

L'aide médicale à mourir (AMM) dans le cadre des relations soignés/soignants: enjeux éthiques et juridiques

Conférence présentée au Pavillon Albert-
Prévost, HSCM, 28 septembre 2017

Par Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.

Professeure associée à la Faculté des sciences infirmières et

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique, Université de Montréal

Chercheure associée au Centre de recherche en éthique

Plan de la présentation

- 1- Contexte, consultations, rapports et lois**
- 2- La loi 2 concernant la fin de vie**
- 3- L'aide médicale à mourir (AMM)**
- 4- Enjeux éthiques et juridiques liés à l'équité**
- 5- L'AMM dans le contexte de la pratique en santé mentale et enjeux éthiques en cause**

1-Contexte, consultations, rapports et lois

Sondages auprès de la population

- ▶ **En 2004, 85% de la population québécoise est en faveur d'une aide médicale à mourir (Le Devoir, 3 mai)**
- ▶ **La population québécoise juge majoritairement l'euthanasie acceptable en cas de maladies incurables et souffrantes physiquement (69,6%), mais non dans le cas de souffrances psychologiques ou morales (64,2%) (Marcoux, 2007)**
- ▶ **En 2009, 84% des répondants à un sondage sont en faveur d'une légalisation de l'euthanasie pour une personne lucide et 83% appuient le fait que des personnes en fassent la demande dans des directives anticipées. (Le Devoir, 4 novembre)**

Sondages auprès des médecins

- **En 2009, 81% des spécialistes croient que l'euthanasie se pratique au Qc, 20% ne la pratiqueraient pas; 48% pensent que la SPC est de l'euthanasie (taux de réponses : 23%) (Le Devoir, 14 octobre)**
- **En 2009, 52% des généralistes croient que l'euthanasie se pratique au Qc; 28,7% ne la pratiqueraient pas (taux de réponses : 14,2%) (Le Devoir, 30 octobre)**
- **En 2010, 91% des généralistes et 74% des spécialistes sont en faveur de l'euthanasie (Le Devoir, 9 février)**

Des organisations et institutions se prononcent

- À l'automne 2007, création d'une Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité (AQDMD) dans la suite du projet de loi C-407 de la députée Francine Lalonde
- En 2009, le Collège des médecins du Qc dans son document intitulé *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*, considère que «l'euthanasie doit être le plus tôt possible replacée dans le cadre des soins appropriés en fin de vie» (p. 7). Il en n'exclut pas la personne inapte.

Des organisations et institutions...

- En 2010, le Barreau du Qc publie *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*; il est en faveur de l'euthanasie
 - dans une situation exceptionnelle (maladie incurable ou terminale impliquant des souffrances physiques ou psychiques constantes qui ne peuvent être soulagées dans des conditions tolérables),
 - la personne apte à consentir et la personne inapte qui en aurait fait la demande antérieurement à son inaptitude, devrait avoir accès à l'euthanasie

Organisations et institutions...

- En 2011, la Société Royale du Canada dans son Rapport *Prise de décision en fin de vie* recommande que l'euthanasie et l'aide au suicide soient permises pour une personne apte à prendre une telle décision
- En 2013, la Commission spéciale sur le *Mourir dans la dignité* recommande dans son Rapport que les lois soient modifiées de manière à reconnaître l'aide médicale à mourir (AMM) comme un soin approprié en fin de vie (Recommandation no 13)

Loi 2 votée et appliquée

- **Le 5 juin 2014, l'Assemblée nationale adopte la Loi 2 sur les soins de fin de vie. Elle est sanctionnée le 10 juin et entre en application le 10 décembre 2015.**
- **Elle reconnaît le droit pour toute personne de recevoir des soins de fin de vie respectueux de sa dignité et de son autonomie.**
- **La Loi légalise le recours à la sédation palliative continue (SPC), à l'aide médicale à mourir (AMM), à des directives médicales anticipées (DMA).**

Cour suprême du Canada

Le 6 février 2015, l'Arrêt Carter de la Cour suprême du Canada rend inopérant les articles 241b et 14 du Code criminel et autorise l'AMM pour

- «une personne adulte capable qui consent clairement à mettre fin à sa vie;**
- et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap)**
- lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition»**

Loi du Canada modifiant le Code criminel (AMM) sanctionnée le 17 juin 2016

- ▶ La Loi fédérale reprend les critères de l'Arrêt Carter,
- ▶ Elle s'inspire de la Loi québécoise mais s'en distingue sur les points suivants:
 - ▶ L'AMM inclut le suicide assisté
 - ▶ Le problème de santé grave et irrémédiable inclut une affection, un handicap, une maladie
 - ▶ La personne doit avoir été informée « des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs » (art.241.2 (1) e)
« sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » (art.241.2 (2) d)

Loi du Canada modifiant le Code criminel (AMM) sanctionnée le 17 juin 2016

- ▶ **La Loi fédérale se distingue de la Loi québécoise (suite):**
 - ▶ **Un médecin ou un infirmier praticien peut pratiquer l'AMM**
 - ▶ **Le médecin ou l'infirmier praticien doit s'assurer que dix jours se sont écoulés entre le jour de la demande signée par la personne ou en son nom et celui où l'AMM est fournie. Ce délai peut être écourté si les professionnels concernés jugent que la perte de la capacité à consentir est imminente.**
- ▶ **Dans le préambule de la loi, il est souhaitable d'adopter une approche cohérente dans tout le pays en matière d'AMM**

AMM au Québec du 10 décembre 2015 au 31 août 2016

Déclarations reçues (n)	Déclarations évaluées (n)	Info supp.		Conformes		Non conformes	
		(n)	%	(n)	%	(n)	%
262	198*	94/198	47,3	127/148	85.5	21/148	15.5

