

Sherbrooke
nature urbaine

Le patient au centre des enjeux: son **choix** entre les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir

Dre Marjorie Tremblay

Hôpital Sacré-Cœur de Montréal/Notre-Dame de la Merci

GMF-UMF CLSC Bordeaux-Cartierville

Médecin responsable soins palliatifs à domicile territoire Bordeaux-Cartierville/St-Laurent

Me Pierre Deschamps

Avocat et éthicien

Juge pendant 10 ans au Tribunal canadien des droits de la personne

Il a à son crédit plusieurs articles sur les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir

26^e congrès annuel du Réseau de soins palliatifs du Québec
L'émergence de l'approche palliative :
en mouvement vers de nouveaux horizons



LE 5 MAI 2016

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Marjorie Tremblay, MD



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation.



Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Pierre Deschamps, C.M., Ad. E.



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation.



Au terme de cette conférence, le participant sera en mesure de:

1. Connaître les articles de la Loi 2.
2. Distinguer l'aide médicale à mourir des soins palliatifs.
3. De discuter du rôle du médecin en soins palliatifs eu égard aux soins de fin de vie et du rôle du médecin traitant dans l'application de la Loi.
4. Discuter des enjeux de l'application de la Loi.





La Loi québécoise précise les définitions de plusieurs concepts importants pour permettre à tous de parler le même langage.

(article 3)

Définition:

Soins de fin de vie (article 3, alinéa 3)

les soins palliatifs
ET
l'aide médicale à mourir



Définition:

Soins palliatifs (article 3, alinéa 4)

Les soins actifs et globaux dispensés 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 le soutien nécessaire.

La **sédation palliative** fait partie des soins palliatifs comme étant un des moyens de soulager une personne apte ou inapte.



Définition:

Sédation palliative (article 3, alinéa 5)

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.

Formulaire à remplir prévu par la loi par le patient ou si inapte par un proche. (article 24)



À mon avis, la définition de la sédation palliative contenue dans la Loi manque de nuances.

La définition de la sédation palliative s'obtient par ce qu'elle est et aussi par ce qu'elle n'est pas.



La sédation palliative

Ce qu'elle est: la sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.

Ce qu'elle n'est pas: La sédation palliative devrait être distinguée de l'état d'altération progressif de la conscience qui accompagne spontanément l'évolution de la maladie vers la mort. Cette dernière résulte de l'addition des conditions métaboliques du mourir et des traitements utilisés. La sédation se distingue également de la sédation survenant occasionnellement comme effet secondaire non désiré des dérivés opioïdes utilisés à forte dose dans le cadre du soulagement de douleurs sévères.



Définition

l'aide médicale à mourir (article 3, alinéa 6)

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.



Certains prétendent que le fait d'en avoir fait un soin, l'aide médicale à mourir n'est donc pas une forme d'euthanasie.



Euthanasie et aide médicale à mourir

Euthanasie: « Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande pour mettre fin à ses souffrances. »

Proposition de la Commission: «Euthanasie, sous la forme d'une aide médicale à mourir»

Commission spéciale Mourir dans la dignité, p. 17 et 78



Controverse de définir l'aide médicale à mourir comme un soin

Position de la maison Michel-Sarrazin:

Mais, en même temps, il ouvre la porte à l'euthanasie, qu'on assimile de façon inacceptable à un soin.

Le choix de l'expression « aide médicale à mourir » est un euphémisme inconvenant. Présenter l'euthanasie en disant « ce n'est pas tuer, c'est devancer par compassion une mort dont la souffrance s'avère insupportable » est une façon irresponsable de jouer avec les mots.

L'euthanasie n'est pas un soin. Donner des soins, encore plus des soins palliatifs, s'adresse à la vie, à un patient vivant. Le soin suit une logique de vie.

Soulager la souffrance et accompagner le malade en fin de vie sont des soins prodigués dans une relation individuelle et singulière entre le soignant et le soigné. Abréger la vie n'est plus soulager ou soigner, c'est un geste radical qui met fin prématurément à la vie de la personne et interrompt brutalement cette relation fondamentalement humaine.



