus de recherches sur le sujet. (ACTS, 1994).

À cette même occasion, la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec (CPTSQ) qui deviendra l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), émettait sa position face à l'euthanasie et au suicide assisté. On y recommandait de maintenir l'actuelle loi criminalisant l'euthanasie mais on privilégiait une décriminalisation de l'aide au suicide. La CPTSQ fondait ses recommandations sur la notion de responsabilité des parties impliquées. Elle soulignait à ce propos que dans le cas de l'euthanasie la responsabilité finale de poser le geste revient à l'intervenant. Alors que dans le cas du suicide assisté la responsabilité finale de poser le geste revient à la personne malade. (CPTSQ, 1994)

La CPTSQ mentionnait qu'elle voulait contribuer au débat concernant l'euthanasie et l'aide au suicide en soulignant à la fois sa pertinence et ses inquiétudes quant à certains enjeux :

[...] les travailleurs sociaux sont confrontés dans leur pratique professionnelle aux questions fondamentales posées par la souffrance humaine : sens de la douleur et de la mort, droit des humains à la dignité jusque dans la mort, respect de l'autodétermination des personnes malades et mourantes. [...] Ils reçoivent aussi les confidences de leurs clients leur demandant, explicitement ou implicitement, de l'aide pour mettre fin à leurs souffrances. Par ailleurs, comme citoyens, les travailleurs sociaux sont concernés par les implications économiques des soins de santé de haute technologie, par les coûts de plus en plus élevés de traitements et d'équipement sophistiqués, par la surspécialisation et par la déshumanisation des soins (CPTSQ, 1994, p. 2).

Depuis ses débuts en 1994 et jusqu'au moment du dépôt de notre rapport de recherche, il semble que l'Ordre ne se soit pas positionné officiellement sur la question de l'euthanasie et de l'aide au suicide⁵. Par ailleurs, suite au dépôt de son projet de loi C-407, sur le droit de mourir dignement, la députée Francine Lalonde avait organisé une rencontre d'information. Le président de l'Ordre, monsieur Claude Leblond, y était présent et il a pris la parole pour mentionner que « [...] l'Ordre est très sympathique aux démarches entreprises par Francine Lalonde et il s'est engagé à faire en sorte que les membres de l'Ordre

soient tenus informés de l'évolution du dossier » (Bureau, 2006 : 19).

MÉTHODE

Nous souhaitions connaître la position des travailleurs sociaux au sujet de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Nous voulions dégager une tendance et c'est pourquoi nous avons favorisé une large participation et privilégié un questionnaire en ligne, auto-administré et comportant une majorité de questions fermées. L'étude canadienne réalisée par Ogden et Young (1998) rassemblait la plupart des questions que nous souhaitions aborder dans notre enquête. De plus, elle pouvait nous servir de base comparative dans le temps, puisque leur étude s'était déroulée plus de dix ans auparavant. Aussi, elle nous permettait de comparer les réponses des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique avec ceux du Québec. Avec l'autorisation de Russel Ogden, nous avons essentiellement traduit, adapté et bonifié le questionnaire élaboré et utilisé par le chercheur.

Le questionnaire de 28 questions comprenait 26 questions fermées et 2 questions ouvertes. Il présentait, en outre, des définitions de l'euthanasie volontaire et de l'aide au suicide. Parmi les questions fermées, se trouvaient neuf questions démographiques. Douze questions fermées portaient sur les valeurs des travailleurs sociaux en lien avec l'euthanasie et l'aide au suicide, deux questions portaient sur leurs ressources et trois questions portaient sur leurs expériences quant à ces sujets. L'une des deux questions ouvertes portait sur les difficultés que les travailleurs sociaux identifiaient dans leurs pratiques en lien avec l'euthanasie et l'aide au suicide. La seconde question ouverte invitait les répondants à faire part de leurs commentaires et réflexions sur l'euthanasie et l'aide au suicide. Le questionnaire s'adressait aux travailleurs sociaux du Québec ayant une adresse courriel connue. L'invitation des travailleurs sociaux à participer à la recherche s'est faite par courriel et en collaboration avec l'OTSTCFQ, ce qui nous a permis de rejoindre 5060 travailleurs sociaux.