* 64 Déclarations en attente d'évaluation

**50 Attente de réponses ou réponses non évaluées

Raison de non-conformité à la Loi

Indépendance du 2^{ième} md (n=18)

Fin de vie (n=2)

Maladie grave et incurable (n=1)

AMM après un an d'application

Qc- Belgique-Pays-Bas	N (après 1 an d'application)
Belgique	235
Québec	461
Pays-Bas	1815

Variation d'une région à l'autre au Qc de décembre 2015 à décembre 2016	%
CIUSSS de l'Estrie	84
CIUSSS de la Capitale-Nationale	79
CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal	35
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Ile-de-Montréal	28

2-La Loi 2 sur les soins de fin de vie au Québec

Loi 2 sur les soins de fin de vie au Québec

- **Le 5 juin 2014, l'Assemblée nationale adopte la Loi 2 sur les soins de fin de vie qui reconnaît le droit pour toute personne de recevoir des soins de fin de vie respectueux de sa dignité et de son autonomie. La Loi légalise le recours à la sédation palliative continue (SPC), à l'aide médicale à mourir (AMM), à des directives médicales anticipées (DMA).**
- **Le 10 décembre 2015, la Loi 2 entre en application au Qc avant l'Arrêt Carter le 15 février 2016 et la Loi Canadienne amendant le Code criminel sanctionnée le 17 juin 2016.**

Loi 2 concernant les soins de fin de vie

Buts de la Loi 2:

- **Respecter l'autonomie et les droits de la personne en fin de vie**
- **Transparence dans les pratiques médicales**
- **Surveillance et contrôle des pratiques médicales en fin de vie**

Loi 2 sur les soins de fin de vie

- ▶ Soins palliatifs y inclus la sédation palliative continue (SPC)
- ▶ Aide médicale à mourir (AMM)
- ▶ Directives médicales anticipées (DMA)

3-L'Aide médicale à mourir (AMM)

Aide médicale à mourir (AMM)

Définition selon la Loi 2

«Un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès» (art.3, 6°)

AMM: Critères d'accès

«Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'AMM :

- 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);**
- 2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;**
- 3° elle est en fin de vie;**

AMM: critères d'accès (suite)

- 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables». (art. 26)

AMM: critères d'accès (suite)

- **«La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'AMM au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.**
- **Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant la personne, le remet à celui-ci». (art. 26)**

AMM: rôle du médecin

«Avant d'administrer l'AMM, le médecin doit:

être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment:

- en s'assurant auprès d'elle du**
 - caractère libre de sa demande**
 - caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;**
 - persistance des souffrances et de sa volonté (plusieurs entretiens espacés de délais raisonnables)**

AMM: rôle du médecin (suite)

- en s'entretenant de la demande avec des membres de l'équipe de soins;
- en s'entretenant de la demande avec ses proches, si elle le souhaite;
- la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;
- obtenir l'avis d'un second médecin indépendant

AMM: rôle du médecin (suite)

- **S'il pratique l'AMM, le médecin doit faire rapport à la Commission concernant les soins de fin de vie dans les 10 jours (art.46).**
- **Il doit aussi en informer dans les dix jours le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de son établissement (art. 34).**
- **Les deux organisations évaluent le rapport du médecin et font rapport au Collège des médecins, si les critères n'ont pas été suivis.**

AMM: rôle du médecin (suite)

- **S'il refuse pour une raison non liée aux critères stipulés dans la loi, il doit en informer le plus rapidement possible le DG de son établissement ou la personne désignée, qui doit trouver un médecin qui accepte de le faire. (art.31)**

Les lois sur l'euthanasie aux Pays-Bas, en Belgique et au Québec

Contenu de la loi sur l'euthanasie	P.-B.	Belg.	Qc
Définition: acte qui abrège intentionnellement la vie d'une personne à sa demande	x	x	x
Seul un médecin peut le faire	x	x	x
Personne atteinte d'une maladie grave et incurable	x	x	x
Personne en fin de vie			x
Elle est apte à participer au processus décisionnel	x	x	x
Elle doit faire une demande explicite, volontaire, éclairée sans pression et répétée	x	x	x
Elle doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques insupportables et inapaisables	x	x	x
Souffrances jugées insupportables par la personne même			x
Elle peut demander l'euthanasie dans des directives anticipées	x	x	

Contenu de la loi sur l'euthanasie	P.-B.	Belg.	Qc
Demande écrite		x	x
Consultation d'un médecin indépendant et rapport*	x	x	x
Aide médicale au suicide	x		
Jeunes de 16 à 18 ans (assentiment des parents) et 12 à 16 ans (consentement des parents)	x		
Enfants sans limite d'âge, souffrances physiques, décès à brève échéance, capable d'en apprécier les conséquences, accord des parents et de l'équipe médicale		x	
Mort à courte ou longue échéance		x	
Si longue échéance: consultation d'un deuxième médecin indépendant qui doit examiner la personne, vérifier le caractère répété, volontaire et réfléchi de la demande, le caractère inapaisable des souffrances, un mois doit s'écouler entre la demande et l'euthanasie		x	

***au md légiste de la commune aux P.-B. qui transmet à la Commission régionale, directement à la Commission en B.et à la Commission et au CMDP au Qc**

4-Enjeux éthiques liés à l'équité

Enjeux éthiques selon une approche par principes

- ▶ **Bienfaisance/non-malfaisance vs soulagement de la souffrance**
- ▶ **Respect de la personne vs dignité**
- ▶ **Équité vs application impartiale de la loi et réponse adéquate aux besoins**
- ▶ **Caring vs approche globale de soins dans la réponse aux besoins**

(Saint-Arnaud, 2009)

Enjeux éthiques liés à l'équité

Deux conditions à l'équité:

- 1) Impartialité dans l'application des critères**
- 2) Réponse adéquate aux besoins**

Selon la 1ère condition: on ne doit pas faire d'exception à la loi qui spécifie un droit légalement reconnu pour toutes les personnes répondant aux critères.

