Le jugement éthique dans l’évaluation des demandes d’aide médicale à mourir au Canada et au Québec : que nous apprennent les autres juridictions ?

Mona Guptaa et Samuel Blouinb

a Département de psychiatrie et d’addictologie de l’Université de Montréal au Canada ; b Département de sociologie de l’Université de Montréal au Canada et Institut de sciences sociales des religions de l’Université de Lausanne en Suisse

RÉSUMÉ

Le présent article traite du jugement éthique qui réside au cœur de l’évaluation des demandes d’aide médicale à mourir (AMM) au Canada et au Québec ; plus précisément, est-il éthique d’aider une personne qui en fait la demande à mettre fin à ses jours ? Nous examinons des situations dans lesquelles ce type de jugement pose des difficultés alors même que du point de vue légal la personne remplit tous les critères d’admissibilité. Pour étudier cette question, nous évoquons trois cas qui posent problème du fait de l’exigence légale selon laquelle la personne doit éprouver des souffrances intolérables. Nous revenons sur les directives pratiques données au corps médical et aux évaluateurs dans six juridictions, et discutons des ressources qui pourraient permettre d’éclairer les jugements éthiques relatifs aux évaluations d’AMM.

Introduction

Le 10 décembre 2015, une loi concernant les soins de fin de vie (ci-après dénommée « la Loi ») est entrée en vigueur dans la province de Québec au Canada (Québec, 2015). Le législateur québécois, exerçant sa compétence dans le domaine de la santé, a voulu assurer à tous les patients en fin de vie au Québec l’accès à toutes les options possibles en matière de soins, y compris l’aide médicale à mourir (euthanasie). La Loi définit l’aide médicale à mourir (AMM) comme « 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)). Il apparaît clairement dans cette définition que seule l’euthanasie volontaire est autorisée par la Loi.

Le débat public et les processus politiques au Québec qui ont débouché sur la Loi se sont déroulés parallèlement à d’autres avancées légales ailleurs dans le pays. Ces avancées ont culminé en février 2015 dans la décision de la Cour suprême du Canada relative à l’affaire Carter c. Canada (Cour suprême du Canada, 2015). Dans le cadre de cette affaire, la Cour a constaté que les sections du Code criminel interdisant aux médecins d’aider les patients à mourir, violaient certains droits garantis par la Charte canadienne des droits et libertés. Une Loi (ci-après dénommée « C-14 ») modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d’autres lois (aide médicale à mourir) est entrée en vigueur le 17 juin 2016 (Canada, 2016). Dans le droit fédéral, l’expression « aide médicale à mourir » renvoie à la fois à l’euthanasie volontaire et au suicide médicalement assisté. En outre, aussi bien les infirmiers que les médecins peuvent administrer l’AMM tandis que dans la législation québécoise, seuls les médecins sont habilités à le faire. Contrairement à la loi québécoise, toute infraction à la loi fédérale, y compris au Québec, est passible de sanction criminelle.

À l’heure où nous écrivons ces lignes (janvier 2020)1, les deux lois accordent aux patients l’accès à l’aide médicale à mourir dans des circonstances précises, parmi lesquelles : le patient doit être âgé d’au moins 18 ans ; être capable de consentir à l’AMM ; être atteint d’une maladie grave et incurable ; se trouver à un stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible ; ressentir des souffrances insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que le patient juge acceptables ; et être en fin de vie (au Québec) ou bien sa « mort naturelle [doit être] raisonnablement prévisible » (au Canada)2. L’entrée en vigueur des deux lois a fait du Québec et du Canada les dixièmes et douzièmes juridictions au monde à autoriser une forme de mort assistée3.

|  |
| --- |
| CONTACT Mona Gupta 🖂 mona.gupta@umontreal.ca 🖃 Chum, Pavillon C, 11e étage, 1051 rue Sanguinet, Montréal, Québec H2X 3E4, Canada. Samuel Blouin est actuellement chercheur à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. Les points de vue exprimés dans cet article relèvent de la seule responsabilité des auteurs.  2021 Les auteurs. Publié sous licence par Taylor & Francis Group, LLC.  Le présent article est en Accès Libre. Ses conditions de distribution sont régies par la Licence d’attribution Creative Commons ([http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)), laquelle en autorise l’utilisation, la distribution et la reproduction par tous moyens sans restriction, à condition que l’œuvre originale soit créditée. |

Le suicide ne constituant pas une infraction pénale au Canada et au Québec, il convient de souligner que c’est l’aide médicale qui a été demandée et obtenue à travers les nouvelles lois par les citoyens relevant de ces juridictions. Les critères d’admissibilité à l’aide médicale à mourir contenus dans ces lois jouent un rôle éthique substantiel, puisqu’ils exposent les conditions générales dans lesquelles les législateurs canadiens et québécois, en tant que représentants de la société, considèrent moralement acceptable qu’un médecin mette fin à la vie d’une autre personne. En parallèle, à l’arrière-plan de cette décision – en fait, de toute décision d’ordre médical – réside une question spécifique que l’on pourrait formuler ainsi : est-il éthique4 d’intervenir auprès de ce patient donné à ce moment donné ? Pour la plupart des actes cliniques, ce jugement éthique spécifique s’effectue au travers des lois garantissant le droit au consentement éclairé, du cadre réglementaire qui détermine les interventions médicales autorisées, et de l’obligation fiduciaire du médecin à l’égard de ses patients. C’est-à-dire que si un patient est atteint d’un trouble ou d’une maladie qui nécessite une intervention dont le recours est prévu par la loi, que le praticien considère que ladite intervention est indiquée d’un point de vue clinique et qu’il dispose des compétences pour la réaliser, et que la personne donne son consentement éclairé pour la recevoir, la question éthique spécifique se résorbe d’elle-même dans la plupart des cas. Ce raisonnement est en fait tellement implicite dans la pratique quotidienne qu’on ne voit même pas toujours qu’un jugement éthique a été effectué. De la même manière, quand la situation de la personne remplit sans équivoque tous les critères légaux d’accès à l’AMM, on peut avoir l’impression que le clinicien n’exerce aucun jugement éthique. Nous soutenons cependant que dans des cas comme ceux-ci, un jugement éthique est bel et bien réalisé, mais il est pris en charge par les critères légaux.