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel SEMATO-sondage, puis traitées avec le logiciel SPSS, fréquemment utilisé dans le cadre de recherches quantitatives. Les données des questions ouvertes ont été codifiées, catégorisées et analysées à l'aide d'un logiciel de traitement de texte uniquement. La collecte de données a été effectuée entre le 16 mai et le 16 juin 2008.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Ayant obtenu un échantillon de volontaires, notre étude portait un

biais quant à sa représentativité et à la généralisation des résultats. En effet, Delory et De Ketele nous disent que : « Par le fait même de se porter volontaires, ces sujets présentent des caractéristiques qui peuvent les différencier des autres individus de la population cible (motivation, curiosité, besoin de reconnaissance, tendance à l'exhibition, etc.) » (Delory et De Ketele, 2003 : 83). Afin de vérifier la représentativité de l'échantillon obtenu, nous avons comparé les caractéristiques de la population à l'étude avec celles de l'échantillon par un test d'adéquation entre les données théoriques (OTSTCFQ) et les données observées (échantillon) selon l'équation suivante :

$$khi\text{-deux} = \text{Somme } ([\text{Observé} - \text{Théorique}]^2 / \text{Théorique})$$

Le test d'adéquation a été réalisé avec deux variables, soit le sexe et l'âge. L'OTSTCFQ regroupe deux professions, soit celle de travailleur social et celle de thérapeute conjugal et familial. Les professionnels qui en sont membres peuvent donc être des personnes qui exercent l'une ou l'autre de ces professions ou les deux à la fois. Puisque notre étude s'intéresse uniquement aux travailleurs sociaux, il nous fallait obtenir des informations exclusivement sur ce groupe de professionnel. Ainsi, concernant la variable sexe, nous avons utilisé les données fournies par l'OTSTCFQ qui n'incluaient que les travailleurs sociaux. Nous avons alors obtenu $p = 0,249$; on ne peut donc démontrer que nos données se distribuent de façon différente de celles de l'OTSTCFQ. Par contre, concernant la variable âge, nous n'avons pu utiliser que des données regroupant l'ensemble des membres de l'Ordre. Nous avons ainsi obtenu un $p = 0,000$. Conséquemment, et bien que ce dernier calcul ait été effectué avec des données moins précises, il nous indique qu'on ne peut démontrer que la distribution de nos données est conforme à la distribution de ces mêmes données dans la population, ici les membres de l'OTSTCFQ ayant le statut de travailleurs sociaux ou à la fois de travailleurs sociaux et de thérapeutes conjugaux et familiaux.

La seconde limite que nous pouvons identifier est celle du taux de participation. La seule étude recensée sur le sujet s'étant déroulée dans un contexte particulier lié à l'actualité et dans une autre province (Ogden et Young, 1998), il était difficile de prévoir comment notre étude serait accueillie par les travailleurs sociaux du Québec. Leur intérêt et leur motivation à répondre à notre questionnaire nous étaient inconnus, ainsi que leur disponibilité pour compléter l'étude et leur accès à leurs courriels. Une consultation auprès

de la directrice générale et secrétaire de l'OTSTCFQ, Ghislaine Brosseau, nous a révélé que le taux de participation obtenu lors de leur propre enquête en ligne réalisée auprès de travailleurs sociaux travaillant dans les Centres de santé et de services sociaux était d'environ 10 %. Nous nous attendions donc à obtenir un résultat au moins similaire.

RÉSULTATS

Nous avons obtenu un taux de réponse appréciable de 11,4 %, ce qui nous a permis de traiter et d'analyser un total de 576 questionnaires.

PROFIL DES RÉPONDANTS

L'échantillon se compose en majorité de femmes (84 %), les participants sont surtout âgés entre 25 et 45 ans (62 %), ils possèdent un baccalauréat en travail social (74 %) et se disent catholiques (70 %), bien que 66 % nous ont dit être non pratiquants ou très peu pratiquants. Plus de la moitié (51 %) d'entre eux travaillent en Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les milieux de pratique comptant le plus de participants sont la santé mentale (20 %), le travail auprès des personnes âgées (14 %) et la protection de l'enfance (10 %). En outre, 55 % des travailleurs sociaux ayant participé à notre étude comptent 10 ans ou moins d'années de pratique du travail social.

