

# Enjeux éthico-légaux de la loi sur les soins de fin de vie

**Conférence présentée au Collège Maisonneuve, 10 février 2020**

**Par Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.**

**Professeure associée**

**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**

# La recherche d'une «bonne mort»

## Steinhauser et al, 2000

| Thèmes abordés                                    | Indicateurs  |
|---|--|
| <b>Soulagement de la douleur et des symptômes</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>analgésie inadéquate</b></li><li>• <b>thérapie trop agressive</b></li></ul>   |
| <b>Processus décisionnel clair</b>                | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>pour un meilleur soulagement</b></li></ul>  |
| <b>Préparation à la mort</b>                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>pts: savoir ce qui les attend</b></li><li>• <b>fam: connaître les chang. physiques et psy-sociaux</b></li><li>• <b>soignants: explorer leurs sentiments et leur influence sur les soins donnés au mourant</b></li></ul> |

# Moyens et techniques assurant la survie

- ▶ **Stimulateur cardiaque**
- ▶ **Dialyse**
- ▶ **Réanimation cardio-respiratoire**
- ▶ **Soins intensifs**
- ▶ **Hyper-alimentation**
- ▶ **Médicaments**

# Un des problèmes éthiques reliés à la fin de vie

4

## Acharnement thérapeutique

- ▀ **Toute intervention thérapeutique visant à prolonger la vie d'une personne au stade terminal, en coma végétatif persistant ou à un stade avancé d'une maladie dégénérative, sans espoir d'amélioration de l'état de santé à court, à moyen ou à long terme.**

# **1-Contexte de l'adoption de la Loi 2 sur les soins de fin de vie**

# 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

7

- **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». 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'AMM

# Organisations et institutions...

10

- 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 2012, 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 qui légalise 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**

# Cour suprême du Canada

- **Le 6 février 2015, l'Arrêt Carter de la Cour suprême du Canada autorise l'AMM (euthanasie et aide au suicide) 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»**

# La Cour supérieure du Québec

- ▶ **Le 11 septembre 2019, la Cour supérieure du Québec donne raison à Jean Truchon et Nicole Gladu qui contestent les critères de fin de vie dans la loi québécoise de l'AMM et de décès raisonnablement prévisible dans la loi canadienne de l'AMM, au nom l'Arrêt Carter et de la Charte canadienne des droits et libertés**

# Évaluation de l'aptitude selon les Critères de Nouvelle-Écosse

## La personne

- **comprend sa maladie ou son état;**
- **comprend la nature et le but du traitement;**
- **comprend les risques associés à ce traitement;**
- **comprend les risques à encourir si elle ne reçoit pas ce traitement;**
- **son état n'entrave pas de manière générale, son jugement**
- (Curatrice publique, Qc, 1995)

# Du point de vue éthique, une personne est apte

- **si elle peut comprendre les informations qui sont pertinentes au regard de la décision à prendre**
- **si elle peut délibérer en fonction des buts et valeurs qu'elle poursuit**
- **si elle peut communiquer ses décisions**

Hastings Center (1987)

© J. Saint-Arnaud

## **2-La Loi sur les soins de fin de vie**

# Loi concernant les soins de fin de vie

- ▀ **Vise à «assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes, de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances» (art. 1)**

## 18 **Buts de la Loi sur les soins de fin de vie**

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

# Définitions

19

- Soins de fin de vie: soins palliatifs et aide médicale à mourir; (art. 3, 3°)
- Soins palliatifs: soins actifs et globaux par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire;» (art. 3, 4°)

# Contenu de la Loi sur les soins de fin de vie

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

## 2.1- Accès à des soins palliatifs

- **«Toute personne, dont l'état le requiert, a le droit de recevoir des soins de fin de vie sous réserve des exigences particulières prévues par la présente loi. (...)**
- **Ces réserves ont trait notamment aux règles organisationnelles et aux ressources financières et matérielles disponibles (art. 4)**

## La sédation palliative continue (SPC) selon la loi 2

- **« soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue jusqu'à son décès » (art. 3, 5°)**