Toutefois, il existe au moins trois situations dans lesquelles il n’y a pas de correspondance parfaite entre la satisfaction des critères légaux d’admissibilité et le jugement éthique à exercer lors de l’évaluation. Premièrement, il n’est pas toujours évident de savoir comment appliquer un critère légal à une situation donnée. Par exemple, le critère selon lequel une personne doit se trouver à un « stade avancé de déclin des capacités qui est irréversible » contient des éléments aussi bien factuels que normatifs. Si le caractère irréversible du déclin des capacités d’une personne (par exemple, la perte de contrôle de la motricité) relève du factuel, pour déterminer si ce déclin est avancé, le clinicien doit émettre un jugement de valeur sur ce qui constitue un déclin suffisamment important pour être considéré comme avancé. Comment le clinicien doit-il procéder pour émettre ce jugement ? En se fondant sur les valeurs du patient ? En consultant ses collègues ? Indépendamment de la méthode, une fois que l’on a considéré que le critère était rempli, cela devient déterminant d’un point de vue éthique ; autrement dit, si le critère légal s’applique, la question de savoir s’il est éthique ou non d’aider la personne à mourir ne se pose plus. Deuxièmement, des circonstances nouvelles ou imprévues peuvent émerger suite à l’adoption d’une loi, conduisant à se demander si un critère donné s’applique ou non. Par exemple, des circonstances imprévues ont émergé suite au passage des deux lois, quand des patients ont volontairement arrêté de s’alimenter et de s’hydrater afin de devenir admissibles à l’aide à mourir. C’est notamment le cas de Jean Brault au Québec, rapporté dans la presse à peine quelques mois après l’entrée en vigueur de la nouvelle loi (Poirier, 2016). Si une personne n’est pas considérée comme admissible au moment du dépôt de la demande parce qu’elle n’est pas en fin de vie, doit-elle être jugée admissible à l’AMM si, après avoir décidé volontairement de cesser de s’alimenter et de s’hydrater, elle se trouve en fin de vie ? À nouveau, le critère légal est déterminant d’un point de vue éthique. Dès lors qu’un médecin détermine que la personne remplit le critère de « fin de vie » ou de « mort naturelle raisonnablement prévisible » – indépendamment de ce qui a pu conduire cette personne à se trouver dans cet état – le chapitre éthique est clos.

Le présent article porte sur un troisième type de situations de décalage entre les critères légaux et les jugements éthiques individuels, dans lesquelles un critère légal est en apparence satisfait, mais où certaines questions éthiques demeurent. À partir de trois cas cliniques qui présentent une difficulté du fait de l’exigence légale selon laquelle une personne doit éprouver des souffrances insupportables, nous étudions plusieurs questions éthiques auxquelles sont confrontés les professionnels de santé chargés d’évaluer ce type de demandes d’aide médicale. Il ne faudrait pas en déduire que le critère relatif aux souffrances est le seul qui pose problème sur le plan éthique5, mais plutôt que l’évaluation de la souffrance dans le contexte des demandes d’AMM constitue un point de départ utile pour aborder les questions éthiques impliquées dans les évaluations d’AMM en général. Nous présenterons ensuite les directives qui ont été édictées au Canada et au Québec concernant les pratiques d’évaluation de l’AMM. Quelles instructions, le cas échéant, ont été données aux professionnels de santé concernant le jugement éthique à exercer ? Nous comparerons ces directives avec celles de trois juridictions ayant adopté des critères d’évaluation similaires (les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg). Nous regarderons ensuite du côté de la Suisse où l’intervention limitée de l’État dans la mort assistée, en particulier sous la forme du cadre légal qui modèle les actions, illustre une certaine conception des jugements éthiques individuels impliqués dans le processus d’évaluation. Enfin, nous évoquerons différentes ressources qui pourraient éclairer les jugements éthiques effectués dans le cadre des évaluations individuelles de l’AMM.

Cas

Nous décrivons dans cette partie trois cas pour lesquels un médecin est susceptible de se demander s’il est éthique ou non d’aider les personnes concernées à mourir, au regard des raisons qui motivent leur demande. Dans quelles circonstances un professionnel de santé doit-il prendre en considération les motivations d’une personne et dans quelle mesure ? Les critères légaux d’admissibilité ne répondent pas à cette question.

L’un des auteurs de cet article (MG) a officié comme psychiatre dans trois grands centres du Canada et a également été examinatrice dans le cadre des examens nationaux de certification en psychiatrie. D’après son expérience, la démarche courante en psychiatrie consiste à obtenir au cours de la consultation un historique personnel détaillé du patient, comprenant généralement les motivations, le ressenti et les expériences associées aux décisions ou événements marquants de la vie de la personne. Les cas présentés ci-dessous sont basés sur des histoires véridiques, mais ont été transformés en fiction pour les besoins de cet article. Le cadre qui structure la présentation des cas s’appuie sur l’expérience de MG dans la présentation des cas en psychiatrie. Les auteurs sont conscients que c’est précisément l’établissement de ce cadre, ainsi que le type d’informations personnelles recueillies, qui fait apparaître le décalage entre les critères légaux et le jugement éthique : sans ces deux éléments, le problème éthique pourrait demeurer invisible. On pourrait considérer qu’il n’est pas nécessaire pour évaluer une demande d’AMM de recueillir les antécédents personnels, tel que cela se fait typiquement en psychiatrie. Cependant, aux Pays-Bas par exemple, les directives relatives à la pratique recommandent que les médecins, lorsqu’ils évaluent une demande d’aide à mourir, cherchent à connaître les valeurs et croyances du patient tout au long de sa vie (Comités régionaux d’examen de l’euthanasie [RTE], 2018 ; Association royale de médecine des Pays-Bas [KNMG], 2011).

Pour chaque cas, nous identifierons en quoi il peut être difficile de juger s’il faut accepter ou refuser une demande de mort assistée. Nous invitons également le lecteur à aborder les cas à la lumière des recommandations relatives à l’évaluation des demandes d’AMM discutées dans la section « Évaluations cliniques des demandes de mort assistée », ainsi que les ressources relatives au jugement éthique discutées dans la section « Quelles ressources disponibles pour orienter les jugements éthiques lors des évaluations d’AMM ? ».

Cas n° 1

M. A est un veuf de 75 ans sans enfants. Il était électricien avant de prendre sa retraite à l’âge de 65 ans après un diagnostic de cancer de la prostate. Il suit un traitement depuis dix ans, mais il y a six mois, son urologue l’a informé que sa maladie avait progressé. À l’âge de 73 ans, on lui a diagnostiqué la maladie de Parkinson, pour laquelle il reçoit également un traitement. L’épouse de M. A est décédée il y a trois ans des suites d’une crise cardiaque foudroyante. En dépit du deuil, M. A a continué à avoir une vie sociale, côtoyant ses voisins et les membres de sa paroisse. Il a une sœur aînée de 80 ans, qui est autonome et dont il est proche.