Ce qui signifie qu'une personne qui répond aux critères est en droit de bénéficier de l'intervention

Équité dans l'application impartiale de la loi

- **Si les médecins n'ont pas les mêmes critères d'évaluation de l'aptitude, l'accès à l'AMM n'est pas la même pour tous.**
- **Le même raisonnement vaut pour l'interprétation du critère de fin de vie qui peut varier de quelques jours à 6 mois, voire un an, selon l'interprétation qu'on en fait**

Équité dans la réponse aux besoins

- **Les lieux d'hébergement et d'hospitalisation n'offrent pas tous des soins palliatifs, ni un soulagement adéquat de la douleur totale qui nécessite une approche globale de soins exercés en interdisciplinarité, ce qui n'est pas disponible à l'extérieur des milieux hospitaliers et de certaines maisons de soins palliatifs réputées.**
- **Les maisons de soins palliatifs n'offrent pas l'AMM**
- **Un transfert vers des centres qui offrent l'AMM sera nécessaire à certaines personnes en fin de vie qui demandent l'AMM**

Équité dans la réponse aux besoins

- **Le fait qu'un patient peut refuser d'être soulagé et être admissible à l'AMM pose problème, parce que la réponse à son besoin serait d'abord de le soulager.**
- **Il n'y a pas d'obligation dans la loi d'informer le patient de la possibilité de bénéficier de soins palliatifs**
- **Le fait que c'est le patient seul qui juge s'il est suffisamment soulagé pose aussi problème. Toute souffrance est-elle admissible? La fatigue de vivre ou la souffrance morale peut-elle être un critère d'admissibilité à l'AMM?**

Équité dans la réponse aux besoins

- **Si le critère de la souffrance est prioritaire, est-ce que le critère de fin de vie est discriminatoire compte tenu du fait que des personnes lourdement handicapées et souffrant de douleurs chroniques, y inclus des souffrances psychologiques, non soulagées n'ont pas accès à l'AMM, parce qu'elles ne sont pas en fin de vie?**

Équité dans la réponse aux besoins

- **L'Arrêt Carter autorise l'AMM pour toute personne apte «affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition». Selon la Loi 2, des personnes comme Sue Rodriguez, Lee Carter ou Gloria Taylor n'auraient pas accès à l'AMM, alors que l'Arrêt Carter les y autorise**

À propos du critère de mort raisonnablement prévisible inclus dans la Loi canadienne

Me Pierre Deschamps écrit:

Ce critère exige « un lien temporel, mais flexible entre l'ensemble de la situation médicale de la personne et son décès...

Il « n'impose pas d'exigence particulière quant au pronostic et la proximité de la mort... »

« l'admissibilité à l'AMM n'est donc pas limitée aux personnes qui se meurent d'une maladie mortelle. Les personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'un handicap physique n'en sont pas... exclues, si elles remplissent ...tous les critères d'admissibilité prescrits par la Loi » (Deschamps, 2017, p. 337).

5-L'AMM dans le contexte de la santé mentale

Une clientèle singulière

À l'entrée en centre hospitalier

- ▶ **Présence des symptômes aigus**
 - ▶ Intentions suicidaires
 - ▶ Hallucinations
 - ▶ Psychoses

Des patients sont hospitalisés sans leur consentement parce qu'ils sont un danger pour eux-mêmes ou pour les autres

Les patients entrent tardivement en institution et présentent des symptômes plus sévères et plus de comportements perturbateurs (Geller & Bieble, 2006). La violence a augmenté, ce qui entraîne plus de risques en termes de sécurité et du bien-être du personnel soignant (Jacobowitz, 2013)

Une clientèle singulière

- ▶ **Particularités liées aux soins des patients hospitalisés et ayant un trouble grave de santé mentale**

- ▶ Actes of violence
- ▶ Tentatives de suicide
- ▶ Auto-mutilations
- ▶ Comportements imprévisibles

(Matthews et Williamson, 2016; Nolan et Smojkis, 2003)

- ▶ **Qu'en est-il de l'aptitude à décider par eux-mêmes de ces patients?**

Sont-ils d'emblée inapte à décider par eux-mêmes?

Évaluation de l'aptitude

Critères de Nouvelle-Écosse

- 1) Est-ce que le patient comprend la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement?
- 2) Est-ce que le patient comprend la nature et le but du traitement?
- 3) Est-ce que le patient comprend les risques associés à ce traitement?
- 4) Est-ce que le patient comprend les risques à encourir s'il ne subit pas le traitement?
- 5) Est-ce que la maladie du patient affecte sa capacité à consentir?

(Le mot de la Curatrice publique, 7^{ème} année, no 1, janvier 1995, p. 1)

- 1) La personne est-elle en mesure de recevoir et de comprendre l'information qu'on lui donne?
- 2) Est-elle capable de prendre sa décision et de la communiquer à son entourage?