# Exigences spécifiques pour la SPC

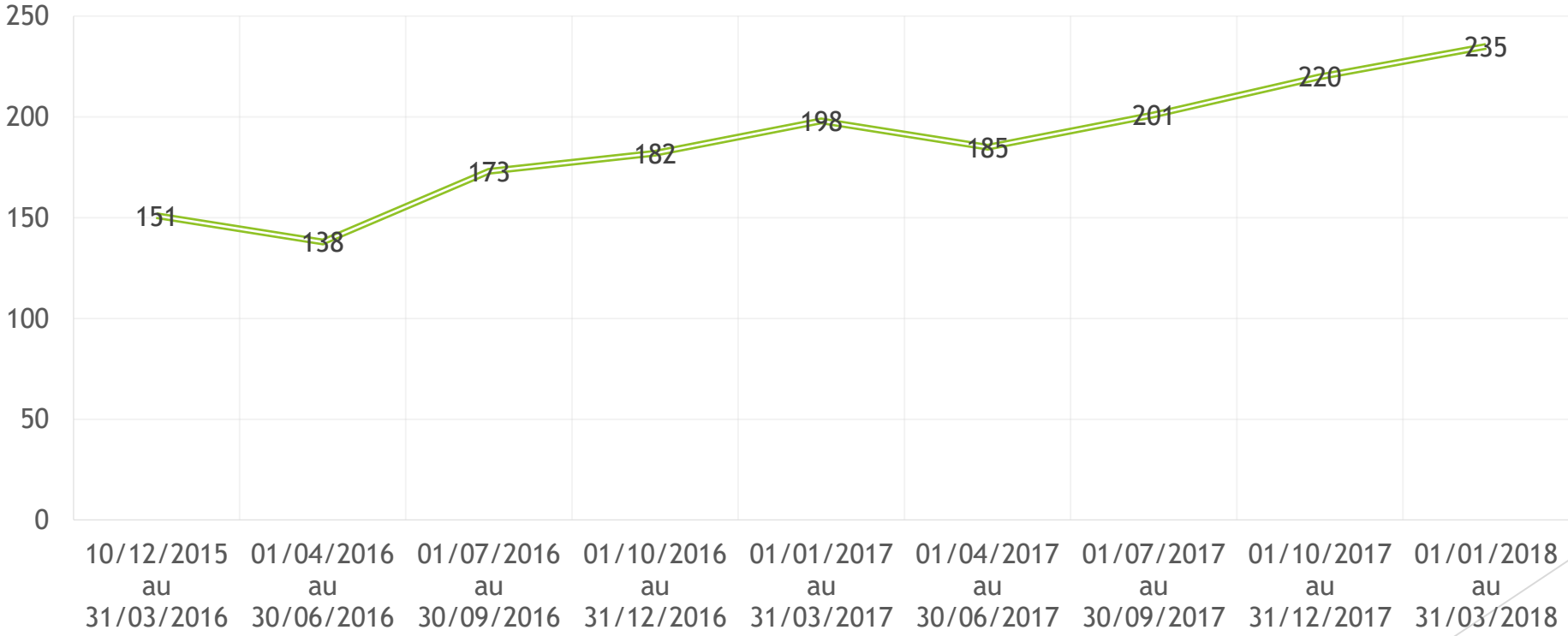
23

- **Consentement libre et éclairé**
- **Information sur**
  - **prognostic relatif à la maladie,**
  - **caractère irréversible de l'intervention**
  - **durée prévisible de la sédation»**
- **Vérification par le md de l'absence de coercition**
- **Consentement écrit (formulaire prescrit par le ministre), signé par la personne en cause ou un tiers si elle ne peut écrire, et placé au dossier de la personne apte à consentir** (art. 24)

# Nombre de SPC administrées par trimestre du 10 déc. 2015 au 30 mars 2018 pour un total de 1683\*

Commission sur les soins de fin de vie, 2019, p. 24

### NO DE SPC PAR TRIMESTRE



\*N'inclut pas le CHUM, ni 5 cas dont les dates n'étaient pas disponibles

# Soins palliatifs: problèmes éthiques

25

- **Au Qc, plus de 80% des personnes meurent à l'hôpital où le nombre de lits de soins palliatifs est conservé, voire diminué**
- **Absence de suivis multidisciplinaires à domicile, dans les Centres de soins de longue durée et dans les maisons de soins palliatifs**
- **Limites de ressources financières et humaines, obstacles prévus dans la loi (art.4) justifient de ne pas offrir ces soins ou de ne pas les offrir en interdisciplinarité.**

Faire connaître ses volontés par des directives médicales anticipées

## **2.2- Directives médicales anticipées (DMA) selon la loi 2 sur les soins de fin de vie**

- «Toute personne apte à consentir aux soins peut, au moyen de DMA, indiquer si elle consent ou non aux soins médicaux qui pourraient être requis par son état de santé au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins.» (art. 51)**

## 28 Directives médicales anticipées

- **Sont faites devant notaire ou 2 témoins sur un formulaire gouvernemental et versées au registre à la demande de l'auteur (art. 52)**
- **Rédigées par la personne elle-même ou un tiers en cas d'incapacité physique. Le témoin ne peut être une personne inapte ou mineure (art. 53)**

# À quoi s'appliquent les DMA?

- **Réanimation cardio-respiratoire**
- **Ventilation par respirateur ou autre support technique**
- **Dialyse**
- **Alimentation forcée ou artificielle**
- **Hydratation forcée ou artificielle**

# Quand s'appliquent les DMA ?

- ▶ **Condition médicale grave et incurable, et en fin de vie**
- ▶ **Coma irréversible, état végétatif permanent**
- ▶ **Démence grave sans possibilité d'amélioration**

# Formulaire de DMA

**Si je suis dans l'une des trois conditions suivantes: fin de vie, CVP ou coma irréversible, démence grave**

## **Soin A : RCR**

- Je consens à la réanimation cardio-respiratoire**
- Je refuse la réanimation cardio-respiratoire**

## **Soin B: Respirateur**

- Je consens à la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique**
- Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique**

# Formulaire de DMA (suite)

## Soin C: dialyse

- Je consens à recevoir un traitement de dialyse
- Je refuse de recevoir un traitement de dialyse

## Soin D: alimentation

- Je consens à l'alimentation forcée ou artificielle
- Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle

## Soin E: hydratation

- Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle
- Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle

# DMA (suite)

33

- **Peuvent être révoquées en tout temps au moyen d'un formulaire gouvernemental, mais ne peuvent être modifiées que par la rédaction de nouvelles DMA. En cas d'urgence, peuvent être révoquées verbalement par la personne apte (art. 54)**
- **Doivent être versées au dossier du pt, par le md qui les reçoit. Si la personne est apte, le md vérifie si elles sont toujours conformes à ses volontés. (art. 55). La même formule s'applique si le md constate un changement significatif de l'état de santé de la personne apte (art. 56)**

# DMA (suite)

34

- **Si le md constate l'inaptitude d'une personne, il consulte le registre. Si des DMA y figurent, il les verse au dossier (art.57)**
- **Pour l'inapte, les volontés exprimées dans des DMA figurant au registre ou au dossier ont même valeur que les volontés exprimées par la personne apte (art. 58)**
- **L'auteur est présumé avoir reçu toute l'information nécessaire à une décision éclairée au moment de la signature (art. 59)**

# DMA (suite)

**35 En cas de refus catégorique de la personne inapte à des soins auxquels elle a consenti dans des DMA, l'autorisation du tribunal est requise. (art. 60)**

- ▀ Le tribunal peut ordonner de respecter les DMA à la demande du représentant légal.**

**Il peut aussi les invalider en tout ou en partie, à la demande du représentant légal, d'un médecin ou d'un établissement, s'il y a des motifs raisonnables de croire que l'auteur n'était pas apte au moment de la signature ou qu'elles ne correspondent pas à ses volontés. (art. 61)**

## DMA (suite)

- **Le tribunal peut ordonner à la demande du représentant légal ou d'une personne qui démontre un intérêt pour la personne, le respect des directives anticipées (art. 61)**
- **Le mandat en cas d'inaptitude ne constitue pas des directives anticipées et en cas de divergence entre les deux, les DMA prévalent.(art. 62)**

## Enjeux éthiques liés aux DMA

- **Ne s'appliquent pas en tout temps, mais dans les trois situations cliniques mentionnées: fin de vie, coma végétatif persistants, phase avancée de maladie dégénérative**
- **Entraînent de l'acharnement thérapeutique pour des personnes qui souhaitent bénéficier de toute intervention possible, dans les trois situations cliniques en cause**

# Enjeux éthiques liés aux DMA

- Disparités du nombre des consultations des DMA à travers le Québec et donc inégalité dans le respect des DMA qui constitue pourtant une obligation légale pour les médecins

Consultations des DMA en date du 31 mars 2018

| CHU ou CIUSSS                          | n    |
|--|------|
| CHUM                                   | 7    |
| CUSM                                   | 38   |
| CHU de Québec                          | 44   |
| CIUSSS de l'Estrie et CHUS             | 2361 |
| CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal | 1    |

## Enjeux éthiques liés aux DMA

- **Les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladies dégénératives qui sont souffrantes sans être en fin de vie, en CVP ou dans les dernières phases de MD sont exclues**
- **Consentement libre et éclairé présumé**
- **Plus restrictives que les niveaux de soins qui peuvent être prescrits par un médecin ou que le mandat**

# Autres moyens pour faire connaître ses volontés

Mandat

Niveaux de soins

# Mandat

- Document notarié qui nomme un représentant légal, le mandataire, qui sera autorisé par la loi à consentir ou refuser des soins pour la personne devenue inapte et à gérer ses biens.
- Reprend des éléments du t.b. concernant le refus d'acharnement, le non-recours à des moyens disproportionnés et le soulagement de la douleur même si la mort en était devancée
- Le mandant peut inclure des clauses qui assureront son bien-être moral et physique, de même que des indications spécifiques comme sa volonté de ne pas être réanimé ou d'utiliser tous les moyens pour prolonger la vie

# Mandat (suite)

42

- L'exécution du mandat est subordonnée à la reconnaissance ultérieure de l'inaptitude du mandant, attestée par une évaluation psychosociale, et l'homologation du mandat par le tribunal.
- Le mandataire peut consulter le dossier médical et autoriser un prélèvement d'organes
- Il est responsable d'interpréter le mandat, celui qui a rédigé le mandat est présumé apte à consentir aux soins au moment de la rédaction. On présume aussi qu'il n'a pas subi de pressions indues pour le faire

# Niveaux de soins (NIM)

- ▶ Prescription médicale sous la forme d'objectifs de soins, qui résulte d'une discussion entre le patient ou son représentant et le médecin concernant l'évolution anticipée de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques

# Niveaux de soins

44

| Niveau | Description  |
|--------|--|
| 1      | Interventions maximales/optimales prodiguées incluant RCR et transfert à l'Unité des soins intensifs   |
| 2      | Prestations d'interventions médicales avec les restrictions suivantes (encerclez):<br>RCR : oui / non<br>Vasopresseurs: oui / non<br>Défibrillation: oui / non<br>Ventilation non invasive: oui / non<br>Nutrition/alimentation entérale ou parentérale: oui / non<br>Dialyse: oui / non |
| 3      | Soins maximaux offerts à l'étage. Les buts visés par les soins sont le maintien des fonctions, les soins de confort et le traitement des conditions réversibles. Ce niveau exclut la RCR et le transfert à l'Unité des soins intensifs   |
| 4      | Seuls les soins ayant comme but de promouvoir le confort et de soulager la douleur sont offerts. Aucune intervention curative ou investigation ne seront faites  |

# Résultats d'une enquête sur les NIM au Québec

- **Quand un NIM est prescrit, il est respecté dans une proportion de 98,7%**
  - **La prescription d'un Niveau 4 est significativement reliée à une consultation en soins palliatifs**
  - **Les patients atteints de cancer ont bénéficié de consultation en soins palliatifs dans une proportion de 87% par rapport 28 % des patients non cancéreux**
  - **Des directives anticipées (n=5) ou des mandats (n=10) sont rarement trouvés dans les dossiers (n=299)**
- (Frenette et Saint-Arnaud, 2016)

## 2.3- 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

47

**«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)

49

- **«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

50

**«Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, 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)

51

- **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)

52

- **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)**

**Comparaison entre les lois de la Belgique, des Pays-Bas, du Québec et du Canada sur l'euthanasie et l'aide médicale à mourir, par J. Saint-Arnaud et P. Deschamps, 2018, tiré de Saint-Arnaud, 2019, p. 225-226.**

| <b>Contenu de la loi sur l'euthanasie ou l'aide médicale à mourir</b>                            | <b>P.-B.</b> | <b>Belg.</b> | <b>Qc</b> | <b>Can.</b> |
|--|--------------|--------------|-----------|-------------|
| <b>Définition: acte qui abrège intentionnellement la vie d'une personne à sa demande</b>         | <b>X</b>     | <b>X</b>     | <b>X</b>  | <b>X</b>    |
| <b>Seul un médecin peut le faire</b>   | <b>X</b>     | <b>X</b>     | <b>X</b>  |             |
| <b>Un infirmier (ère) clinicien (enne)</b>   |              |              |           | <b>X</b>    |
| <b>Personne atteinte d'une maladie grave et incurable*</b>                                       | <b>X</b>     | <b>X</b>     | <b>X</b>  | <b>X</b>    |
| <b>Personne atteinte d'une affection ou d'un handicap grave et incurable</b>                     |              | <b>X</b>     |           | <b>X</b>    |
| <b>Personne en fin de vie</b>  |              |              | <b>X</b>  |             |
| <b>Sa mort naturelle est raisonnablement prévisible</b>  |              |              |           | <b>X</b>    |
| <b>Elle est apte à participer au processus décisionnel</b>                                       | <b>X</b>     | <b>X</b>     | <b>X</b>  | <b>X</b>    |
| <b>Elle doit faire une demande explicite, volontaire, éclairée sans pression et répétée</b>      | <b>X</b>     | <b>X</b>     | <b>X</b>  | <b>X</b>    |
| <b>Elle doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques insupportables et inapaisables</b> | <b>X</b>     | <b>X</b>     | <b>X</b>  | <b>X</b>    |

| <b>Contenu de la loi sur l'euthanasie ou l'aide médicale à mourir</b>  | <b>P.-B.</b> | <b>Belg</b> | <b>Qc</b> | <b>Can.</b> |
|--|--------------|-------------|-----------|-------------|
| <b>Souffrances jugées insupportables par la personne même</b>  |              |             | X         | X           |
| <b>Elle peut demander l'euthanasie dans des directives anticipées</b>  | X            | X           |           |             |
| <b>Demande écrite</b>  |              | X           | X         | X           |
| <b>Consultation d'un médecin indépendant et rapport**</b>  | X            | X           | X         | X           |
| <b>Aide médicale au suicide***</b>   | X            |             |           | X           |
| <b>Jeunes de 16 à 18 ans (assentiment des parents) et 12 à 16 ans (consentement des parents)</b>   | X            |             |           |             |
| <b>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</b>   |              | X           |           |             |
| <b>Décès à courte ou longue échéance</b>   |              | X           |           |             |
| <b>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</b> |              | X           |           |             |

\*La Loi belge ajoute une affection accidentelle grave et incurable

\*\*Rapport au médecin légiste de la commune aux Pays-Bas qui transmet à la Commission régionale, directement à la Commission en Belgique et à la Commission et au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements au Québec

\*\*\*Aide au suicide non incluse dans la loi belge mais la Commission l'accepte en autant que les règles de pratique de l'euthanasie y sont respectées

# Élargissement des critères dans la loi sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique

- Application de la loi à des catégories de personnes qui n'y étaient pas initialement incluses
- Classe initiale: personnes aptes à participer aux décisions de soins
- Élargissement des critères incluant des personnes inaptes au moyen de directives anticipées et des enfants

## Retour sur les buts

**Autonomie de la personne valorisée, mais limitée par des critères comme la fin de vie pour AMM et les situations cliniques admissibles pour DMA**

**Transparence des pratiques médicales**

- En Belgique et aux Pays-Bas, tous les cas ne sont pas déclarés**
- Ceux qui ne sont pas déclarés ne respectent pas les conditions d'application incluses dans les lois**

# Contrôle effectué par les Commissions

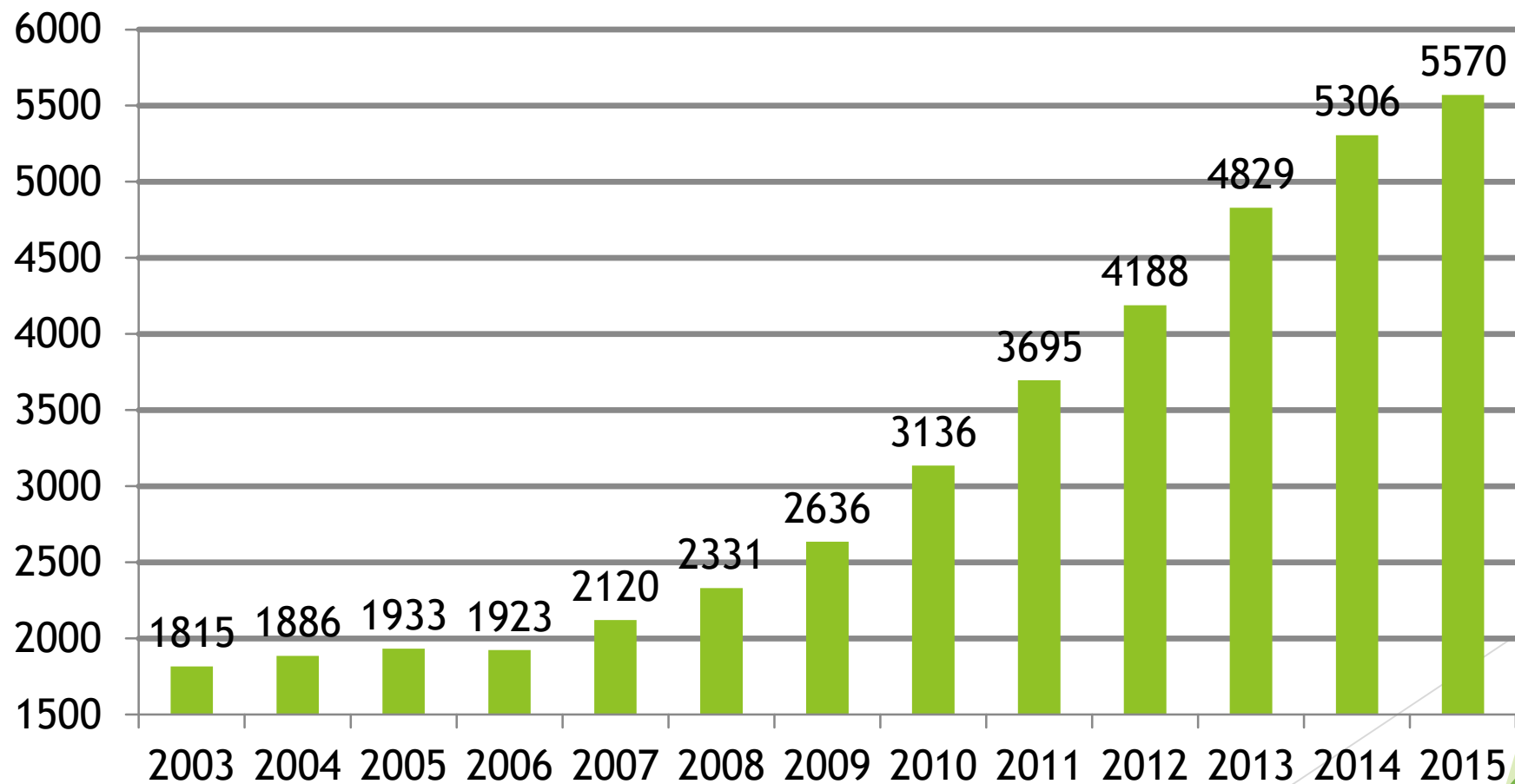
58

- ▀ **Le double rôle des Commissions de révision:**
  - ▀ favoriser les déclarations
  - ▀ opérer un contrôle
  - ▀ intervention de type formatif plutôt que punitif
- ▀ **L'interprétation de la loi par les Commissions**
  - ▀ Le cas du suicide assisté en Belgique
  - ▀ L'interprétation du critère de souffrance intolérable et inapaisable différente selon des médecins, des consultants et des membres des commissions d'évaluation

# Les statistiques belges, néerlandaises et québécoises

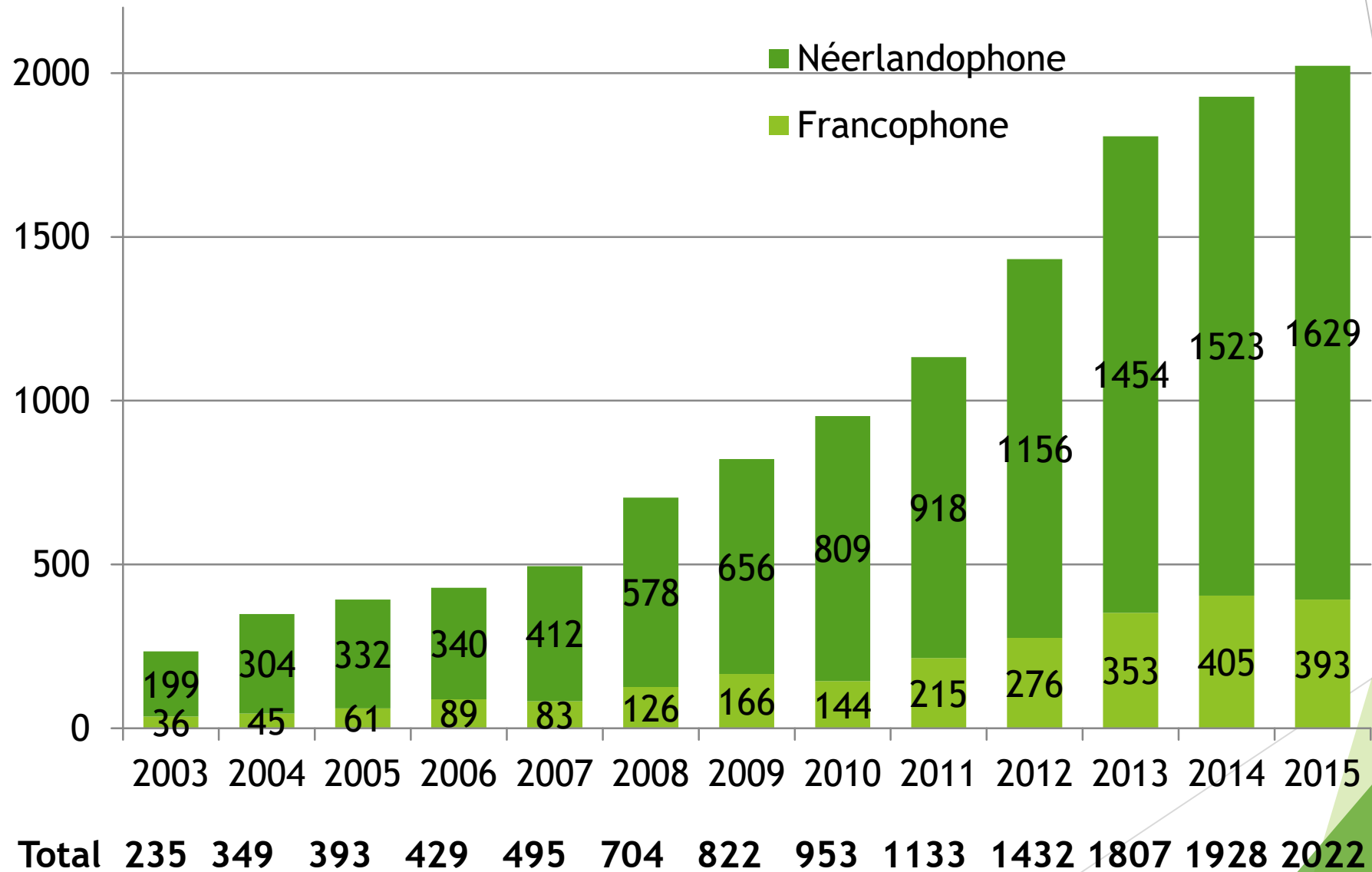
# Nombre d'euthanasies déclarées aux Pays-Bas 2003-2015 selon les Rapports annuels des Commissions régionales de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

Nombre d'euthanasies (euth., aide au suic, les 2)