M. A a été admis à l’hôpital après une chute à son domicile qui a provoqué une fracture au bras droit (son bras dominant). Du fait d’une accumulation de facteurs associés à ses problèmes de santé (posture instable, troubles cognitifs légers et nécessité de prendre plusieurs médicaments qui pourraient être toxiques en cas de surdose), l’équipe soignante pense qu’il ne peut pas retourner vivre seul chez lui. L’état de fragilité de sa sœur ne lui permet pas de s’occuper de lui à domicile, même en bénéficiant de l’allocation maximale de services de soins à domicile. L’équipe considère que la seule façon de garantir la sécurité du patient est qu’il soit placé en établissement médicalisé. L’idée de ne jamais retourner chez lui provoque chez le patient une souffrance intolérable. Face à cette situation, M. A déclare qu’il préférerait mourir plutôt que d’aller en maison de retraite et demande l’AMM. Il n’a aucun antécédent psychiatrique et n’a jamais tenté de se suicider. Il ne souhaite pas que sa sœur soit au courant de sa demande, car il ne veut pas qu’elle se sente coupable de ne pas pouvoir l’accueillir chez elle.

Dans le cas présent, le lien entre l’état de santé du patient et sa souffrance est indirect6. La souffrance naît de l’association entre sa situation médicale et les conditions sociales dans lesquelles il est contraint de vivre. Si dans notre société, les individus plus favorisés socialement ont les moyens de s’offrir les soins nécessaires pour rester chez eux, de nombreuses personnes sont contraintes d’être placées dans des institutions publiques. Il ne fait pas toujours bon vivre dans ce type d’établissements médicalisés de longue durée (Protecteur du Citoyen, 2018, p. 72). Sachant que les craintes de M. A concernant la qualité de vie dans ces institutions sont fondées, la question à laquelle nous devons répondre est la suivante : est-il éthique de mettre fin à la vie d’une personne dans un contexte d’échec social collectif à fournir des conditions de vie souhaitables aux citoyens âgés souffrant d’un handicap ou d’une maladie ? Est-ce que l’on adopterait la bonne approche en intervenant au niveau individuel (mettre fin à la vie du patient) face à un problème social de prise en charge insatisfaisante des personnes âgées dépendantes ? D’un autre côté, doit-on demander à un individu de subir les conséquences d’un problème social quand aucune solution ne se profile à l’échelle de la société ?

Cas n° 2

Mme B est une femme célibataire de 48 ans. Elle a été abandonnée par ses parents quand elle était enfant et a été élevée dans différentes familles d’accueil. Lorsqu’elle avait 11 ans, elle a été agressée sexuellement à plusieurs reprises par le fils d’une des familles d’accueil âgé de 17 ans. À l’âge de 16 ans, après avoir quitté le système de placement, elle a vécu dans la rue pendant environ un an. Durant cette période, elle a régulièrement consommé du crack et s’est parfois prostituée pour survivre. Elle a fait deux tentatives de suicide par ingestion de substances à cette période. Elle a été arrêtée à l’âge de 19 ans, mais n’est pas allée en prison, ayant bénéficié d’un programme de réhabilitation destiné aux consommateurs de drogues. Grâce à cette intervention et aux programmes sociaux qui se sont ensuivis, elle a cessé de consommer de la drogue, terminé sa scolarité et obtenu un emploi administratif dans un petit hôtel avant ses trente ans. Elle a eu quelques relations sentimentales de courte durée. Elle connaît quelques personnes à son travail ou dans son immeuble, mais n’a ni ami proche ni famille connue. Elle est convaincue depuis longtemps qu’elle ne vaut rien et qu’elle n’est pas digne d’être aimée.

On a diagnostiqué à Mme B un cancer des ovaires, mais son état est encore suffisamment bon pour lui permettre de vivre chez elle de manière autonome. Elle demande l’AMM parce que l’idée qu’on puisse « gaspiller » à cause d’elle des ressources sanitaires et des aides au handicap, alors même qu’elles sont limitées, lui cause une souffrance intolérable. Elle déclare : « Plus tôt je meurs, mieux c’est pour tout le monde ». Elle accepte une consultation psychiatrique. Le psychiatre ne pense pas que la patiente souffre d’une affection psychiatrique qui puisse faire l’objet d’un diagnostic, comme un trouble dépressif majeur ou un trouble du stress post-traumatique. Il reconnaît cependant l’impact de traumatismes profonds issus de l’enfance sur la perception que la patiente a d’elle-même et son appréciation de la situation. Son médecin traitant considère qu’elle a les capacités requises pour consentir à l’AMM.

Dans ce cas, il faut se demander s’il serait correct vis-à-vis de cette personne de mettre fin à ses jours et ainsi venir confirmer ses croyances tenaces de dénigrement personnel, qui sont profondément ancrées en elle et ont été alimentées par de graves négligences, des violences et des abus. Mais on pourrait tout aussi bien considérer qu’après les traumatismes sévères qu’elle a subis, ce serait encore une fois manquer de respect à sa personne que de ne pas lui octroyer l’AMM. Au niveau individuel, ce débat amène à se demander dans quelle mesure l’on doit considérer que des croyances fausses mais tenaces reflètent le souhait authentique (Kious et Battin, 2019) d’une personne. Au niveau collectif, il convient également de s’interroger sur la manière dont la société répond aux violences subies par les enfants et à l’exploitation des femmes. En fait-on assez pour prévenir de tels phénomènes, et lorsqu’ils se produisent, apportons-nous une aide suffisante aux victimes ? En l’absence d’aide suffisante, est-il moralement acceptable d’administrer l’AMM, ou est-il au contraire moralement acceptable de la refuser ?

Cas n° 3

M. D est un veuf de 78 ans présentant une insuffisance cardiaque au stade terminal, actuellement hospitalisé suite à un aggravement de sa maladie. Il vit chez lui de manière autonome, mais trouve cette situation de plus en plus difficile puisqu’il est à bout de souffle rien qu’en marchant à l’intérieur de son appartement. Il a deux enfants adultes, une fille de 50 ans et un fils de 48 ans. Ils habitent à proximité, mais ne sont pas en très bons termes avec leur père. Quand ils étaient jeunes, il buvait beaucoup. Il n’a jamais été violent physiquement, mais son comportement colérique quand il était sous l’emprise de l’alcool provoquait chez eux un stress énorme. Bien qu’il ne boive plus et qu’il soit désormais beaucoup plus calme, leurs contacts se limitent aux repas de Noël en famille et à un appel téléphonique de temps en temps.