Cour suprême (2015)

Nul n'est besoin pour la personne d'être en fin de vie pour demander l'aide médicale à mourir soit par:

1. la prescription par un médecin d'une dose mortelle d'une substance

ou

2. l'administration par un médecin d'une dose mortelle d'une substance

Tant que la personne est majeure, apte et affectée par des problèmes de santé graves et irrémédiables (affection, maladie, handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables.



La loi québécoise ne s'adresse qu'aux patients en fin de vie

Elle ne permet pas la prescription d'une dose mortelle d'une substance par un médecin que le patient prend par lui-même.

Seule **l'administration par le médecin** d'une dose mortelle d'une substance a été choisie comme méthode.



La loi québécoise en un clin d'oeil

10 décembre 2015

La personne doit: (article 26 spécifiant les critères d'admissibilité à la demande d'aide médicale à mourir)

1. être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
2. être majeure et **apte** à consentir
3. être en fin de vie
4. être atteinte d'une maladie grave et incurable
5. avoir une situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
6. **éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.**



Pour demander l'aide médicale à mourir, le patient doit être *apte*.

En ce qui concerne l'évaluation de l'aptitude à consentir à un soin, il est recommandé de recourir aux critères préconisés en Nouvelle-Écosse.

Est-ce que le bénéficiaire:

1. comprend la nature de sa maladie?
2. comprend la nature du traitement proposé?
3. comprend les risques et les avantages du traitement proposé?
4. comprend les conséquences de ne pas se soumettre à ce traitement?
5. **a sa capacité à décider limitée par l'impact de sa maladie sur son état mental?**



Première question que je vous pose:

Croyez-vous que le patient **qui éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge tolérables** peut trouver sa capacité de décider limitée par l'impact de sa maladie sur son état mental?

*Dernier critère
des 6 conditions
d'admissibilité
pour demander
l'aide médicale à
mourir.
(article 26)*

L'état dans lequel le patient doit se trouver pour satisfaire les conditions afin d'obtenir l'aide médicale à mourir permet-il au patient de prendre une telle décision? Est-il **APTE**?



Autres directives importantes: (article 29)

1. Deux médecins seront consultés

Soit le médecin traitant ou non (s'assure de la recevabilité de la demande) et un second médecin, indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis, qui doit revalider cette dernière en revérifiant certains points:

- a) s'assurer que la personne répond aux conditions de **l'article 26**
- b) s'assurer du caractère **libre** et **éclairé**
- c) s'assurer de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM dans des entretiens à des moments différents
- d) d'informer l'équipe traitante de cette demande et de ses proches **si la personne le souhaite**
- e) s'assurer que la personne a pu contacter les personnes dont elle souhaite mettre au courant de sa demande.

2. Remplir un formulaire du MSSS signé et daté en présence d'un professionnel de la santé

À obtenir sur l'intranet des établissements



Deuxième question que je vous pose:

Si le patient remplit le sixième critère nécessaire pour l'admissibilité à obtenir l'aide médicale à mourir soit:

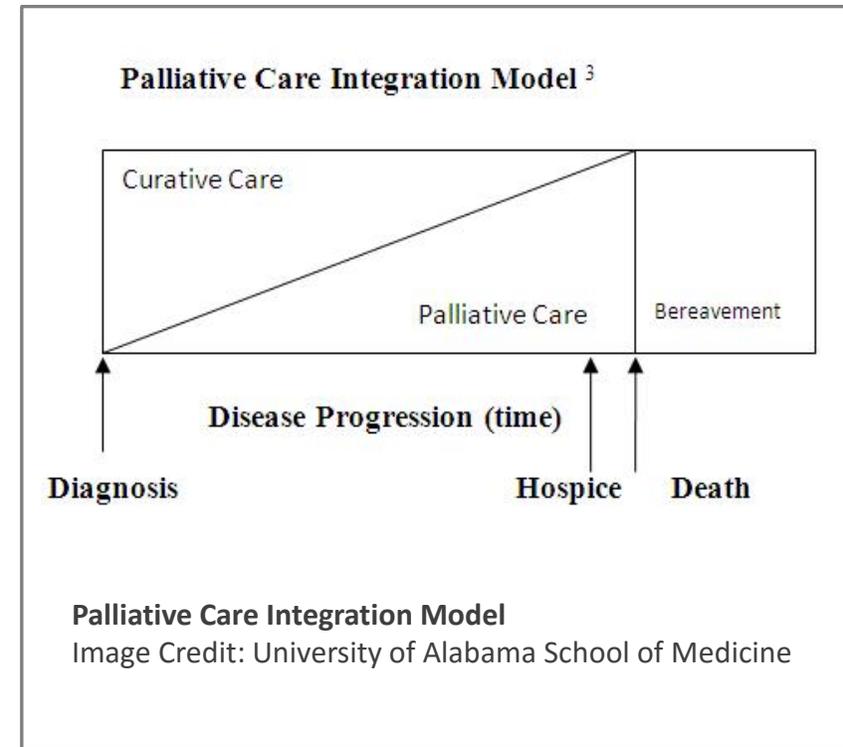
qu'il éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge tolérables.

Pourquoi le médecin traitant n'a pas demandé une consultation en soins palliatifs avant même que le patient en arrive à cet état?



L'importance d'introduire les soins palliatifs tôt.

- 1) Permettre au patient d'être soulagé dès le début de sa maladie (aider possiblement le patient à passer plus facilement à travers les traitements difficiles de chimiothérapie, etc.)
- 2) Permettre une explication longitudinale des soins selon l'évolution de la maladie et permettre au patient de décider s'il veut continuer ou non les traitements en se basant sur sa qualité de vie.
- 3) Créer un lien de confiance solide entre le médecin de soins palliatifs et le patient et sa famille dès le début de la maladie pour permettre une meilleure préparation à la mort si la maladie finit par l'emporter. (Il y a de fortes chances que cela facilite l'acceptation pour le patient et la famille et diminue les deuils difficiles.)
- 4) Éviter que les patients et familles perçoivent à tort les soins palliatifs comme de l'euthanasie (si le patient est transféré alors qu'il est mourant, la famille et le patient ont de fortes chances d'associer les soins palliatifs et leurs traitements pour le confort à la cause du décès.



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.

Les dispositions s'appliquent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires des établissements et des maisons de soins palliatifs ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent.

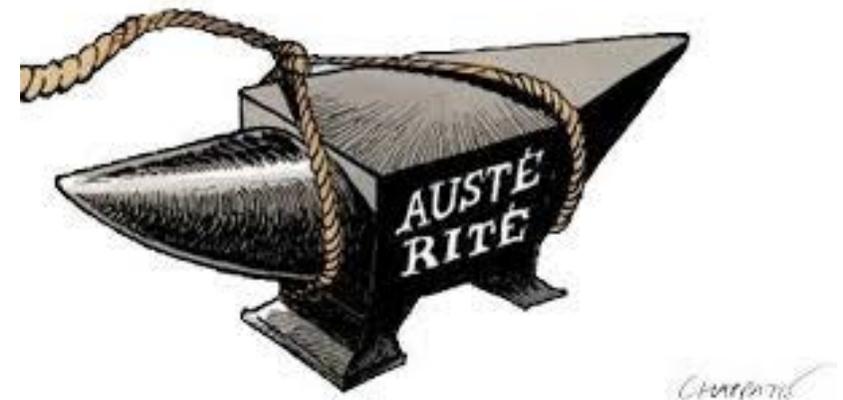
Article 4

Ce droit est donc balisé par les ressources que l'État est prêt à investir dans les soins de santé.



Dans le contexte actuel, favoriserons-nous l'aide médicale à mourir plutôt que l'option des soins palliatifs?