RÉSULTATS AUX QUESTIONS FERMÉES

Nous avons demandé aux participants s'ils trouvaient que l'aide au suicide (AS) et l'euthanasie volontaire (EV) étaient des gestes immoraux. Une majorité d'entre eux ont indiqué qu'ils ne trouvaient pas ces gestes immoraux. En voulant comprendre ce qui influençait nos répondants dans leur décision de considérer l'euthanasie ou l'aide au suicide comme des pratiques

TABLEAU 1
ATTITUDES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX CONCERNANT LA MORALITÉ DE L'EUTHANASIE VOLONTAIRE ET DE L'AIDE AU SUICIDE (Q10)

Variable	Nos données		O & Y*	
	N	%	N	%
L'AS** est un geste immoral.				
oui	97	16,8	70	13,5
non	357	62,0	391	75,5
indécis-e	122	21,2	57	11,0
TOTAL	576	100,0	518	100,0
L'EV est un geste immoral.				
oui	59	10,3	78	15,0
non	413	71,8	377	72,6
indécis-e	103	17,9	64	12,3
TOTAL	575	100,0	519	99,9

* Données tirées d'Ogden et Young (1998). Ogden et Young présentaient le pourcentage de leurs résultats en incluant les données manquantes. Puisque nous avons fait le choix d'exclure ces données, nous avons refait les calculs de pourcentage selon les N de leur étude, et ce, pour l'ensemble des données d'Ogden et Young présentées dans l'article.

** Notez que pour l'ensemble des tableaux présentés, le sigle AS signifie *aide au suicide* et EV signifie *euthanasie volontaire*.

indiqué un faible degré de pratique religieuse mentionnaient aussi que ces gestes n'étaient pas immoraux (voir le tableau 1).

Quatre questions portaient sur la dépénalisation de l'euthanasie volontaire ou de l'aide au suicide. L'une d'elles demandait si l'euthanasie volontaire ou l'aide au suicide devraient être permises par nos lois dans certaines circonstances. Soixante-quatorze pour cent des répondants trouvent qu'on devrait permettre l'aide au suicide et 83 % l'euthanasie volontaire. Les répondants se sont donc montrés en faveur des deux pratiques avec une plus grande considération pour l'euthanasie volontaire. Une autre de ces questions était : « Selon vous, est-ce que nos lois devraient être modifiées de façon à permettre à un médecin de prendre des mesures actives entraînant la mort d'un client/patient

respectés par le médecin. Selon la loi (des Pays-Bas, qui permet l'euthanasie) relative au contrôle de l'interruption de la vie pratiquée sur demande et de l'aide au suicide, ces critères de rigueur sont les suivants : « Le médecin [...]

- [...] doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie ;
- il doit avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
- il doit avoir informé le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes ;
- il doit avoir acquis, avec le patient, la conviction qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable dans la situation où se trouve le patient ;
- il doit avoir consulté au moins un autre médecin indépendant qui, ayant vu le patient, s'est exprimé par écrit sur le respect des 4 critères de rigueur énoncés précédemment ;
- il doit avoir pratiqué l'interruption de la vie ou donné l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise. » (Pays-Bas, 2001) (voir le tableau 2).

En outre, 13 % des participants ont dit qu'un client/patient les avait déjà consulté au sujet de l'aide au suicide et 14 % à propos de l'euthanasie volontaire. Il s'agit donc d'un sujet qui est déjà abordé auprès de ces professionnels. Si quelques personnes semblent avoir joué un rôle actif en disant avoir porté assistance à la mort d'un client/patient, il est cependant assez troublant de constater que près de 2 % des

NOUS AVONS DEMANDÉ AUX PARTICIPANTS S'ILS TROUVAIENT QUE L'AIDE AU SUICIDE (AS) ET L'EUTHANASIE VOLONTAIRE (EV) ÉTAIENT DES GESTES IMMORAUX. UNE MAJORITÉ D'ENTRE EUX ONT INDICÉ QU'ILS NE TROUVAIENT PAS CES GESTES IMMORAUX.

immorales, nous avons croisé cette question avec d'autres variables telles que l'âge, le sexe, le milieu de pratique, la scolarité et l'affiliation religieuse. Ce croisement nous a révélé que c'est le degré de pratique religieuse qui a le plus d'impact. Ainsi, plus les gens indiquaient un fort degré de pratique religieuse, plus ils trouvaient ces gestes immoraux et, à l'inverse, ceux qui avaient

dans certaines circonstances ? » et 86 % des répondants se sont montrés en faveur de ce scénario (voir le tableau 2).