Auparavant, la vie sociale de M. D reposait sur le cercle social de son épouse. Depuis qu’elle a perdu la vie dans un accident de voiture il y a sept ans, les amis se sont progressivement éloignés ou sont décédés. Il ne voit désormais plus personne, à l’exception des aides-soignants qui viennent chez lui pour les soins d’hygiène, et des bénévoles qui lui livrent des plateaux-repas. Un voisin lui fait quelques courses de temps en temps. Au cours de l’année écoulée, il a dû être hospitalisé à plusieurs reprises et son médecin l’a informé qu’un épisode de décompensation cardiaque pouvait lui être fatal. Il est blessé par le fait que ses enfants ne lui rendent pas visite à l’hôpital, et déclare que l’isolement causé par la maladie lui cause une souffrance intolérable. Il refuse cependant toute forme d’intervention sociale qui pourrait faciliter la venue de ses enfants parce qu’il ne veut pas les « supplier » de venir. Il a demandé l’AMM dans le but de « les faire payer » pour leur comportement.

Dans ce cas, on demande au médecin de mettre fin à la vie d’une personne pour, au moins en partie, causer de la peine à des membres de sa famille. L’aide du médecin est instrumentalisée dans le cadre d’un conflit familial. Doit-on en tenir compte ? Inversement, les membres de la famille pourraient ne pas être blessés par le fait que leur père meure des suites d’une AMM ; doit-on examiner cette possibilité ou tout du moins l’envisager ?

Cette section n’a pas pour but de présenter tous les cas pour lesquels les critères légaux et le jugement éthique ne se recoupent pas exactement. On pourrait évoquer d’autres situations où le souhait d’un individu à recourir à la mort assistée s’insère dans le cadre d’un grave conflit familial, ou encore des situations où la personne déclare vouloir se servir de sa mort assistée pour faire passer un message social ou politique. La possibilité d’administrer l’aide médicale à mourir oblige à se demander si les circonstances dans lesquelles se trouvent ces personnes relèvent du champ de la médecine.

Évaluations cliniques des demandes de mort assistée

Nous présentons dans cette section les recommandations pratiques données aux médecins chargés d’évaluer les demandes d’aide à mourir de patients, dans six juridictions où la souffrance constitue un critère d’admissibilité à l’AMM. Nous commencerons par le Canada et le Québec qui sont l’objet principal de cet article, et où l’aide à mourir est encore relativement récente. Nous regarderons ensuite du côté des pays du Benelux, qui ont plus d’expérience, et dont les lois et politiques ont grandement influencé celles du Canada et du Québec (cf. Blouin et al., 2021 dans le présent numéro). Enfin, nous nous intéresserons aux débats actuels sur l’évaluation des demandes en Suisse, un pays qui possède une longue histoire de tolérance à l’égard de l’aide civile à mourir. Bien que l’aide à mourir en Suisse soit relativement moins encadrée légalement, des questionnements éthiques similaires à ceux des autres juridictions ont émergé concernant les évaluations.

Canada et Québec

Lorsqu’une personne dépose une demande d’AMM, la loi exige que deux cliniciens (médecins ou infirmiers praticiens au Canada ; médecins au Québec) émettent un avis pour déterminer si les conditions d’admissibilité sont remplies ou non. Le premier médecin est celui qui administrera l’AMM si la personne est admissible, tandis que le rôle du second médecin est de confirmer, de manière indépendante, que le patient remplit bien les critères d’admissibilité. La Loi québécoise prévoit certains dispositifs procéduraux de sécurité qui influent sur le contenu et la forme de l’évaluation clinique. Par exemple, l’article 29 de la Loi prévoit que « le [premier] médecin doit être d’avis que la personne remplit toutes les conditions prévues à l’article 26, notamment : [...]

1. en s’entretenant de sa demande avec des membres de l’équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant ;
2. en s’entretenant de sa demande avec ses proches, si elle le souhaite. »

D’après l’article 29, ces discussions servent à étayer l’avis du premier médecin et doivent avoir lieu avant qu’il ne déclare la personne admissible. Par conséquent, une partie de l’évaluation de la demande du patient exige que d’autres professionnels de santé participent à la discussion, ainsi que les proches, à moins que cela ne soit refusé. La loi fédérale n’impose pas ces exigences. Elle prévoit toutefois que « [l]’aide médicale à mourir [soit] fournie avec la connaissance, les soins et l’habileté raisonnables et en conformité avec les lois, règles ou normes provinciales applicables. » De fait, toute directive supplémentaire relative à l’évaluation est placée entre les mains des organismes de réglementation sanitaire de chaque province et territoire du Canada.

Les autorités sanitaires de chaque province du Canada (à l’exception du Nouveau-Brunswick) et les gouvernements de ces territoires (à l’exception du Nunavut) ont émis des directives concernant l’évaluation des patients demandant l’AMM. Toutes ces directives reprennent les critères d’admissibilité et définissent les termes clés qui s’y trouvent (par exemple, « capacité »). Certaines juridictions fournissent également des directives relatives au processus d’évaluation.

L’Ontario, le Manitoba et le Saskatchewan recommandent que les médecins, au moment d’évaluer si un patient remplit les conditions, « exercent leur jugement professionnel » ou un « jugement médical approprié » (Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba [CPSM], 2016 ; Collège des médecins et chirurgiens de l’Ontario [CPSO], 2016 ; Collège des médecins et chirurgiens du Saskatchewan [CPSS], 2018). Les deux derniers organismes de réglementation recommandent également que les médecins emploient une « méthode raisonnable d’évaluation », sans cependant définir ou décrire une telle méthode.

Concernant la demande d’aide à mourir en elle-même, le Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador précise qu’elle doit être « authentique » (Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador [CPSNL], 2016, p. 8), tandis que pour les autorités du Saskatchewan et du Manitoba, elle doit avoir été « mûrement réfléchie » et représenter « une intention claire et décidée de mettre fin à ses jours au moyen de l’aide médicale à mourir » (CPSM, 2016 ; CPSS, 2018). En outre, pour évaluer la souffrance, les organismes réglementaires du Saskatchewan et du Manitoba recommandent que « les circonstances et points de vue propres du patient, y compris ses expériences personnelles et ses croyances religieuses ou morales, soient pris en considération avec sérieux » (CPSM, 2016 ; CPSS, 2018).

L’autorité sanitaire du Québec, en collaboration7 avec d’autres organismes de réglementation des professions d’infirmier et de pharmacien, a élaboré des directives détaillées pour encadrer l’exercice de l’AMM.