(Communiqué de la Curatrice publique, 2^{ème} année no 2, septembre 1998, p.1)

Évaluation de l'aptitude

Critères d'évaluation clinique de l'aptitude

- ▶ **1- capacité de recevoir, comprendre, retenir et répéter l'information;**
- ▶ **2- capacité de percevoir les relations entre l'information reçue et la situation clinique;**
- ▶ **3- capacité d'intégrer et d'ordonner l'information reçue selon une perception réaliste;**
- ▶ **4- capacité de choisir une option, de donner des raisons convaincantes et d'une certaine façon de persévérer dans ce choix;**
- ▶ **5- capacité de communiquer son choix aux autres de manière non équivoque.**

(Pellegrino et Thomasma, 1988)

Questions à poser par le médecin pour l'évaluation de l'aptitude en conformité avec la loi

Critère	Questions pour l'évaluation clinique de l'aptitude (tiré et trad. de Appelbaum, 2007)
Communiquer un choix	Avez-vous décider de suivre les recommandations de votre médecin pour le traitement? Pouvez-vous me dire quelle est votre décision? (Si aucune décision n'est prise) Qu'est-ce qui fait que cette décision est difficile à prendre pour vous?
Comprendre les informations pertinentes	Pouvez-vous me dire dans vos mots ce que le médecin vous a dit à propos de votre actuel problème de santé ? du traitement qu'il recommande ? des bénéfiques et des risques (ou inconforts) possibles du traitement ? des autres traitements possibles, leurs bénéfiques et leurs risques ? des risques et bénéfiques de ne pas avoir de traitement ?
Évaluer la situation et ses conséquences	Que pensez-vous qui ne va pas dans votre santé actuellement? Pensez-vous que vous avez besoin d'un traitement? Qu'est-ce qu'un traitement va vous apporter? Qu'est-ce qui vous fait croire qu'il aura un effet? Que pensez-vous qu'il va vous arriver si vous n'avez pas de traitement? Pourquoi croyez-vous que votre médecin (ou moi) avons recommandé ce traitement?
Raisonner sur les options de traitement	Comment avez-vous décidé d'accepter ou de refuser ce traitement? Qu'est-ce qui fait que le traitement que vous choisissez est meilleur que les autres?

Évaluation en quatre temps par un psychiatre

1^{ère} étape

1. « Évaluation par de multiples consultations concernant les déterminants spécifiques et les conditions de la souffrance psychologique insupportable et intraitable.

Vérification du diagnostic psychologique, de l'état mental et de l'histoire du patient après consultation avec le(s) médecin(s) traitant(s),

Revue du dossier et une

Évaluation psychiatrique complète du patient

Évaluation en quatre temps par un psychiatre

2^{ème} étape

2. **Toutes les options, y inclus les soins palliatifs doivent avoir été discutés avec le patient et ses médecins. Des Lignes directrices (NVvP) sont utilisées :**
 - a) **la thérapie offre une réelle possibilité d'amélioration;**
 - b) **le traitement adéquat peut être administré dans un délai raisonnable;**
 - c) **il doit y avoir un équilibre entre les résultats attendus et le fardeau du traitement pour le patient**

Évaluation en quatre temps par un psychiatre

3^{ème} étape

- 3. Tous les aspects procéduraux doivent être expliqués et discutés avec le patient.**

C'est uniquement quand le patient exprime de façon répétée son souhait de mourir et que le médecin du patient ou le psychiatre indique que les raisons du patient sont tangibles et raisonnables que la requête formelle d'euthanasie est remplie et que la planification commence.

En accord avec la loi, un mois au moins doit s'être écoulé entre la requête écrite (qui sera gardée en filière par le médecin du patient) et la réalisation de l'euthanasie.

Évaluation en quatre temps par un psychiatre

4^{ième} étape

4. La famille du patient ou des personnes significatives doivent être impliquées.

Légalement le médecin a une obligation de discuter des souhaits du patient avec les proches indiqués par le patient. Leur consentement n'est pas requis et le médecin traitant a besoin de la permission du patient pour informer les membres de la famille de la requête d'euthanasie.

Favoriser l'acceptation dans l'environnement social du patient peut donner à celui-ci l'opportunité de mourir dans une atmosphère sereine entouré de la famille ou des amis dont le processus de deuil pourra de ce fait être facilité. »

(Trad. libre, Thienpont et al, 2015)

Revue systématique des écrits concernant les résultats d'études sur l'aptitude en psychiatrie (Okai et al, 2007)

- ▶ **Aptitude au moment de l'admission dans une unité psychiatrique:**
 - ▶ **67% à 30% des patients selon 5 études ont la capacité de décider pour eux-mêmes**
Parmi ceux qui se présentent volontairement: **50% sont aptes à décider**
Parmi ceux qui sont contraints par la Cour: **45 % sont aptes à décider**
- ▶ **Aptitude en rapport avec le diagnostic selon 4 études**
 - ▶ **52% -53% des patients schizophrènes sont inaptes**
 - ▶ **24% -20% des patients dépressifs sont inaptes**

Requêtes d'euthanasie en Belgique pour des patients souffrant de troubles psychiatriques (Thienpont et al, 2015)

- ▶ Étude effectuée à partir d'une revue des notes de 100 patients d'une clinique externe de psychiatrie en Flandres ayant demandé l'euthanasie pour raison de souffrance psychologique associée à des troubles psychiatriques entre 2007 et 2011
- ▶ Les auteurs sont psychiatres, quatre sont associés au Life End Information Forum (LEIF)
- ▶ Dans la loi belge, le médecin et le patient doivent venir à la conclusion qu'il n'y a aucune autre alternative au soulagement de la souffrance

Diagnostic des patients qui font une requête	N
Dépression majeure	48
Trouble bipolaire	10
Trouble de la personnalité (Border line 27)	50
Trouble de la personnalité et trouble bipolaire	29
Stress post-traumatique	13
Schizophrénie et autres désordres psychotiques	14
Anxiété	11
Anorexie nerveuse	10
Usage de drogue	10
Désordre somatique	9
Perversion (Asperger 7 + Trouble de l'attention 1)	8
Trouble obsessionnel-compulsif	7
Trouble de dissociation	7
Deuil pathologique	6
Maladies somatiques	23

(Thienpont et al, 2015)

90/100 des patients ont plus d'un diagnostics. Pour les besoins de l'exposé, les auteurs en mentionnent un maximum de trois par personne

Résultats des requêtes (Thienpont et al, 2015)

- ▶ Pour 38/100 des patients, des tests ou traitements supplémentaires sont demandés en milieu hospitalier (17/38) et en clinique externe (21/38), 12/38 reçoivent un diagnostic d'Asperger. Après ces tests et tx, les requêtes de 17/38 sont acceptées et 10 euthanasies sont effectuées
- ▶ Des 62/100 restants, 31/62 ont eu leur requêtes acceptées et 25 ont été exécutées
- ▶ 48/100 requêtes sont acceptées, 35 reçoivent l'euthanasie, deux se suicident avant et 11 annulent leur requête
- ▶ Des 52/100 dont les requêtes sont refusées, 38 abandonnent, 8 poursuivent, 4 se suicident et 2 décèdent

L'évaluation de l'aptitude chez une personne atteinte de troubles mentaux

- ▶ Une personne sous curatelle ou ayant signé un mandat peut-elle être apte à consentir ou refuser des soins ?