Quatre-vingt-un pour cent des répondants trouvent également que ce serait une bonne chose si la situation des Pays-Bas existait au Canada, en ce qui a trait aux critères de rigueur qui doivent être

TABLEAU 2

ATTITUDES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX CONCERNANT LA LÉGALISATION DE L'EUTHANASIE VOLONTAIRE ET DE L'AIDE AU SUICIDE (Q13, 14, 16)

Variable	Nos données		O & Y*	
	N	%	N	%
L'AS dans certaines circonstances.				
oui	426	74,2	412	79,4
non	85	14,8	70	13,5
indécis-e	63	11,0	37	7,1
TOTAL	574	100,0	519	100
L'EV dans certaines circonstances.				
oui	475	82,8	400	77,2
non	40	7,0	74	14,3
indécis-e	59	10,3	44	8,5
TOTAL	574	100,0	518	100
Permettre à un médecin des mesures entraînant la mort d'un patient, dans certaines circonstances.				
oui dans certaines circonstances bien définies	491	86,3	404	77,4
non	51	9,0	78	14,9
ne sait pas	27	4,7	40	7,7
TOTAL	569	100,0	522	100,0
Adopter au Canada la situation des Pays-Bas.				
oui	463	80,7	345	66,1
non	38	6,6	86	16,5
ne sait pas	73	12,7	91	17,4
TOTAL	574	100,0	522	100,0

* Données tirées d'Ogden et Young (1998).

participants sont incertains de l'avoir fait (voir le tableau 3).

RÉSULTATS AUX QUESTIONS OUVERTES

Si les répondants se sont montrés en faveur de l'euthanasie volontaire et de l'aide au suicide, 60 % d'entre eux nous ont fait part de leurs commentaires à la fin du questionnaire pour ajouter ou pour nuancer leurs réponses. Ils nous ont particulièrement fait part des critères d'encadrement qu'ils suggèrent dans l'éventualité où ces pratiques seraient permises et de leur opinion sur le fait de permettre l'euthanasie volontaire et/ou l'aide au suicide.

En amont, les travailleurs sociaux voudraient qu'on documente ces pratiques, qu'on réfléchisse aux services à offrir en soins palliatifs et en soins à domicile et sur l'accès à ces soins, qu'on s'assure que les patients reçoivent les meilleurs traitements possibles pour la gestion de leurs douleurs. Concernant l'état de la personne qui, selon eux, rend une demande acceptable,

on retrouve des éléments tels que : avoir une souffrance importante, voire insoutenable, qui ne peut être soulagée, avoir une maladie incurable ou encore être en phase terminale. Des participants insistent pour que la demande d'euthanasie ou d'aide au suicide soit faite par la personne même, qu'elle soit mûrement réfléchie et faite de façon libre et éclairée. Ils souhaitent en outre que soient établis des critères stricts et bien balisés concernant l'éthique, l'admissibilité des personnes et les pratiques. Certains mentionnent en exemple des directives claires, une pratique encadrée et des conditions contrôlées. Plusieurs participants suggèrent un accompagnement médical et psychosocial à la prise de décision allant possiblement jusqu'à un accompagnement vers la mort. On insiste pour que la décision finale revienne uniquement à la personne et qu'elle soit libre de toute influence. Pour ce faire, on recommande d'investiguer les motivations de la personne afin de vérifier si certains problèmes pourraient encore être traités. Aussi, on

suggère qu'un comité ou groupe de personnes fasse le suivi des évaluations et donne l'accord final. Certains confieraient ce rôle à un comité d'éthique, d'autres, à un comité de personnes qualifiées, ou à l'équipe de soins.