Ce document d’une centaine de pages contient une section (3.4) intitulée « Décision médicale », comprenant une sous-section (3.4.2) consacrée au jugement médical. Le texte prévoit :

[A]u-delà de l’évaluation des indications, le médecin se doit d’exercer un jugement professionnel quant aux meilleures options de traitements ou d’interventions possibles pour soulager les souffrances d’un patient en particulier, avant de répondre favorablement ou non à la demande d’AMM de ce dernier. Ainsi, si le médecin doit bien vérifier que l’ensemble des critères exigés par la loi sont présents, il doit aussi évaluer leur importance relative, les uns par rapport aux autres, pour s’entendre avec le patient sur les soins les plus appropriés (CMQ et al., 2018, p. 27).

Le CMQ va ici plus loin que ses homologues de l’Ontario, du Saskatchewan et du Manitoba : il ajoute que l’exercice du jugement ne porte pas uniquement sur les critères, mais également sur les meilleures options ou interventions disponibles. Cela suggère que le médecin doit émettre deux jugements : d’une part, il doit juger que les critères d’admissibilité sont remplis et d’autre part, être d’avis que l’AMM est la meilleure réponse au regard de la situation de la personne. De plus, dans le paragraphe suivant, la qualité d’agent moral du médecin qui émet un jugement est explicitement reconnue :

Pour accepter d’administrer l’AMM, le médecin devrait être persuadé qu’elle représente la meilleure option à considérer, non seulement pour le patient qui la demande, mais aussi pour lui-même, qui devra effectuer le geste et vivre avec ses répercussions professionnelles, légales et morales (CMQ et al., 2018, p. 28).

Par le fait même de suggérer qu’il existe une méthode pour évaluer les demandes d’AMM et qu’un jugement doit être exercé, les directives légales et réglementaires au Canada et au Québec modèlent les pratiques d’évaluation. Mais au-delà de ce qui est présenté ci-dessus, elles ne fournissent pas de ressources qui pourraient aider les praticiens à émettre des jugements éthiques concernant les motivations de leurs patients à demander l’AMM.

L’évaluation des demandes : une perspective internationale sur les directives pratiques

Dans les juridictions où l’aide à mourir est autorisée, l’évaluation clinique de l’admissibilité fait l’objet de discussions publiques et de controverses. Dans cette section, nous présentons les tensions concernant l’évaluation.

Les pays du Benelux

Aux Pays-Bas, l’euthanasie est tolérée par la loi depuis les années 1980, sous réserve que les médecins se conforment aux critères médicaux de rigueur reconnus par les instances judiciaires. Les Pays-Bas et la Belgique ont officiellement légalisé l’aide à mourir en 2002, puis le Luxembourg les a suivis en 2009. Dans ces trois pays, les médecins chargés de l’administration et de l’évaluation doivent recourir à des critères légaux similaires en ce qui concerne les patients adultes ; par exemple, la demande du patient doit être volontaire et mûrement réfléchie et la personne doit présenter « des souffrances insupportables ou psychiques sans perspective d’amélioration ». Aucune référence n’est faite à la proximité temporelle du décès, sauf en Belgique dans le cas des mineurs qui doivent souffrir d’une maladie en phase terminale. Le médecin chargé d’administrer l’AMM doit également consulter un collègue indépendant qui devra évaluer la demande du patient ; il n’est toutefois pas nécessaire que les deux médecins s’accordent sur l’admissibilité de la personne pour administrer l’euthanasie8.

De ces trois pays, ce sont les Pays-Bas qui fournissent l’ensemble le plus complet de directives réglementaires et pratiques. Ces directives ont été développées séparément par des associations professionnelles, telles que la KNMG et l’Association royale néerlandaise des pharmaciens (KNMP). Les Comités régionaux d’examen (RTE), qui sont mandatés par le gouvernement pour superviser rétrospectivement l’exercice de l’AMM9, émettent également périodiquement des lignes directrices à partir des cas qu’ils examinent. En Belgique, la Commission fédérale de contrôle et d’évaluation de l’euthanasie a publié une brochure précisant comment interpréter certains critères, par exemple « une souffrance […] insupportable qui ne peut être apaisée » (CFCEE, 2015). Au Luxembourg, le ministère de la Santé, le ministère de la Sécurité sociale, la Commission nationale de contrôle et d’évaluation (NCCA), l’Association pour le droit de mourir dans la dignité et une association de patients ont produit conjointement une brochure qui répond aux questions courantes sur l’aide à mourir, notamment sur le moyen de définir des « souffrances insupportables sans perspective d’amélioration » (ministère de la Santé et ministère de la Sécurité sociale, 2010).

Dans ces pays, la souffrance, dans le cadre de l’aide à mourir, tient une place centrale dans l’évaluation des demandes. Aux Pays-Bas, le thème de la souffrance domine le document de position émis par la KNMG (2011) sur le rôle du médecin dans l’interruption volontaire de la vie. D’après la loi, le médecin doit avoir la conviction que les souffrances du patient sont constantes et insupportables (KNMG, 2011, p. 20). Le document précise que « les souffrances constantes » et les « souffrances insupportables » sont des « concepts inextricables » (KNMG, 2011, p. 20). Deux spécialistes de bioéthique de la KNMG ont fourni dans un article des explications supplémentaires sur la manière d’évaluer la souffrance :

Bien que ce soit le patient qui détermine si la souffrance est insupportable ou pas, cela n’est pas en soi déterminant pour décider d’administrer ou non l’euthanasie. Le point de vue du patient est bien entendu pertinent, mais il ne faudrait pas en déduire que son appréciation fait autorité. Le médecin confronté à une demande d’euthanasie doit lui aussi être convaincu que la souffrance est insupportable et qu’il n’existe aucune perspective d’amélioration pour ce patient particulier. Par conséquent, le caractère insupportable de la souffrance n’est pas déterminé exclusivement par l’expérience subjective du patient ; le médecin doit également pouvoir faire preuve de ‘compréhension’ ou d’empathie à l’égard de cette forme particulière de souffrance (Jong et van Dijk, 2017, p. 12).

Dans les cas où la souffrance psychosociale ou existentielle joue un rôle central, les médecins doivent consulter des professionnels spécialisés dans ces questions, tels que des travailleurs sociaux, des psychologues et des accompagnateurs spirituels (KNMG, 2011, p. 22-23).

En Belgique, la souffrance se trouve également au cœur des préoccupations relatives à l’euthanasie. L’Avis n° 73 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique (2017) aborde trois sujets : les patients qui ne sont pas en phase terminale ; la souffrance psychique ; et les affections psychiatriques. L’Avis, qui s’appuie en partie sur des sources néerlandaises, examine les concepts de souffrance, de capacité de discernement, de diagnosticabilité et de caractère incurable de la maladie, ainsi que de lassitude de l’existence et de sentiment de vie accomplie. Cependant, les membres du Comité n’ont pas réussi à s’accorder sur la nécessité ou non de préciser le type de souffrances ouvrant l’accès à l’euthanasie, ni sur plusieurs autres aspects relatifs à l’apaisement ou à l’évaluation des souffrances. En revanche, la Loi relative à l’euthanasie contient des recommandations sur ce qui est attendu des médecins lorsqu’ils évaluent une demande. Le Chapitre II stipule notamment que le médecin « doit arriver, avec le patient, à la conviction qu’il n’y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire » (2002) et s’entretenir avec l’équipe soignante et avec les proches du patient si ce dernier le souhaite.. Les médecins doivent se conformer à ces exigences « [s]ans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention » (2002).

Au Luxembourg, des recommandations relatives au mode d’évaluation de la souffrance, qui sont similaires à celles que l’on retrouve aux Pays-Bas et en Belgique, sont exposées dans la brochure sur l’euthanasie et le suicide assisté. Il est ainsi précisé que « l’appréciation de la souffrance insupportable est en grande partie une question subjective et personnelle » tandis que « la perspective d’amélioration de la souffrance est une question d’ordre médical, mais il faut aussi tenir compte du fait que le patient a le droit de refuser un traitement de la souffrance, ou même un traitement palliatif » (ministère de la Santé et ministère de la Sécurité sociale, 2010, p. 15). Dans la brochure, les autorités soulignent la nécessité d’une « discussion approfondie entre le médecin et le patient » concernant la souffrance, et encouragent le médecin à s’entretenir avec l’équipe soignante et avec la personne de confiance que le patient a désignée (p. 15-16). L’évaluation, telle qu’elle est comprise ici, repose à la fois sur le jugement du patient et sur celui du médecin.

La Suisse

En Suisse, l’accès au suicide assisté est soumis à de faibles restrictions légales. D’après le Code pénal suisse, celui qui prête assistance en vue d’un suicide (n’importe quelle personne volontaire) ne doit pas être poussé par un mobile égoïste. De plus, d’après la jurisprudence, la personne requérant l’assistance doit être en capacité de prendre des décisions. La plupart des personnes souhaitant bénéficier du suicide assisté adressent leurs demandes à l’un des huit organismes à but non lucratif défendant le droit de mourir dans la dignité ; chacun de ces organismes possède ses propres critères d’acceptation, qui sont toutefois similaires les uns aux autres. Par exemple, EXIT A.D.M.D. Suisse romance (ci-après dénommée EXIT) intervient en Suisse francophone. Ses critères sont les suivants :

« Être membre de l’association ;

Le domicile principal doit être établi sur le territoire Suisse. [ … ] Être majeur (avoir 18 ans révolus).

Disposer de sa capacité de discernement.

Être atteint soit d’une maladie incurable, soit de souffrances intolérables, soit de polypathologies invalidantes liées à l’âge. » (EXIT, n.d.)

Pour prendre en considération une demande, EXIT exige que la personne qui demande l’assistance fournisse un certain nombre de documents, dont la demande écrite du patient lui-même, ainsi que les documents d’un médecin indiquant le(s) diagnostic(s) du patient et affirmant qu’il est capable de consentir au suicide assisté. Ces documents sont examinés par un médecin volontaire qui travaille avec EXIT pour vérifier que la personne remplit les conditions de l’association. Une fois l’approbation obtenue, un autre volontaire rencontre le requérant et confirme que la personne est admissible. Les évaluateurs étant des bénévoles qui agissent à titre individuel, EXIT ne leur impose pas de suivre une procédure d’évaluation particulière. Il n’y a pas non plus de supervision systématique des pratiques mises en œuvre.

Les organisations de défense du droit de mourir dans la dignité collaborent également avec des médecins10 qui acceptent de prescrire aux demandeurs le produit létal. Les médecins doivent se conformer à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes, ainsi qu’à la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Ces lois exigent que les médecins soient conscients de l’état de santé de la personne demandant à obtenir une assistance en vue d’un suicide, et qu’ils respectent leur « devoir de diligence »11. Les médecins impliqués dans le processus de suicide assisté, en tant que prescripteurs et/ou administrateurs du produit létal, sont également tenus de suivre les critères détaillés dans les directives médico-éthiques édictées par l’Académie suisse des sciences médicales (ASSM, 2018)12. Sans être légalement contraignantes, les directives de l’ASSM ont déjà été citées dans des décisions de justice. De plus, la version précédente était intégrée au Code de déontologie de la Fédération des médecins suisses (FMH), une association bénévole.

En 2018, l’ASSM a publié de nouvelles directives médico-éthiques relatives à « l’[a]ttitude face à la fin de vie et à la mort ». Le suicide assisté est intégré à la rubrique « actes controversés », c’est-à-dire « les actes faisant l’objet de discussions controversées et dont l’exécution est réservée aux médecins qui, au cas par cas, ont acquis la conviction personnelle que ceux-ci servent le bien de leur patient [] » (ASSM, 2018, p. 5). L’ASSM ajoute que « [p]our ce faire, il est indispensable que [le médecin] entretienne avec l[e] patient[e] une relation personnelle empreinte des valeurs fondamentales de la médecine, telles que l’empathie, le discernement, la confiance et l’intégrité » (AMMS, 2018, p. 24). D’après les directives, un médecin peut prêter assistance en vue d’un suicide si cinq critères sont remplis, notamment si « [l]es symptômes et/ou les limitations fonctionnelles du patient [...] causent une souffrance que le patient juge insupportable » (SAMS, 2018, p. 23). Concernant l’évaluation de ce critère, l’AMMS précise :

La souffrance n’est pas objective, mais peut être perçue grâce à la compréhension intersubjective du médecin traitant. Toutefois, pour justifier que l’assistance au suicide relève du domaine de compétence de la médecine, la présence de symptômes ou de limitations fonctionnelles tangibles est nécessaire. (2018, p. 22)

Néanmoins, « [l]e caractère insupportable de la souffrance ne peut être défini que par le souffrant lui-même et ne peut lui être attribué par d’autres personnes. Pour son entourage, elle peut cependant être plus ou moins compréhensible » (SAMS, 2018, p. 10).

La FMH a froidement accueilli ce critère de « souffrance insupportable » et les recommandations relatives à son évaluation. Selon la Fédération, l’évaluation intersubjective n’est pas conciliable avec l’exigence selon laquelle le patient doit être le juge ultime de sa souffrance :

Le médecin est placé face à un dilemme, car d’une part il lui incombe d’examiner si les conditions de l’aide au suicide sont réunies, et d’autre part, la souffrance doit être insupportable « pour le patient » – en d’autres termes, il faut procéder à cet examen du point de vue du patient, et non de celui du médecin. Il n’est guère possible de trouver une solution satisfaisante à un tel dilemme. Le médecin ne doit pas se substituer au patient en déterminant lui-même si la souffrance du patient est insupportable. Il serait toutefois également faux de se satisfaire de la seule affirmation du patient selon laquelle sa souffrance est insupportable, car la responsabilité de l’assistance au suicide n’incombe pas au patient, mais au médecin. Dans la mesure où le désir de suicide provient généralement du fait que le patient estime que sa situation est insupportable, ce critère serait, dans les faits, pour ainsi dire toujours rempli et perdrait toute portée pratique. (Barnikol, 2018, p. 1394)

Enfin, trois cantons (Vaud, Neuchâtel et Genève) ont adopté des lois réglementant l’accès au suicide assisté, en particulier dans les établissements publics de santé (hôpitaux et maisons de retraite). Outre les exigences formelles et substantielles prévues par la législation cantonale, certaines institutions possèdent des protocoles internes pour traiter les demandes de suicide assisté. En parallèle, les organisations de défense du droit de mourir dans la dignité mettent en œuvre leurs propres processus comme décrit ci-dessus.

En dernière instance, les médecins, qu’ils œuvrent au sein de la communauté ou officient dans des établissements de santé, et tant qu’ils respectent la loi, ont toute latitude pour prescrire ou non la substance létale. L’accès au suicide assisté n’est pas un droit garanti par l’État et le médecin n’a nullement le devoir de l’administrer (Hurst et Mauron, 2017).

Ce passage en revue de six juridictions montre comment, en dépit des différences entre les régimes juridiques, le processus d’évaluation des demandes d’aide à mourir, en particulier en ce qui concerne l’évaluation de la souffrance, peut s’avérer problématique pour des raisons similaires. De fait, dans certaines situations, la réglementation ou les directives ne sont pas suffisantes pour permettre à l’évaluateur de décider s’il est éthique ou non d’aider une autre personne à mettre fin à ses jours. C’est le cas y compris en Suisse où le personnel soignant n’a pourtant pas à juger des souffrances d’une personne, et où l’assistance en elle-même n’est pas nécessairement appréhendée comme un acte médical ou thérapeutique.

Quelles ressources disponibles pour orienter les jugements éthiques dans les évaluations d’AMM ?

Nous avons suggéré que toute évaluation de demande d’AMM entraîne un jugement éthique visant à déterminer s’il est moral ou non d’aider une certaine personne à mourir. Nous avons présenté plus haut trois cas pour lesquels il était difficile d’exercer ce jugement. Quelles ressources peuvent guider les évaluateurs qui seraient incertains de ce qu’ils doivent faire ? Souvent, comme nous l’avons évoqué, les directives réglementaires et/ou pratiques ne permettent pas de tracer clairement une direction dans des situations spécifiques (elles disent en substance que le médecin doit émettre un jugement) et en Suisse, les directives elles-mêmes sont contestées. Nous discuterons plus loin de deux ressources tirées de la littérature théorique qui peuvent servir de guide dans les jugements éthiques : la nature de la relation clinique et la nature du processus décisionnel. Nous aborderons ensuite les travaux empiriques sur l’évaluation qui ont été menés en Suisse et aux Pays-Bas, afin d’évaluer dans quelle mesure ces ressources jouent réellement un rôle, et facilitent la prise de décision dans l’administration de l’aide à mourir.

Les approches théoriques de la relation thérapeutique et de la prise de décision

Emanuel et Emanuel (1992) ainsi que Jones (1982) identifient plusieurs types de relation médecin-patient décrivant différents rôles joués par le médecin, en particulier en ce qui concerne le jugement éthique (paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif). Emanuel et Emanuel défendent le modèle délibératif, dans lequel le médecin cherche à identifier les valeurs du patient, et recourt à l’interprétation et à la persuasion pour aider la personne à affirmer certaines positions morales. Inversement, dans le modèle informatif, le médecin fournit les informations techniques relatives au diagnostic, au pronostic et aux options de soins, mais ne s’engage pas dans un processus de discussion ou de prise de décision de nature éthique. Pour d’autres auteurs, le rôle du médecin va au-delà de la simple communication d’informations ; il doit également jauger et évaluer les raisons qui motivent l’euthanasie (Savulescu, 2014). De fait, la relation dans un couple évaluateur-demandeur donné peut être de type informatif en ce qui concerne le mode d’exercice des jugements éthiques relatifs à l’admissibilité à l’AMM. Cependant, en pratique, les relations cliniques sont susceptibles d’inclure des éléments relevant de tous les modèles, les contributions relatives de chacun de ces modèles variant selon les domaines d’exercice, le stade de la relation et les personnalités des individus concernés. Par conséquent, la nature de la relation thérapeutique risque de ne pas constituer un guide d’action suffisant dans des cas qui posent des difficultés sur le plan éthique.

La loi québécoise puise en partie sa source dans les travaux internes du CMQ (2009), dont l’analyse de l’aide à mourir en contexte de fin de vie s’articule autour de la notion de « soins appropriés ». Des soins sont appropriés lorsqu’ils sont individualisés et adaptés à la situation clinique d’un patient donné. Quant à savoir ce qui constitue des soins appropriés, il s’agit en fait de ce qui est finalement décidé, quelle qu’en soit la teneur, au terme d’un « processus décisionnel bien mené », c’est-à-dire un processus décisionnel caractérisé par une communication ouverte dans laquelle toutes les parties jouent leur rôle et assument leurs responsabilités. Ici, l’accent est mis davantage sur le processus décisionnel que sur la relation qui sert de cadre au processus.

Cet accent sur le processus trouve un écho dans les approches qui abordent la prise de décision clinique comme une « pratique fondée sur les valeurs » (*valuesbased practice*, VBP) (Loughlin, 2014). D’après les théoriciens de la VBP, la prise de décision clinique doit reconnaître les divergences de valeurs entre les différents acteurs. Tandis que chaque acteur arrive avec ses propres valeurs, ces dernières peuvent demeurer implicites ou occultées à moins qu’un processus communicationnel ne vienne les mettre au jour. En effet, les conflits dans les situations cliniques sont souvent le produit de valeurs concurrentes et implicites. Un processus communicationnel peut permettre d’identifier ces valeurs, et d’en débattre, sans qu’il n’y ait de préférence initiale quant aux valeurs qui devraient prévaloir, tant que la décision finale résulte d’une communication respectueuse. Les théoriciens de la VBP vont même plus loin que le CMQ, puisque sur le plan éthique, ils accordent plus d’importance au processus qu’au résultat. La décision est « bonne » quand elle découle d’une prise en compte équitable des valeurs de toutes les parties, indépendamment de l’issue. De ce point de vue, un bon processus d’évaluation pour une AMM est aussi inclusif que possible à l’égard de tous les points de vue et valeurs en présence, y compris ceux du médecin. L’intérêt de cette approche est qu’elle se présente comme normativement neutre13 ; toutefois, ce faisant, elle ne permet pas de reconnaître les désaccords moraux substantiels et ne fournit aucun moyen de les gérer.

Sur ce point, Zohar (2003) propose une solution intéressante. Il appelle à une « coopération en dépit du désaccord » qui est d’après lui nécessaire dans certaines situations relationnelles, dont font partie les relations médecin-patient. De son point de vue, quand un médecin et un patient sont en désaccord sur le caractère moral d’un acte (par exemple, s’il est éthique ou non d’administrer l’euthanasie dans des circonstances données), le médecin doit s’efforcer d’adopter le point de vue moral du patient, ce qui peut le conduire à agir conformément à la demande du patient malgré la persistance de leur désaccord moral. Il est de la responsabilité du médecin d’adopter le point de vue du patient et non l’inverse compte tenu de l’asymétrie de la relation, et notamment du fait que l’enjeu moral est plus élevé pour le patient que pour le médecin. Toutefois, Zohar et d’autres auteurs (par exemple Jecker, 1991) soulignent que cela vaut dans le contexte d’une relation thérapeutique établie. Selon Zohar, le médecin a le devoir de mener ce travail relationnel de mise en perspective lorsque le patient fait déjà partie de son « univers moral ». Cette approche ne s’applique pas nécessairement au contexte canadien, dans lequel de nombreux patients n’ont pas de relation établie avec un médecin et où plusieurs provinces ont mis en place des équipes AMM centralisées et mobiles, ce qui fait que patients et cliniciens ne se connaissent pas forcément avant la demande d’AMM.

Relation thérapeutique et prise de décision : l’expérience de la Suisse et des Pays-Bas

L’expérience d’autres pays nous permet d’observer comment des médecins abordent l’aspect éthique de l’évaluation, et dans quelle mesure la relation thérapeutique et le processus décisionnel constituent des ressources pour étayer le jugement éthique dans la pratique clinique.

L’approche suisse du suicide assisté est antérieure à la médicalisation de la fin de vie. Au début du xxe siècle, des comités d’experts ont proposé de modifier l’article du Code pénal interdisant le suicide assisté (Beldi, 2008, p. 7-8). D’après un rapport du Département fédéral de justice et police (DFJP), l’intention initiale du législateur était d’éviter de punir les individus qui prêtent assistance au suicide, « lorsqu’ils sont animés par des sentiments d’amitié, qu’ils ont pour objectif de sauver l’honneur d’un camarade ou qu’ils agissent dans le pur intérêt de celui qui se suicide. Un lien de proximité doit exister entre la personne qui souhaite mourir et celle qui l’aide » (Confédération suisse, 2009, p. 28). Toutefois, l’existence d’un lien ne constitue pas une exigence légale.

Des études empiriques sur le suicide assisté en Suisse montrent qu’un aspect irréductible de l’évaluation réside dans le lien entre le demandeur et l’évaluateur (médecin et/ou bénévole). Pott et al. (2014) soulignent que les motivations des demandeurs doivent convaincre les bénévoles des associations de défense du droit de mourir dans la dignité, de l’irrévocabilité de leur décision et de l’intensité de leurs souffrances (p. 75). Sur ce point, Hamarat et al. (2021) ont montré, à partir d’une ethnographie du suicide assisté, que les bénévoles disposent d’une certaine latitude dans l’interprétation des conditions posées par les associations de défense du droit de mourir dans la dignité. Par exemple, un bénévole qui aurait des doutes sur la détermination de la personne, ou sur le caractère insupportable de sa souffrance, peut refuser la demande ou se retirer du processus. Idéalement, les bénévoles essaient de trouver un consensus sur la légitimité de la demande et la détermination de la personne à obtenir le suicide assisté. L’ethnographie du suicide assisté en Suisse réalisée par l’un des auteurs de cet article a permis de constater que certains bénévoles attendent de sentir que c’est « le bon moment » pour passer à l’acte avant d’accepter une demande, parce que c’est « trop tôt » pour diverses raisons (Blouin, 2020).

À l’instar de l’AMMS, la Commission nationale d’éthique pour la médecine humaine (CNE) reconnaît la dimension casuistique de l’évaluation des demandes et de la prise de décision dans le contexte de l’aide à mourir :

La décision d’assistance au suicide ne peut être qu’une décision prise au cas par cas, considérant la personne et la situation du suicidant ; elle ne saurait être une décision découlant seulement de règles et critères généraux (CNE, 2005, p. 67).

Des travaux empiriques menés dans le contexte néerlandais ont montré que certains éléments de réflexion sans lien avec les critères légaux et leur interprétation entrent en jeu dans le processus d’évaluation. Par exemple, ten Cate et al. (2017) suggèrent que ces éléments « trouvent leur origine dans l’idée que se font les médecins généralistes de ce que recouvre la notion de "bonne mort" » (p. 6). D’une manière analogue, Norwood souligne que les médecins qui répondent favorablement à une demande d’euthanasie font reposer leur décision, consciemment ou non, sur certains « idéaux » : du bon médecin, du bon patient, d’une bonne demande et d’une bonne mort (Norwood, 2006, p. 331). L’auteure met également en évidence (2009) l’importance culturelle de l’« *overleg* » dans le processus d’euthanasie. Ce terme néerlandais renvoie à l’obtention d’un consensus par le biais d’une concertation. Ainsi, dans la pratique concrète, aussi bien en Suisse qu’aux Pays-Bas, le contexte relationnel et les discussions qui s’y déroulent constituent des ressources pouvant servir de guide d’action à ceux qui sont appelés à aider un patient à mourir.

Van Tol et al. (2008) concluent que les idéaux évoqués ci-dessus deviennent des codes implicites qui peuvent contribuer à exclure les patients qui ne sont pas conscients de leur existence. