

La Loi concernant les soins de fin de vie et les enjeux éthiques liés à son application

Présentation au groupe de recherche MEOS, 6 décembre 2017

Par

Jocelyne Saint-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

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 l'une euthanasie (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

4

- **En 2009, 81% des spécialistes croient que l'euthanasie se pratique au Qc, 20% ne la pratiqueraient pas; 48% pensent que la sédation palliative continue (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)**

4

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

6

- **En 2010, le Barreau du Qc publie *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes***
- **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**

6

Organisations et institutions

7

- 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)

7

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 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)

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).

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**

2- 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)**
- ▶ **Directives médicales anticipées (DMA)**
- ▶ **Aide médicale à mourir (AMM)**

Définitions de soins de fin de vie et des soins palliatifs selon la Loi 2

- 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°)

Accès à des soins palliatifs

16

- **«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. (...)**
- **Cette réserve a 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°)**

18 Exigences spécifiques pour la sédation palliative continue (SPC)

- **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)

Soins palliatifs: enjeux éthiques

19

- **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) qui justifient de ne pas offrir ces soins ou de ne pas les offrir en interdisciplinarité.**

20 3- Directives médicales anticipées 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)**

21 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**

Enjeux éthiques liés aux DMA

- 24
- **Ne s'appliquent pas en tout temps, mais dans certaines situations cliniques**
 - **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**
 - **Une personne ne peut y demander AMM**

4- 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

26

«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)

28

- **«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

²⁹ **«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)

30

- 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)

31

- **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	

34

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**

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 l'AMM et les situations cliniques admissibles pour les 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

37

- ▀ **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

37

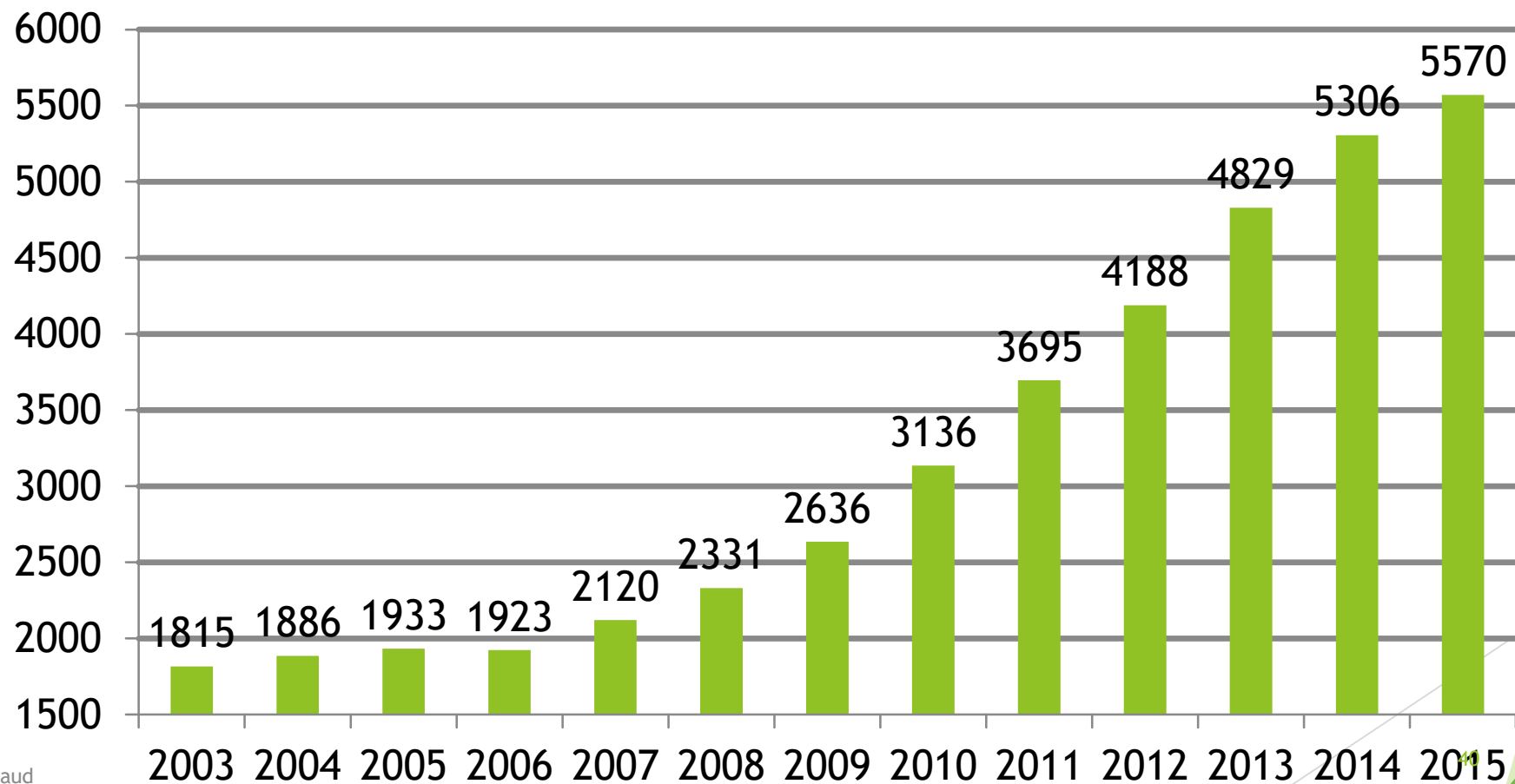
La Commission québécoise

- ▶ **Évalue les rapports médicaux reçus**
- ▶ **Demande des explications supplémentaires**
- ▶ **Critique du Dr Alain Naud dans *Le Devoir* (9 nov. 2017)**
- ▶ **Si contrôle accentué, moins de déclarations seront effectuées**

**L'argument du petit nombre.
L'expériences de la Belgique, des Pays-
Bas et du Québec**

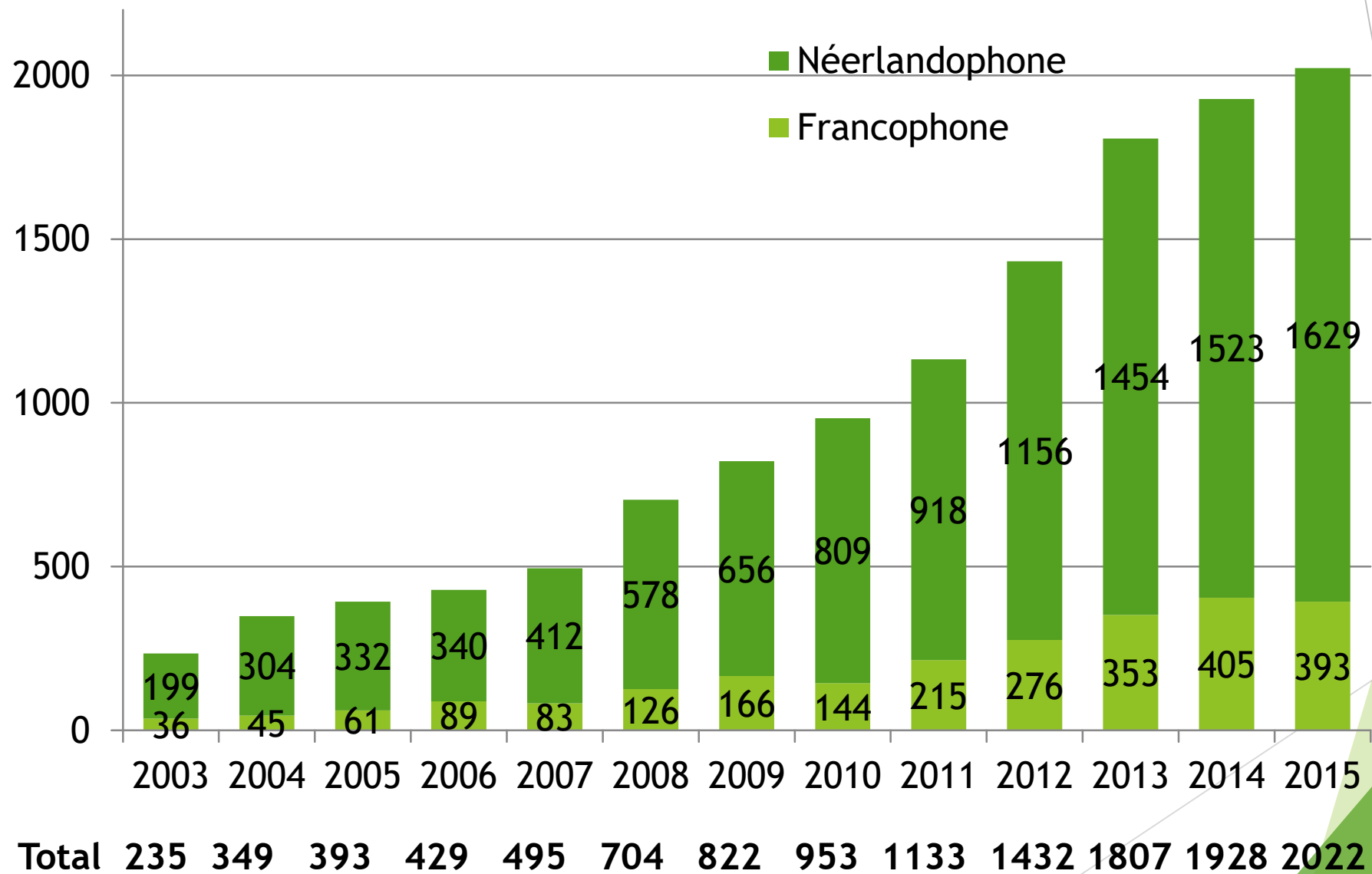
Nombre d'euthanasies déclarées aux Pays-Bas 2003-2015 selon les Rapports annuels des Commissions régionales de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

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



Nombre d'euthanasies déclarées en Belgique

Rapports de la CFCEE, 2003-2015



AMM 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

Enjeux éthiques liés à l'équité

44

Conditions à respecter pour un traitement équitable

- 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

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

- ⁴⁶
- **Les lieux d'hébergement et d'hospitalisation 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

47

- 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?

47

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 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 autoriserait**

En guise de conclusion

50

- **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 au respect de l'autonomie de la personne limité par le critère de fin de vie**
- **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**

50

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

Bibliographie

52

- 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 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
- 53 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.
 - 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
 - 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.
 - 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.

- Griffiths J., Weyers H., & Adams M. (2008). *Euthanasia and Law in Europe*, Oxford and Portland (Oregon), Hart Publishing.
- 54- 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.
- 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.

- 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.

55 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): Mémogrammes/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. Niekemp, 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.