Quant à l'opinion des répondants sur le fait de permettre l'euthanasie volontaire et/ou l'aide au suicide, certains mentionnent qu'ils préfèrent l'euthanasie volontaire à l'aide au suicide. Ils voient l'euthanasie davantage comme un acte médical qui serait posé par un professionnel et non par la personne elle-même ou par un membre de la famille qui devrait par la suite vivre avec son geste, alors que l'aide au suicide est vue comme un geste solitaire et une orientation en contradiction avec la prévention du suicide et la philosophie des soins palliatifs. Ces précisions des répondants mettent en lumière toute l'importance du choix des termes puisqu'on voit ici qu'ils ont une influence sur la position que les gens vont adopter.

Une autre des questions ouvertes de la recherche visait à savoir si, au cours de leurs années de pratique du travail social, les répondants avaient rencontré des difficultés en lien avec une ou des demandes d'euthanasie ou d'aide au suicide. Nous leur demandions de nous décrire les faits en cause et de nous parler de ce qu'ils identifient comme étant des difficultés. Soixante-dix-sept personnes, soit 13 % de notre échantillon ont répondu à cette question. Nous ne saurions considérer la représentativité de ces réponses, mais elles nous renseignent indéniablement sur les difficultés des travailleurs sociaux en lien avec l'euthanasie volontaire ou l'aide au suicide.

Les personnes qui ont mentionné avoir rencontré des difficultés en lien avec une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide nous informent que les personnes leur ayant fait ce type de demandes sont : des personnes ayant des maladies incurables, chroniques, dégénératives, évolutives ou invalidantes, telles que la sclérose en plaques, le cancer ou une maladie néoplasique. On parle en outre de malades cardiaques, de blessés médullaires, d'une personne très âgée qui n'a plus d'autonomie fonctionnelle et d'une personne limitée physiquement par une tentative de suicide.

Les demandes sont faites dans les contextes suivants : des patients se retrouvent dans une condition d'invalidité, ils vivent une souffrance mentale liée à la conscience de la détérioration de leur état, ils refusent de vivre ce que leur condition impose, ils constatent une impossibilité à modifier leur qualité de vie ou leur mal de vivre, ils vivent une grande souffrance,

TABLEAU 3

LES EXPÉRIENCES DES TRAVAILLEURS SOCIAUX CONCERNANT LA CONFRONTATION DE LA QUESTION AVEC UN CLIENT/PATIENT (Q23, 24)

Variable	Nos données		O & Y*	
	N	%	N	%
Un client/patient vous a consulté à propos de l'AS.				
oui	76	13,3	114	22,1
non	490	85,8	393	76,2
indécis-e	5	,9	9	1,7
TOTAL	571	100,0	516	100,0
Un client/patient vous a consulté à propos de l'EV.				
oui	82	14,4	113	21,9
non	481	84,2	397	76,9
indécis-e	8	1,4	6	1,2
TOTAL	571	100	516	100,0
Vous avez apporté votre assistance à la mort d'un client/patient.				
oui, par euthanasie	3	0,5	6	1,1
oui, par aide au suicide	0	0	0	0
non	558	97,6	504	96,2
incertain-e	11	1,9	14	2,7
TOTAL	572	100,0	524	100,0

* Données tirées d'Ogden et Young (1998).

ils refusent d'imposer à leurs proches la période d'agonie à venir ou ce sont des clients qui se trouvent en phase terminale. Les demandes qu'ils font sont directes : ils demandent qu'on intervienne ou qu'on les aide à mettre fin à leurs jours, que le médecin leur donne une prescription pour leur permettre de décéder au moment choisi, ils demandent le suicide assisté ou l'euthanasie.

Les difficultés nommées par les travailleurs sociaux se résument surtout au conflit entre deux forces. D'une part, leurs convictions morales d'ouverture et de respect de l'autodétermination, notamment, les amènent vers une certaine compréhension et un respect du choix du patient. D'autre part, le code normatif qui interdit l'aide à la mort ou le devoir professionnel que certains identifient comme le fait de nourrir l'espoir de la personne les oblige à rapidement fermer la porte à ces demandes et à la considération des thèmes de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Un travailleur social parle même de désespoir face à ce conflit. De cette tension découle une difficulté à encourager le client et à mettre de côté ses convictions morales pour se concentrer sur son devoir professionnel. D'autres répondants mentionnent que ces limites professionnelles et légales entraînent un refus de soins chez le patient et donc, un décès pénible qui pourrait être évité si l'euthanasie volontaire était permise.