Oui si elle répond aux critères inscrits dans la loi

- ▶ Une personne ayant un problème de santé mentale peut-elle être apte à consentir ou refuser des soins ?

Oui si elle répond aux critères inscrits dans la loi

- ▶ Une personne en crise peut-elle être apte à consentir ou refuser des soins ?

Non si elle ne peut répondre aux critères énoncés dans la loi

- ▶ Que faire alors ?

Reprendre l'évaluation quand la crise est sous contrôle

Enjeux éthiques liés au *caring*

- ▶ **Le soin dans le domaine de la santé mentale: complexe, unique et exigeant (Zarea et al, 2013)**
- ▶ **Pour comprendre la complexité du travail de nombreuses études qualitatives utilisant les récits des soignants: médecins, psychiatres, infirmières, aides-infirmières, étudiants sont pertinents**

Qu'est-ce qui fait souffrir les personnes hospitalisées en santé mentale?

- ▶ **ne pas être entendu par le personnel ;**
- ▶ **un manque d'implication dans les processus décisionnels touchant leurs soins ;**
- ▶ **un manque d'information sur les plans de traitement et particulièrement la médication ;**
- ▶ **un manque d'accès à des thérapies utilisant la parole (psychothérapies) et à des engagements thérapeutiques ;**
- ▶ **les lieux et environnements physiques, de même que le manque d'activités hebdomadaires pour soulager leur ennui. (trad. libre., Chambers et al, 2014)**

Qu'est-ce qui fait souffrir les personnes hospitalisées en santé mentale?

- ▶ **Manque de compréhension de la part du personnel soignant**
- ▶ **Assujettissement à la médication**
- ▶ **Absence de psychothérapie**
- ▶ **Aucune alliance établie/aucune confiance**
- ▶ **Absence de prise en compte des besoins sociaux, des traumatismes de jeunesse, des expériences de guerre, du soin à la famille, des expériences négatives avec l'aide sociale**
- ▶ **Stéréotype au regard de la santé mentale dans le public en général semble partager par les soignants en psychiatrie**

(Kogstad, 2009)

Qu'est-ce qui fait souffrir les soignants ?

- ▶ **Disparités entre les exigences du *care* et le contrôle ou les règles formelles ou informelles de l'établissement qui visent la protection (Matthew & Williamson, 2016; Barker, 2011; Hewitt, 2009)**
 - ▶ **L'étudiante demande à l'infirmière pour aller parler avec la patiente de l'abus sexuel qu'elle a vécu, mais l'infirmière a dit: « nous ne parlons pas de ça ici » en indiquant qu'elle va trouver une travailleuse sociale pour le faire.**
 - ▶ **Une autre dit que peu de personnel infirmier prend la responsabilité de parler aux patients ou à leur famille. Elle l'explique par la charge trop lourde. Elle dit aussi que le plus de temps que le md s'assoit sur le lit du patient pour parler est de 15 minutes...**
 - ▶ **La tendance pour les infirmières et les médecins est d'avoir recours à la médication plutôt que de parler...**

(Wojtowicz et al, 2014)

Qu'est-ce qui fait souffrir les soignants ?

- ▶ **Disparités entre le modèle biomédical de gestion des symptômes à partir du DSM-V et d'autres approches en santé mentale, notamment les approches cognitivo-comportementales (Jacob, 2017) et les approches humanistes fondée sur le soin (Lützen et al, 2010 ; Kogstad, 2009; Austin et al, 2003)**
- ▶ **Conséquences de ces disparités: peu d'échanges, peu de place pour la congruence et la présence vraie (Rogers, 1968), détachement, difficultés éthiques d'établir un partenariat soigné/soignants**

Sentiments et problèmes éthiques dans l'intervention de soin en santé mentale

- ▶ **Sentiment d'agir de manière non éthique en exerçant de la coercition sur le patient, en utilisant de fausses informations pour garder un patient hospitalisé, en fixant des buts sans consultation du patient, en faisant son travail de façon détachée...(Dhalqvist & Norberg, 2009)**
- ▶ **Détresse morale: sentiment d'atteinte à son intégrité morale engendré par une incapacité d'agir en accord avec sa conscience morale à cause de contraintes institutionnelles (définition inspirée de Jameton, 1984 et Laabs, 2007)**
- ▶ **Détresse morale bien documentées chez les professionnels de la santé mentale (Austin et al, 2003, 2005, 2008)**

Malaises, problèmes physiques et psychologiques éprouvés par les médecins

Études	Année, pays, participants	Type d'étude	Résultats
Sercu et al, 2012	2007-2008 Flandre n=52 praticiens généraux	Entretiens semi-structurés	La volonté de pratiquer l'euthanasie; solution du dernier essor; se sentir incapable de le faire; refus par principe
Georges et al, 2008	2007-2008, Belgique n=52 praticiens généraux	Entretiens semi-structurés	La volonté de pratiquer des euthanasies influencée par la nature exigeante de la demande, perception de la légitimité de l'acte et habilité à le faire
Van Marwijk et al, 2007	2003, The Netherlands n=22 et 4 groupes	Groupes de discussion	4 phases chargées d'émotions: avant (tension), pendant (perte), et après (soulagement). Important impact. Enjeux: relation avec pt, solititude, rôle de la famille et pression sociale
Moore et al, 2007	2005, UK, n=188, Mds d'hôpitaux	Questionnaire	50% ressentent de la tristesse suite au décès d'un patient; 1/10 éprouve des problèmes physiques et émotionnels de modérés à sévères