1. Population vieillissante
2. Ignorance de certains médecins et des patients de ce que les soins palliatifs peuvent offrir pour soulager.(ne réfèrent pas en soins palliatifs)
3. Dosage inapproprié des médicaments empêchant de réellement soulager les patients par peur.
4. Les médecins ne proposent pas assez la sédation palliative continue
5. Très peu de formations en soins palliatifs offertes, manque de médecins et d'infirmières spécialisées en soins palliatifs
6. L'acharnement thérapeutique
7. Coupures budgétaires dans le système de santé
8. Très peu d'investissements prévus en soins palliatifs alors que pour respecter le droit des patients en fin de vie de faire leur choix, il faudrait leur offrir 2 options



D'ailleurs, la commission reconnaît ce problème majeur

Rapport de la Commission spéciale Mourir dans la dignité (p.60)

« Malgré la meilleure des volontés, il est irréaliste de croire que les soins palliatifs seront offerts à l'ensemble de la population québécoise dans un avenir immédiat. Dans l'intervalle, des patients souffriront inévitablement et nous devons trouver **une solution qui réponde à la situation actuelle.** (...) »

Nous tenons toutefois à réitérer que, parallèlement à toute démarche entreprise en vue d'autoriser une aide médicale à mourir, des efforts considérables devront être fournis pour offrir des soins palliatifs de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin. »



Toutes les conditions réunies pour que le patient réclame l'aide médicale à mourir?

Le manque d'investissement financier aura également comme conséquence de diminuer la qualité des soins palliatifs offerts:

1. Ratio infirmière/patient inadéquat afin de sauver des coûts
2. Abolition des soins globaux qui devraient être le modèle privilégié en soins palliatifs
3. Manque de formation
4. Conditions difficiles dans ce contexte particulier d'accompagnement de patients mourants alors beaucoup de roulement de personnel
5. Équipe interdisciplinaire très épurée (souvent pas de psychologues, peu de bénévoles, pas d'infirmières dédiées, etc.)
6. Lieu physique mal adapté pour répondre aux patients en fin de vie (pas de toilette dans la chambre, pas de disponibilité de chambre privée, éclosion, etc.)



Troisième question pour vous:

Si les soins palliatifs ne sont pas accessibles partout au Québec, peut-on éthiquement parler d'un choix?

L'aide médicale à mourir devient la seule alternative **par manque de choix.**



L'application de la Loi est la clé

L'organisation des soins est cruciale pour le respect du choix du patient.

La Loi exige qu'un patient qui demande l'AMM (s'il répond aux critères) puisse l'obtenir.

La Loi exige également un droit d'obtenir des soins palliatifs de qualité partout.

Il faut autant d'effort pour le développement des 2 options distinctes.

Il ne faut pas qu'une option nuise à l'autre à cause d'une mauvaise organisation des soins.



Question de respect dans l'intérêt de tous.

Le médecin peut avoir des convictions personnelles. Elles seront respectées.

Le patient a le droit d'opter pour l'AMM. S'il répond aux critères, son choix sera respecté.

« Au moment d'aborder l'ensemble des options de soins de fin de vie, et en particulier l'AMM, il est fondamental de respecter la diversité des points de vue, ceux des patients comme ceux des médecins et des autres professionnels de la santé. Ces derniers ont le devoir professionnel de procurer aux patients qui y consentent les soins les plus appropriés. Cependant, ils ne sont pas tenus de participer à l'AMM si leurs convictions personnelles les en empêchent. » (Guide d'exercice aide médicale à mourir, CMQ, p. 6)



Responsabilité des établissements

Afin que tous puissent être respectés, la façon d'appliquer la Loi est cruciale. Les établissements ont le devoir d'implanter des processus organisationnels efficaces pour que la demande d'un patient qui veut l'AMM soit acheminée à des médecins qui n'ont pas de convictions personnelles vis-à-vis l'AMM dans des lieux appropriés



Avons-nous pensé aux médecins?

Le guide d'exercice du CMQ portant sur l'aide médicale à mourir reconnaît que:

1. ce geste n'est pas banal. « Il n'en demeure pas moins vrai que ce geste n'est jamais anodin » (p.6)
2. les médecins auront besoin d'aide (programme d'aide aux médecins)
3. tous les intervenants impliqués dans les démarches d'AMM pourront nécessiter de l'aide et du support (création de GIS)

Le médecin devra justifier ce geste en engageant sa responsabilité professionnelle, personnelle et légale. Il devra être présent jusqu'au décès du patient et soutenir par la suite la famille et les intervenants. On ne parle plus d'autonomie individuelle, mais bien d'une autonomie relationnelle puisque l'AMM a été la méthode choisie. (plutôt que le suicide assisté)



Certains pensent que le médecin traitant d'une personne qui fait une demande d'AMM est obligé par la Loi d'être impliqué dans le processus de la demande d'AMM.

C'EST FAUX.



Quels médecins vont se sentir concernés par l'AMM et qui donnera la dose mortelle?

Selon l'article 30, si les deux médecins reconnaissent l'admissibilité du patient à obtenir l'AMM, l'un d'eux doit l'administrer lui-même, accompagner le patient et demeurer auprès de lui jusqu'à son décès.

Selon l'article 50, un médecin peut refuser d'administrer l'AMM en raison de ses convictions personnelles.

Selon l'article 31, tout médecin qui refuse une demande d'aide médicale à mourir pour un motif non fondé sur les critères d'admissibilité (article 26/article 29) ou d'administrer la dose mortelle, doit en aviser le plus rapidement possible le DG ou personne désignée et lui transmettre la demande.

Le DG ou personne désignée doit trouver le plus tôt possible un médecin qui accepte de traiter la demande et si les conditions de l'article 29 sont remplies, lui administrer.



EST-CE VOUS?

Chaque médecin devra se poser la question.



Le médecin qui a des convictions personnelles doit facilement référer le patient.

Le médecin ne doit pas compenser et/ou se sentir responsable d'abandonner son patient si les processus ne sont pas en place pour diriger efficacement le patient.

Ce sont les responsabilités des établissements de mettre en place des processus organisationnels pour protéger le droit des médecins de ne pas s'impliquer dans les démarches d'AMM tout en protégeant le droit du patient d'être évalué correctement par une équipe compétente en matière d'AMM.

Le médecin qui s'impliquera dans les démarches d'une demande d'AMM doit:

1. Très bien connaître la Loi 2 et le règlement d'application sur l'aide médicale à mourir
2. Très bien comprendre le guide d'exercice du CMQ sur l'AMM qui vient compléter la Loi
3. Il y a une complexité technique propre aux patients en fin de vie. La voie IV est très problématique et souvent impossible à obtenir.

Il faut donc penser qu'il faudra peut-être avoir recours aux voies centrales

Et si la voie IV s'infiltré durant la procédure...



Avons-nous pensé aux patients qui demandent l'AMM?

Le patient qui demande l' AMM ne doit pas subir les complications et les délais d'un processus organisationnel mal planifié.

1. Le médecin qui ne veut pas s'impliquer doit facilement référer le patient au DG ou à la personne désignée de l'établissement pour que le processus se poursuive. (article 31)
2. Le patient doit être dirigé vers une équipe de médecins qui connaissent bien la Loi pour bien évaluer les critères, demander les consultations nécessaires pour évaluer toutes les options.
3. Le patient qui répond aux critères pour obtenir l'AMM mérite un médecin compétent pour l'administration qui a développé une expertise afin que tout se passe bien.



Avons-nous pensé aux patients qui ont choisi les soins palliatifs?

Tous les médecins de soins palliatifs et tous les médecins traitants qui réfèrent aux soins palliatifs qui travaillent principalement dans les hôpitaux de soins aigus vous diront qu'à chaque patient et qu'à chaque famille, le médecin doit démystifier les soins palliatifs.

NON! La morphine qui sera administrée n'arrêtera pas le cœur.

NON! Les médicaments donnés pour soulager le patient ne provoquera pas le décès.

Ainsi, les patients rassurés finissent par accepter les soins palliatifs.



Qu'est-ce qui freine souvent le patient d'accepter les soins palliatifs?