Ainsi, le choix du patient se trouve au cœur de la réflexion des travailleurs

sociaux qui ont participé à l'étude. Aussi, la diversité des profils des personnes qui font des demandes d'euthanasie ou d'aide au suicide oblige à une réflexion sur ces gestes qui va au-delà de situations de fins de vie imminentes. De plus, il est intéressant de noter que l'autodétermination est l'une des valeurs les plus citées dans les réponses des participants avec la dignité et le respect. Des valeurs liées, puisque l'on considère que la dignité passe par le respect de l'autodétermination d'une personne. Ce qui vient corroborer, d'une certaine façon, les propos de Wesley (1996: 118) précédemment cités.

COMPARAISON AVEC OGDEN ET YOUNG

En comparant la présente étude avec l'enquête d'Ogden et Young (1998) sur l'euthanasie et l'aide au suicide, menée auprès des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique, on constate que les répondants sont favorables aux deux pratiques. Par contre, ceux de la présente étude ont exprimé une plus grande considération pour l'euthanasie volontaire alors que ceux d'Ogden et Young considéraient davantage l'aide au suicide. Selon Ogden et Young, cette préférence pour l'aide au suicide pouvait s'expliquer par certains projets de loi de cette époque qui favorisaient davantage l'aide au suicide tel que le projet de loi C-215⁴ modifiant le Code criminel

(aide au suicide) et la Oregon Death with Dignity Act⁵ de 1994.

Du côté des répondants à notre étude, nous envisageons plutôt qu'ils aient été marqués par les personnes qui ont fait les manchettes au Québec pour avoir aidé un proche à mourir, comme Marielle Houle. Madame Houle avait aidé son fils Charles atteint de sclérose en plaques à mourir. Au moment de prononcer la peine de la dame, en janvier 2006, l'honorable juge Laramée soulignait :

À l'évidence, si le régime en vigueur au Canada avait permis à Charles de choisir de mourir dignement, en toute liberté et de façon éclairée, dans un cadre qui lui aurait assuré toute la protection nécessaire, on n'en serait pas là. Madame Houle n'aurait pas commis le crime qu'on lui reproche (*R. c. Houle* [2006] QCCS 319, par. 77).

Cet extrait, maintes fois relaté dans les médias, a certainement retenu l'attention de travailleurs sociaux. Les propos de l'honorable juge Laramée synthétisent, en tous cas, la position d'une majorité de répondants qui souhaitent qu'une aide médicale à mourir soit disponible et encadrée. Aussi, puisque certains d'entre eux ont mentionné qu'ils liaient l'aide au suicide à un acte solitaire et l'euthanasie volontaire à un acte médical, il est probable que ce soit cette perception qui influence leur choix de considérer davantage l'euthanasie volontaire. Cette option leur semble peut-être plus complète et plus sécuritaire.

Bibliographie

ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX (ACTS). (1994). « Association canadienne des travailleurs sociaux : énoncé de principe sur l'euthanasie et le suicide assisté ». *Mémoire de l'ACTS*, Ottawa, 2 p.

ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (AFEAS). (2009). « 43^e congrès provincial de l'Afeas ; Conjoint de fait et euthanasie : les femmes ont pris position ». In AFEAS. En ligne. <<http://www.afeas.qc.ca/wp-content/uploads/2009/08/CongresCommfinal2009.pdf>>. Consulté le 8 septembre 2009.

BARREAU DU QUÉBEC (2010). « Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes ». En ligne. 184 p. <<http://www.barreau.qc.ca/pdf/medias/positions/2010/20100930-soins-fin-vie.pdf>>. Consulté le 9 janvier 2012.