Solutions

- ▶ **Groupes de discussions disciplinaires et interdisciplinaires, *debriefing* pour répondre aux besoins psychologiques des soignants (Davey et al, 2014; Hamaideh, 2011; Fox 2011); Journal personnel (Smith-Battle et al 2013)**
- ▶ **Appui des leaders dans la résolution des problèmes éthiques et dans la mise en place d'un climat éthique de travail (Makaroff et al, 2014)**
- ▶ **Mettre en place des approches globales de soins, incluant les approches biomédicale, cognitivo-comportementale et humaniste centrées sur les besoins du patient (Matthews et Williamson, 2016; Jacob, 2017; Kogstad, 2009)**
- ▶ **Trouver un équilibre entre protection et réponse aux besoins en termes de relations humaines**
- ▶ **Éviter le traitement imposé quand c'est possible en demandant au patient son avis, utilisant le dialogue, en évitant les préjugés et la discrimination, en ayant en vue une relation de partenariat plutôt qu'une relation de pouvoir...**

Que penser des critères légaux actuels?

La personne qui a des problèmes de santé mentale sans possibilité d'amélioration et qui est souffrante dans une proportion qu'elle ne peut supporter, devrait-elle avoir accès à l'AMM au moyen des directives anticipés?

D'un point de vue éthique, la loi est basée sur le respect de l'autonomie de la personne et sur l'évaluation par le patient du soulagement de sa souffrance psychologique?

Actuellement le critère de fin de vie, fait en sorte que des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont jugées aptes à décider par elles-mêmes ne peuvent avoir accès à l'AMM. Si la loi québécoise est changée en vue d'un ajustement avec la loi canadienne, ces personnes pourraient avoir accès à l'AMM.

En guise de conclusion

- **Les groupes qui ne répondent pas au critère de fin de vie tout en vivant une souffrance inapaisable, devraient-ils avoir accès à l'euthanasie?**
- **Tout dépend de la hiérarchisation des valeurs effectuées**
- **La loi donne priorité au respect de l'autonomie de la personne**
- **Si le bien-être de tous avait priorité, les personnes inaptes et immatures auraient accès à l'euthanasie, mais elles seraient aussi potentiellement victimes d'abus. Un juste milieu doit être trouvé entre le respect de l'autonomie et le bien-être des individus souffrants**

- ▶ **Merci de votre attention**
- ▶ **Des questions ou des commentaires ?**
- ▶ **Vous pouvez aussi m'écrire à l'adresse suivante:**
- ▶ **jocelyne.st-arnaud@umontreal.ca**

- Appelbaum P.S. (2007). Assessment of patient's competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine*, 357 (19), p. 1834-1840.
- Battin M.P., van der Heide A., Ganzini L., Van der Wal G., & Onwuteaka-Philipsen B.D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands : Evidence concerning the impact on patients in « vulnerable » groups, *Journal of Medical Ethics*, 33, p. 591-597.
- Buiting H.M., van der Heide A., Onwuteake-Philipsen B.D., Rurup M.L., Rietjens J.A.C., Boorsboom G., van des Maas P.J. & J.J.M. van Delden (2010), Physicians' labelling of end-of-life practices : A hypothetical case study, *Journal of Medical Ethics*, 36, p. 24-29.
- Chambaere K, J. Bilsen, J. Cohen, B.D. Onwuteake-Philipsen, F. Mortier et L. Deliens (2011). Trends in medical end-of-life decision making in Flanders, Belgium 1998-2001-2007, *Medical Decision Making*, 31, p. 500-510.
- Chambaere K., J. Bilsen, J. Cohen, B.D. Onwuteaka-Philipsen, F. Mortier et L. Desliens (2010). Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 182 (9), p. 895-901.
- Chambers M., Gallagher A. Borschman R., Gillard S., Turner K. & Kantaris X. (2014). The experience of detained mental health service users: Issues in dignity of care. *BMC Medical Ethics*, 15 (50) <https://bmcmédicalethics.biomedcentral.com/artuclcs/10.1186/1472-6939-15-50>.
- Cohen J., Marcoux I., Bilsen J., Deboosere P., vander Wal G. and L. Deliens (2006). European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*, 63, p. 743-756.
- Cohen J., van Delden J., Mortier F., Löfmark R., Norup M., Cartwright C. et al (2007). Influence of physicians' life stances on attitudes of end-of-life decisions and actual end-of-life decision-making in six countries. Download from jme.bmj.com February 11, 2011.
- Cohen J., K. Chambaere, J. Bilsen, D. Houttekier, F. Mortier et L. Deliens (2010). Influence of the metropolitan environment on end-of-life decisions: A population-based study of end-of-life decision-making in the Brussels metropolitan region and non-metropolitan Flanders, *Health & Place*, 16, p. 784-793.
- Cohen J., Y. van Wesemael, T. Smets, J. Bilsen et L. Deliens (2012). Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: One law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia, *Social Science and Medicine*, 75, p. 845-853.

- Cohen J. , van Wesmael Y, Smets T., Bilsen J, Ontwureaka-Philipsen B. Distelmans W., and L Deliens (2014). Nationwide survey to evaluate the decision-making process in euthanasia requests in Belgium: Do specifically trained 2nd physicians improve quality of consultation? *BMC Health Services Research*, 14, 307-315.
- Commission fédérale d'évaluation et de contrôle de l'euthanasie, Rapport 2002-2003, Rapport 2004-2005, Rapport 2006-2007, Rapport 2008-2009, Rapport 2010-2011, Rapport 2012-2013, Rapport 2014-2015. Belgique, retirés du site : www.ieb-erb.org/fr/pdf
- Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (CRCE), Rapport 2007, Rapport 2008, Rapport 2009, Rapport 2010, Rapport 2011, Rapport 2012, Rapport 2013, retirés du site : www.ieb.eib.org/fr/pdf/rapport-euthanasie-pays-bas-2009-en-fr-pdf
- [Commission sur les soins de fin de vie. Rapport annuel d'activités \(10 décembre-30 juin 2016\), Québec, Gouvernement du Québec, www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)
- Congrégation pour la doctrine de la foi (1957, Mars). Problèmes médicaux et moraux de la « réanimation ». *La documentation catholique*, T. LIV , 1267, 1606-1610.
- Congrégation pour la doctrine de la foi (1957, Mars). Problèmes religieux et moraux de l'analgésie. *La documentation catholique*, T. LIV, 1247, 325-340.
- Congrégation pour la doctrine de la foi (1980, Juillet). Actes du Saint-Siège. Déclaration sur l'euthanasie. *La documentation catholique*, 1790, 697-700.
- Curatrice publique (1995) , *Le mot de la Curatrice publique*. 1, janvier.
- Dahlqvist. V., Soderberg A & Norberg A. (2009). Facing inadequacy and being good enough: Psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, p. 242-247.
- Davey A., Arcelus J & Munir F. (2014). Works demands, social support and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 23 (1), p. 60-68.
- Deliens L., F. Mortier, J. Bilsen, M. Cosyns, R. Vander Stichele, J. Vanoverloop et K. Ingels (2000). End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: A nationwide survey. *The Lancet*, 356, p. 1806-1811.

- Deschamps P. (2017). Les soins de fin de vie. Repères éthiques, juridiques et sociétaux. Montréal: LexisNexis.
- Frenette M., (2015). Utilisation des formulaires de niveaux d'interventions médicales (NIM) en fin de vie chez les patients qui décèdent en milieu hospitalier au Québec, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Papyrus
- Finlay I.G. and R. George (2011). Legal physician-assisted suicide in Oregon and The Netherlands: Evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups - another perspective on Oregon's data. *Journal of Medical Ethics*, 37, 171-174.
- Fox C. (2011). Working with clients who engage in self-harming behavior; Experiences of a group of counsellors. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39 (1), p.4. doi:10.1080/03069885.210.531383
- Geller J.L. & Biebel K. (2006). The premature demise of public child and adolescent inpatient psychiatric beds. *Psychiatric Quarterly*, 77 (3), p. 251-271
- Gervers S. (2007). Selected Legislation and Jurisprudence. Evaluation of the Dutch on legislation euthanasia and assisted suicide. *European Journal of Health Law*, 14, p. 369-379.
- Georges J.-J., The A.M., Onwuteaka-Philipsen, and G. van der Wal (2008). Dealing with requests for euthanasia: A qualitative study investigating the experience of general practitioners. *Journal of Medical Ethics*, 34, 150-155.
- Griffiths J., Weyers H., & Adams M. (2008). *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford and Portland (Oregon), Hart Publishing.
- Hanaideh S.H. (2014). Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, p. 33-43.
- Hastings Center (The) (1987). Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1995). Opioids for chronic noncancer pain. *Pain Clinical Updates*, III(3).
- Jacob K. S. (2017). Perspectives about mental health, illness, and recovery, *Current Opinions in Psychiatry*, 30 (5), p. 334-338.
- Jameton A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliff (NJ), Prentice-Hall
- Kogstad R.E. (2009). Protecting mental health clients' dignity - The importance of legal control. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32 (393-391).
- Laabs C.A. (2007). Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. *Nursing Ethics*, 14 (6), p. 795-809.
- Le Breton, D. (2000). Aspects sociaux et culturels de la douleur. Dans C. Metzger, A. Muller, M. Schwetta, & C. Walter (Dir.), *Soins infirmiers et douleur : évaluation de la douleur, modalités du traitement, psychologie du patient, interventions infirmières* (pp. 120-127). Paris : Masson.
- Levine I. and M. Parker (2011). Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: A systematic review, *Journal of Medical Ethics*, 37, p. 205-211.
- Lützn K., Blom T., Ewalds-Kvist B. & Wineh S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17 (2), 254-262

- Marcoux I. (2007). Dans quelles conditions est-il acceptable ou non de mourir par euthanasie?, *Frontières*, 20 (1), 69-75. <http://id.erudite.org/iderudit/017950ar>
- Mattews H. & Williamson I. (2016). Caught between compassion and control: Exploring the challenges associated with inpatient adolescent mental healthcare in a independent hospital. *Journal of Advance Nursing*, 72 (5), 1242-1253.
- Makaroff K.S., Storch J., Pauly B., & Newton L. (2014). Searching for ethical leadership, *Nursing Ethics*, 21 (6), p. 642-648.
- Meeussen K., L. van des Block, N. Bossuyt, M. Echteld, J. Bilsen, et L. Deliens (2010). Physician reports of medication use with explicit intention of hastening the end of life in the absence of explicit patient request in general practice in Belgium, *BMC Public Health*, 10, p. 186-199.
- Norwood F., Kimsma G., et M. P. Battin. (2009). Vulnerability and the «slippery slope» at the end-of-life : A qualitative study of euthanasia, general practice and home death in the Netherlands, *Family Practice*, 26(6), 2009, p. 472-480.
- Onwuteaka-Philipsen B.D., A. van der Heide, D. Koper, I. Key-Deerenberg, J.A. Rietjens, M.L. Rurup, A.M. Vrakking, J.J. Geores, M.T. Muller, van der Wal G., et P.J. van der Maas (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands en 1990, 1995, and 2001, *The Lancet*, 362 (9381), p. 395-399.
- Onwuteaka-Philipsen B.D., A. Brinkman-Stoppelenburg, C. Penning, G.F. de Jong-Krul, J. M. van Delden, et A. van der Heide (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey, *The Lancet*, 380, p. 908-915.
- Okai D., Owen G., Mcguire H., Singh S., Churchill R. & Hotopf M. (2007). Mental Capacity in psychiatric patients: Systematic Review. *The British Journal of Psychiatry*. 191 (4) p. 291-297.
- Owen G.S., Richardson G., David A.S., Szmukler G., Hayward P., & Hotopf M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: Cross sectional study. *The British Medical Journal*, 337 (7660), p. 40-42.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D.C. (1988). *For the patient's good : The restoration of beneficence in health care*. New York : Oxford University Press. 68
- Rachels, J. (1986). *The end of life : Euthanasia and morality*. Oxford : Oxford University Press.

- Raijmakers N. J.H., van der Heide A., Kouwenhoven, van Thiel G. J. M. W., van Delden J.J.M., and J. rietjens (2015). Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: A national cross-sectional survey. *Journal of Medical Ethics*, 41, p. 145-150.
- Rietjens J.A.C, D.G. van Tol, M. Schermer, et A. van der Heide (2009b). Judgment of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands, *Journal of Medical Ethics*, 35, p. 502-507 retiré du site jme.bmj.com le 11 février 2011.
- Rietjens J. A.C., P. van der Maas, B.D. Onwuteaka-Philipsen, J.J.M. van Delden, et A. van der Heide (2009a). Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Inquiry*, 6, p. 271-283.
- Rogers C.R. (1968). *Le développement de la personne humaine*. H.L. Herbert (trad.). Paris, Bordas.
- Rurup M.L., Smets T., Cohen, J. Bilsen J., B.D. Onwuteaka-Philipsen et L. Deliens (2012). The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases, *Palliative Medicine*, 26 (1), p. 43-49.
- Saint-Arnaud, J. (2002). Technologies biomédicales et enjeux éthiques en soins infirmiers : la fin justifie-t-elle les moyens? *Infirmière canadienne*, 3(4), 6-8.
- Saint-Arnaud, J. (2009). L'éthique de la santé. Un guide pour l'intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières, Montréal: Gaëtan Morin/Chenelière Éducation.
- Saint-Arnaud, J. (2013). Les dérives anticipées et l'application des lois ayant légalisé l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 13 (2), p. 42-56.
- Saint-Arnaud, J. (2013). Des dérives sont-elles observables dans les pays ayant légalisé l'euthanasie? Quelles leçons en tirer pour les pays s'orientant dans cette voie? dans L'euthanasie: une sérénité partagée, une question de santé publique sous la dir. de Marc Mayer, Arquennes (Belgique): Mémoires/Les Éditions de la Mémoire, p. 33-44.
- Thienpont L. Verhofstadt M. Van Loon T., Disternans Wé, Audenaert K. & De Deyn P.P. (2014). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: A retrospective descriptive study. *British Medical Journal Open*, <http://bmjopen.bmj.com/content/7/7/e007454>
- Sercu M., Pype P., Christiaens T., Grypdonck M, Derese A. Deveugle M. (2012). Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised. *Journal of Medical ethics*, 38, p. 274-280
- Smets T, J. Cohen, J. Bilsen, Y. van Wesemael, M.L. Rurup, et L. Deliens (2011). Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (3), p. 580-593.
- Smets T., J. Bilsen, J. Cohen, M.L. Rurup, F. Mortier et L. Desliens (2010a). Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: Cross sectional analysis of reported and unreported cases. *British Medical Journal*, BMJ/Online First/bmj.com, retiré le 24 février 2013.,

- Smets T., J. Cohen, J. Bilsen, Y. van Wesemael, M.L. Rurup, et L. Deliens (2010b). Labelling and reporting of euthanasia by Belgian physicians: A study of hypothetical cases, *European Journal of Public Health*, 22 (1), p. 26-31, téléchargé à l'Université de Montréal, le 11 mars, 2013.
- Smets T, J. Bilsen, J. Cohen, M. L. Rurup, E de Keyser, et L. Deliens (2009). The medical practice of euthanasia in Belgium and in the Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures, *Health Policy*, 90, p. 181-187.
- Steck N. Egger M., Maessen M., Reisch T., and M. Zwahlen (2013). *Medical Care*, 51 (10), p. 938-944.
- Van den Block L., R. Deschepper, J. Bilsen, N. Bossuyt, V. van Casteren et L. Deliens (2009). Euthanasia and other end-of-life decisions: A mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, 9, p. 79-88.
- Van der Geest S., & A.-M. Niekamp, Ageism and euthanasia in the Netherlands : Questions and conjectures, *Mortality*, 8(3), 2003, p. 296-304.
- Van Tol D., J. Rietjens, et A. van der Heide (2010). Judgment of unbearable suffering and willingness to grant euthanasia requests by Dutch general practitioners, *Health Policy*, 97, p. 166-172.
- Van Marwijk H., and I. Haverkate (2007). Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands, *Palliative Medicine*, 21, p. 609-614.
- Van Wesemael Y, J. Cohen, J. Bilsen, T. Smets, B. Onwuteaka-Philipsen, et L. Deliens (2011). Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian Act on Euthanasia: A nationwide survey, *Journal of Pain and Symptoms Management*, 42 (5), p. 721-733.
- Williams, G. (1957). *The sanctity of life and criminal law*. New York : Knopf.
- Wojtowicz B., Hagen B., & Van Daalen-Smith C. (2014). *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, p. 257-264.