# Nombre d'euthanasies déclarées en Belgique

## Rapports de la CFCEE, 2003-2015



# 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 |

# AMM au Québec du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018 selon Santé Canada

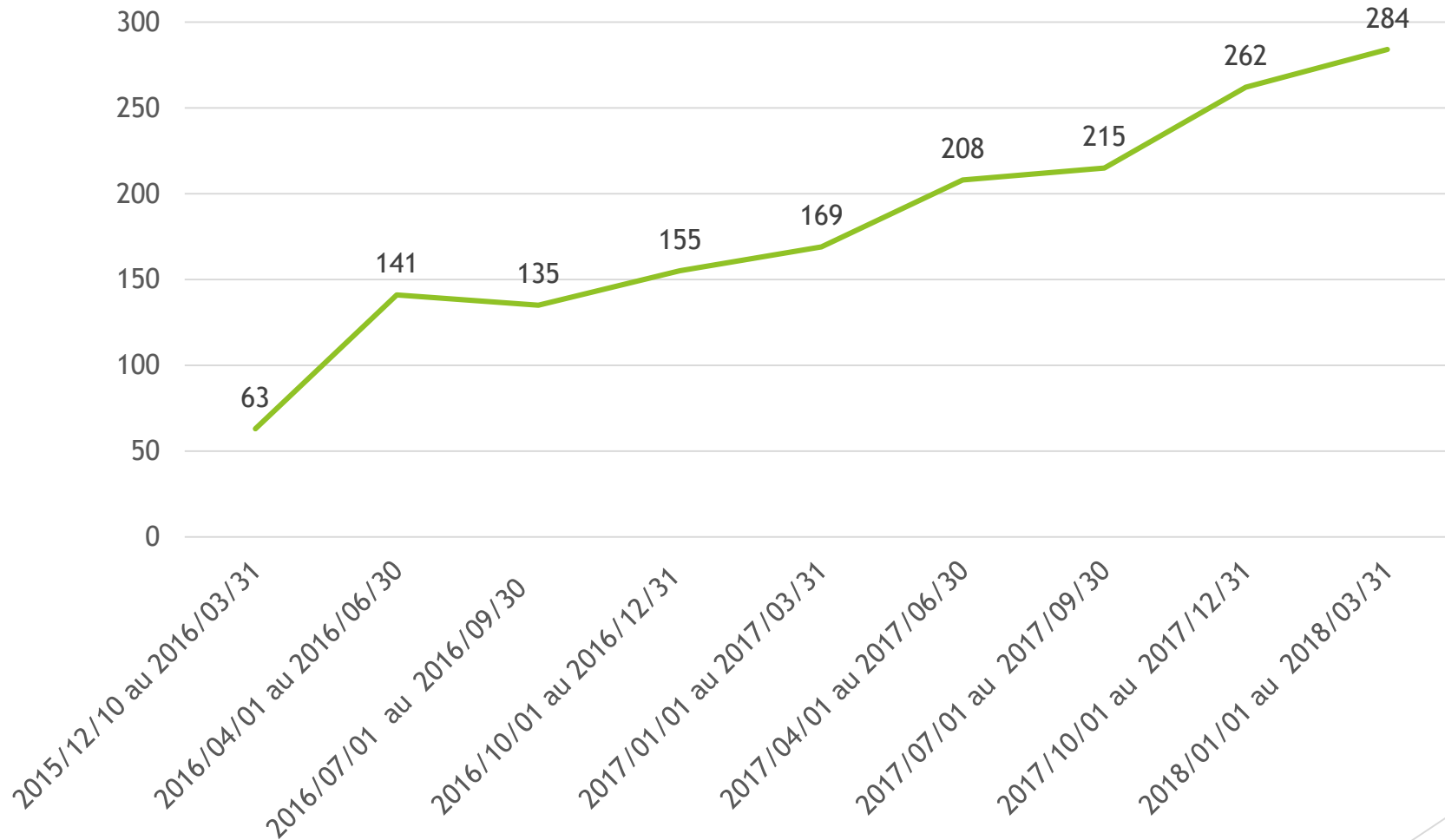
▶ 1 664

**Nombre d'AMM au Canada du 10 décembre 2015 au  
31 octobre 2018**

▶ 6749

Santé-Canada, 2019, p.4.

## AMM au Qc entre le 10 déc. 2015 et le 31 mars 2018 n = 1632



# Qui sont les personnes vulnérables selon l'expérience québécoise?

- On ne peut évaluer le nombre d'AMM qui ne sont pas déclarées puisque nous n'avons pas d'enquêtes stratifiées à partir des certificats de décès comme au Pays-Bas et en Flandres.
- On pourrait penser que les résultats d'études effectuées ailleurs pourraient s'appliquer, si des valeurs culturelles sont en cause. Au Québec, la diversité dans les pratiques indique que les hôpitaux anglophones (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Mtl) sont peu enclins à appliquer la loi, mais ils partagent cela avec les hôpitaux du Centre-sud et du Nord de l'Île de Montréal

# AMM-Variation entre des régions socio-sanitaires et entre certains CHU entre le 15 décembre 2015 et le 31 mars 2018

| Région sociosanitaire                  | n   |
|--|-----|
| CIUSSS de l'Estrie-CHUS                | 107 |
| CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal   | 104 |
| CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-de-Montréal | 22  |
| CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal | 14  |

| CHU                        | n   |
|----------------------------|-----|
| CUSM                       | 31  |
| CHUM                       | 56  |
| CHU de Qc-Université Laval | 162 |

Données tirées du *Rapport sur la situation des soins de fin de vie*, p. 31

# Selon le Rapport de la Commission sur les soins de fin de vie, 2019

- ▶ Des personnes (n=830) n'ont pas pu obtenir l'AMM. De ce nombre, 566 demandes (68%) étaient potentiellement admissibles.
- ▶ 67% des demandes non administrées entre le 15 décembre 2015 et le 30 mars 2018 avaient été évaluées par un md qui avait accepté d'en prendre charge; 17% n'avaient pas été évaluées; manque d'information pour 16%