Causes de la réticence aux soins palliatifs

- 1) La peur de mourir (en étant admis dans une unité de soins palliatifs, le patient et la famille comprennent et intègrent l'idée que le patient va mourir)
- 2) Le sentiment d'échec (autant du patient que du médecin qui tente de le guérir)
- 3) Les mythes tenaces:

La médication utilisée en soins palliatifs provoque le décès. (oubli du processus mortel sous-jacent.)

Conséquences:

Empêchent d'ajuster le niveau de soins de façon appropriée à l'état du patient.

Perpétuent les traitements futiles.

Perpétuent la souffrance. (possibilité d'accroître les demandes d'AMM)



Quatrième question pour vous

Connaissant les causes des réticences des patients et sachant que les soins palliatifs sont décrits comme des soins qui ne hâtent pas la mort ni ne la retardent par la Loi 2 mais aussi par l'OMS:

Est-ce une bonne organisation des soins de mélanger les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir?



Cinquième question pour vous:

Si l'AMM est faite au sein des unités de soins palliatifs et de surcroît par des médecins de soins palliatifs, comment vais-je pouvoir continuer à rassurer mes patients?



Sixième question pour vous:

Croyez-vous que d'organiser ainsi les soins de fin de vie en mélangeant ces 2 options ne pourrait pas avoir un effet délétère sur l'essor des soins palliatifs?

Une option ne doit pas nuire à l'autre.

Dans l'organisation des soins, il serait insensé de faire côtoyer dans la même salle d'attente une femme qui souhaite un avortement à côté de celle qui attend son suivi de fertilité ou à côté de celle qui affiche fièrement sa belle bedaine pour son suivi obstétrical.

La femme qui veut un avortement, c'est son droit. On la dirige vers une équipe compétente qui n'a pas de convictions personnelles vis-à-vis l'avortement et qui a développé une expertise pour réaliser les IVG avec le moins de complications possibles.



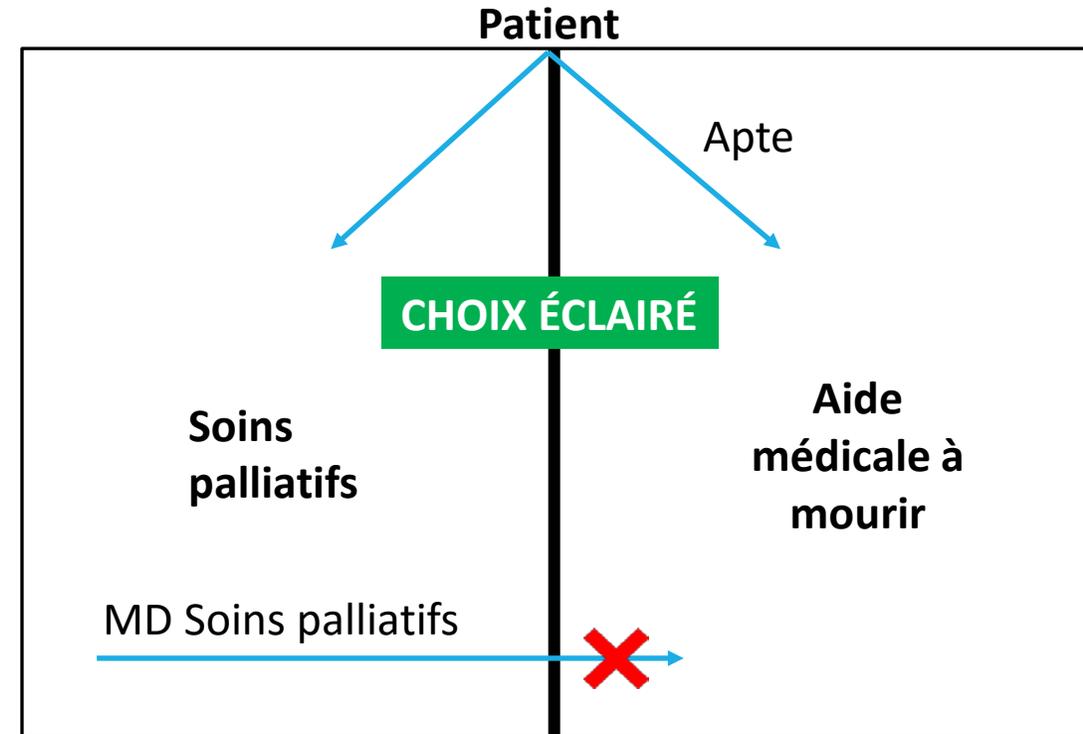
Soins palliatifs et aide médicale à mourir

Il appartient au patient de choisir entre **soins palliatifs** et **aide médicale à mourir**.

Pour parler d'un choix, il faut **deux options**. Il faut s'assurer que ces options soient disponibles.

Pour qu'il soit **éclairé**, il faut aussi s'assurer que les deux options soient présentées au patient. L'option des soins palliatifs devrait être présentée préférentiellement par un médecin de soins palliatifs qui pourra expliquer au patient ce qu'il peut faire pour le soulager.

En ce faisant, il n'abandonne pas son patient, mais respecte le choix du patient d'opter pour une autre option soit l'AMM.



Pas un caprice...mais plutôt la logique

C'est pourquoi un patient qui demande l'AMM devrait être transféré hors des unités de soins palliatifs, hors des unités de soins dédiés, entouré par une équipe compétente en ce qui a trait à l'AMM.

On n'essaie pas de demander aux médecins traitant recevant la demande d'avortement de procéder et de les faire sentir coupable d'abandonner leur patiente s'ils demandent un transfert de cette patiente vers les endroits appropriés et vers les équipes compétentes. C'est tout simplement logique et dans l'intérêt de tous.



La bonne pratique

Cependant, la consultation en soins palliatifs est hautement requise **préférentiellement AVANT** la demande d'aide médicale à mourir lorsque le médecin traitant constate l'état de son patient en fin de vie dans des souffrances constantes et intolérables. Le médecin doit s'assurer que son patient fait un choix **libre** et **éclairé**.

Si le patient refuse de voir un médecin de soins palliatifs, peut-on conclure que son choix est éclairé?

Encore pire, s'il n'y a pas de soins palliatifs disponibles, peut-on conclure que son choix est éclairé?



Pour qu'il soit éclairé, le patient doit savoir ce qu'offrent les soins palliatifs comme solutions.

Ensuite, c'est le **patient** qui fera son choix.



Projet de loi C-14 et Loi québécoise (définition l'AMM)

Projet de loi C-14

Le fait pour un médecin ou un infirmier praticien

- a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort;
- B) de prescrire ou de fournir une substance, à une personne à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Loi québécoise

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.



Projet de loi C-14 et Loi québécoise (critères)

Projet de loi C-14

Être admissible à des soins de santé financés par l'État

Être âgée d'au moins dix-huit ans et être capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé

Être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables

- Maladie, affection handicap graves et incurables
- Déclin avancé et irréversible de ses capacités
- Souffrances physiques ou psychologiques persistantes, intolérables et inapaisables causées par le problème de santé grave et irrémédiable
- Mort naturelle raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de la situation médicale, sans qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie

Avoir fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures

Consentir de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir

• Loi québécoise

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
- Être majeure et apte à consentir aux soins
- Être en fin de vie
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable
- Présenter un situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables



Références:

Texte de Loi concernant les soins de fin de vie, sanctionné le 10 juin 2014

Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative de la Société Québécoise des médecins de soins palliatifs mis en ligne sur palli-science.com

Mémoire de la Maison Michel-Sarrazin sur le projet de loi 52, p.3, 25 septembre 2013

Geneau, D. « Évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée », revue Sécurité-Prévention de l'ASSTSAS, objectif prévention vol.28, no 4, 2005 / www.sepec.ca/inap.pdf

Rapport de la Commission spéciale Mourir dans la dignité, p.17, p.60 , déposé le 22 mars 2012

Guide d'exercice Aide médicale à mourir du CMQ, OPQ, OIIQ, p. 6, 10 septembre 2015