BRETON, P. (2009). « Les Québécois favorables à l'euthanasie ». In *La Presse*. En ligne. <<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200911/03/01-918116-les-quebecois-favorables-a-leuthanasie.php>>. Consulté le 4 novembre 2009.

BRODEUR, N. et G. BERTEAU (2007). « La réflexion éthique : une dimension essentielle dans la pratique du travail social », dans J.-P. DESLAURIERS et Y. HURTUBISE (dir.) *Introduction au travail social*, 2^e édition, collection « Travail social », Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 241-265.

BUREAU, Y. (2006). « L'euthanasie, un soin palliatif », *Bulletin de l'Ordre*, n° 100 (automne), p. 19.

CANADA, SANTÉ CANADA (2006). « Planification préalable des soins : le projet sur le

CANADA, SERVICE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE PARLEMENTAIRES, DIVISION DU DROIT DU GOUVERNEMENT (2006B). *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, rédigé par Mollie Dunsmuir et Marlisa Tiedemann. Bulletin d'actualité 91-9F, révisé le 23 février 2006. Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 25 p.

CHAMBERLAND, V. (2009). « Enquête sur la position des travailleurs sociaux face à l'euthanasie et à l'aide au suicide. Exploration des attitudes, des expériences, des ressources, et des difficultés », Thèse (M. en travail social), Université du Québec à Montréal, 155 pages. Non publié.

CHAMBRE DES NOTAIRES DU QUÉBEC (CNQ). (2010). « Mémoire présenté dans le cadre de la consultation de la commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité ». En ligne. 30 p. <http://www.cdnq.org/doc/fr/laChambrePrendPosition/memoire_cnq_mourir_dignite.pdf>. Consulté le 9 janvier 2012.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ). (2008). « Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie ». En ligne. 50 p. <<http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/AProposOrdre/>

Publications/~media/Files/References/Rapport%20euthanasie%20soins%20appropriés%202008%202009.ashx?11210>. Consulté le 9 janvier 2012.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (CPTSQ). (1994). « Euthanasie et suicide assisté ». Mémoire de la CPTSQ au comité sénatorial sur l'euthanasie et le suicide assisté, 7 p.

DELORY, C. et J.-M. DE KETELE (2003). *Guide pratique de la recherche en sciences humaines : méthodes & statistiques*, Namur, Éditions Érasme, 272 p.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (FMOQ). (2009). « La FMOQ dévoile les résultats de sa consultation sur l'euthanasie ». In *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. En ligne. <<http://www.fmoq.org/fr/press/news/news/2009/Lists/Billets/Post.aspx?ID=21>>. Consulté le 1^{er} novembre 2009.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (FMSQ). (2009). « Euthanasie : La FMSQ dévoile les faits saillants de son sondage ». In *Fédération des médecins spécialistes du Québec*. En ligne. <<http://www.fmsq.org/f/centredepresse/communiques/coms/20091013.html>>. Consulté le 9 janvier 2012.

FORTIN, P. (2003). « L'identité professionnelle des travailleurs sociaux », dans G. A. LEGAULT (dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 85-104.

GALLUP CANADA (2002). « Canadians and the ethics of euthanasia ». In *Gallup*. En ligne. <<http://www.gallup.com/poll/6442/canadians-ethics-euthanasia.aspx>>. Consulté le 9 janvier 2012.

GLOSSAIRE : RAPPORT FINAL, préparé par Janet Dunbrack. En ligne. 64 p. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-proj-glos/2006-proj-gloss_f.pdf>. Consulté le 22 avril 2008.

HANDFIELD, C. (2009). « Les Québécois favorables à l'euthanasie », *La Presse* (Montréal), 11 août, p. A3.

LÉGER-MARKETING—LE DEVOIR (2010). « La politique provinciale et fédérale au Québec. Rapport de sondage ». En ligne. 5 p. <http://www.ledevoir.com/documents/pdf/sondage_euthanasie.pdf>. Consulté le 9 janvier 2012.

MANETTA, A. A. et J. G. WELLS. (2001). « Ethical issues in the social worker's role in physician-assisted suicide », *Health & Social Work*, vol. 26, n° 3, p. 160-166.

MCDERMOTT, F.E. (1975). *Self-Determination in Social Work: A Collection of Essays on Self-determination and Related Concepts by Philosophers and Social Work Theorists*. Londres, Routledge & Kegan Paul, 245 p.

MILLER, L. L., T. A. HARVATH, L. GANZINI, E. R. GOY, M. A. DELORIT et A. JACKSON. (2004). « Attitudes and experiences of Oregon hospice nurses and social workers regarding assisted suicide », *Palliative Medicine*, n° 18, p. 685-691.

OGDEN, R. D. et M. YOUNG. (1998). « Euthanasia and assisted suicide : A survey of registered social workers in British Columbia », *British Journal of Social Workers*, n° 28, p. 161-175.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (OPTSQ). (2006). « Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux ». En ligne. 25 p. <http://www.optsq.org/fr/docs/membre_publication/publications_reservees/document_reference/referentiel_de_compences_ts_francais.pdf>. Consulté le 3 avril 2008.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (OPTSQ). (2007a). « Rapport annuel 2006 2007 ». En ligne. 48 p. <http://www.optsq.org/fr/docs/Rapport%20annuel%2006-07_final.pdf>. Consulté le 3 mars 2008.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (OPTSQ). (2007b). *L'éthique et les travailleurs sociaux : éléments de réflexion et guide de délibération*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 74 p.

PAYS-BAS, MINISTÈRE NÉERLANDAIS DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. (2001). « FAQ euthanasie 2001, Questions et réponses sur la loi néerlandaise sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide ». En ligne. 16 p. <<http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/pdf/faq-euth-2001-fr.pdf>>. Consulté le 22 avril 2008.

PORTENOY, R. K., N. COYLE, K. M. KASH, F. BRESCIA, C. SCANLON, D. O'HARE, R. I. MISBIN, J. HOLLAND et K. M. FOLEY. (1997). « Determinants of the willingness to endorse assisted suicide », *Psychosomatics*, vol. 38, n° 3 (Mai-Juin), p. 277-287.

QUÉBEC, DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. 99 p. Publication n° 04-828-02. En ligne. <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-828-02.pdf>>. Consulté le 22 avril 2008.

R. c. HOULE [2006] QCCS 319, N° du greffe : 500-01-013740-045. 2006 : 27 janvier.

ROTHMAN, J. (1989). « Client self-determination : Untangling the knot », *Social Service Review*, n° 63 (décembre), p. 598-612.

SÉNAT DU CANADA, COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE (1995). *De la vie et de la mort*. YC2-351/1-01F. Ottawa, Approuvements et Services Canada, 272 p.

SÉNAT DU CANADA, SOUS-COMITÉ DE MISE À JOUR DE DE LA VIE ET DE LA MORT DU COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2000). *Des soins de fin de vie de qualité: chaque canadien et canadienne y a droit*, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, juin, 74 p.

VAN DE KREEKE, P. A. (1998). *Attitudes of Nursing Home Social Workers Towards Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Mémoire de maîtrise, Long Beach, California State University, Long Beach, 45 p.

WESLEY, C. A. (1996). « Social work and end-of-life decisions: Self-determination and the common good », *Health & Social Work*, vol. 21, n° 2, p. 115-121.

YOUNG, M. (2006). « U.K. social workers' attitudes toward assisted death, policies guiding practice, and transformational collaboration: Holding fast to medico-ethical principles of beneficence, non-maleficence and social justice ». En ligne. 228 pages. <<http://ir.lib.sfu.ca/retrieve/3689/etd2333.pdf>>. Consulté le 1^{er} avril 2008.

Notes

1. Pour le rapport complet, voir Chamberland, 2009.
2. Notre traduction de Rothman, 1989.
3. Plus récemment et dans la foulée de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité ayant cours actuellement, l'OTSTCFQ a présenté un mémoire sur la question.
4. Ce projet de loi mort au feuillet visait à permettre le suicide avec l'aide d'un médecin, pour des personnes en phase terminale de leur maladie (Canada, 2006b).
5. Il s'agit d'une loi de l'État de l'Oregon (É.-U.) permettant à un patient répondant à certaines conditions d'obtenir une ordonnance de médicaments en vue de mettre fin à ses jours (Canada, 2006b).