# Selon les Rapports de la Commission sur les soins de fin de vie, 2019,p. 61

| Motifs de non-administration de l'AMM                  | n   | %   |
|--|-----|-----|
| Ne répondait pas aux critères                          | 191 | 23  |
| Décès survenu avant la fin du processus d'évaluation   | 168 | 20  |
| Retrait de la demande                                  | 167 | 20  |
| A cessé de répondre aux critères en cours de processus | 164 | 20  |
| Décès avant l'administration de l'AMM                  | 67  | 8   |
| Autre  | 48  | 6   |
| Non disponible   | 4   | < 1 |
| Pas de réponse   | 21  | 3   |
| Total  | 830 | 100 |

| Étude                                       | Année, pays<br>Participants                                | Type<br>d'étude                         | Résultats   |
|---|--|---|---|
| Seller,<br>Bouthillier<br>et Fraser<br>2019 | 10/12/2015<br>À<br>30/03/2017<br>Qc, Canada<br>80 dossiers | Revue rétro-<br>spective des<br>dossier | <p>Raison principale invoquée pour AMM: souffrance, suivie par perte de contrôle et perte d'autonomie.</p> <p>Soins palliatifs: 49 pts (64%) recevaient des soins palliatifs avant la requête; 16 pts (21 %) en ont eu après la requête; 11 pts (14 %) ont refusé les soins palliatifs.</p> <p>NIM: 42% des formulaires ont été remplis de 1 à 6 jrs avant la requête, 17% le jour même ou après et seulement 5% ont eu un NIM complété plus de 100 jrs avant la requête; 23(29 %) avaient un NIM à 1 ou 2 au moment de la requête; 15 pts(19%) recevaient des TMFV au moment de la requête</p> <p>Dix jours de sauvegarde peu respectés: 60% des AMM effectuées en dedans de 10 jours.</p> <p>Justification: perte de capacité imminente</p> |

# Selon la Commission sur les soins de fin de vie, 2019

- ▶ Des DSP ont rapporté des difficultés à recruter des médecins pour administrer l'AMM et pour confirmer le respect des conditions d'admissibilité
- ▶ En 2017-2018, 18 omni et 4 spécialistes se sont partagés en moyenne 13,6 AMM/année. Ils ont administré entre 6 et 50 AMM/année pour un total de 300 ou 48 % du total d'AMM facturées durant la même période

# Selon la Commission sur les soins de fin de vie, 2019

- ▶ 53% des médecins en présence de qui une demande d'AMM a été signée ne l'ont pas administrée

Raisons pour ne pas pratiquer (Opatrny et Bouthillier, 2017\*)

Fardeau émotionnel

Perception d'un manque d'expertise

Lourdeur de la tâche

Temps requis pour prendre en charge la demande

Craintes au plan légal

\* Étude qualitative auprès de 22 mds

# AMM au Québec du 10 décembre au 31 août 2016

| Déclarations<br>reçues (n) | Déclarations<br>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<sup>ième</sup> md (n=18)

Fin de vie (n=2)

Maladie grave et incurable (n=1)

# Équité: conditions

73

- 1) la loi est appliquée de manière impartiale pour tous
- 2) les critères invoqués dans la loi répondent aux besoins des individus

**Selon le 1), 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 recevoir le service, quel que soit l'endroit où il habite**

## 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
- Si les médecins étaient suffisamment formés en soulagement de la douleur, certains patients ne demanderaient pas l'euthanasie

# Équité dans la réponse aux besoins

- 75
- **Les lieux d'hébergement et de soins n'offrent pas tous des soins palliatifs, ni un soulagement adéquat de la douleur totale qui nécessite non seulement l'utilisation adéquate de médicaments traitant la douleur physique, mais encore 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.**
  - **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**
- ▀ **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 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 québécoise, des personnes comme Sue Rodriguez, Lee Carter ou Gloria Taylor n'auraient pas accès à l'AMM, alors que l'Arrêt Carter les y autoriserait**

# En guise de conclusion

79

- **Les groupes qui ne répondent pas aux critères 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 aux droits et 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](mailto:jocelyne.st-arnaud@umontreal.ca)**

# Bibliographie

81

- 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.
- 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](http://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](http://www.ieb-erb.org/fr/pdf)
- 82 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](http://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.
  - 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.
  - 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, disponible sur Papyrus
  - Frenette M, Saint-Arnaud J. (2016). Les échelles de niveaux de soins en centre hospitalier : enjeux et perspectives. *Revue canadienne sur le vieillissement*, 35 (1).
  - 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.
  - 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.
  - Gentile D. (2016). Aide médicale à mourir: 461 cas en un an, Site: [ici.radio-Canada.ca](http://ici.radio-Canada.ca), mardi 14 mars.

- Gervers S. (2007). Selected Legislation and Jurisprudence. Evaluation of the Ducht on legislation euthanasia and assisted suicide. *European Journal of Health Law*, 14, p. 369-379.
- Griffiths J., Weyers H., & Adams M. (2008). *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford and Portland (Oregon), Hart Publishing.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1995). Opioids for chronic noncancer pain. *Pain Clinical Updates*, III(3).
- Hastings Center (The) (1987). Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press.
- 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.
- 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>
- 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.
- 1. 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.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D.C. (1988). *For the patient's good : The restoration of beneficence in health care*. New York : Oxford University Press.

- 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.
- 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.
- 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 Symptom Management*, 42 (5), p. 721-733.
- Williams, G. (1957). *The sanctity of life and criminal law*. New York : Knopf.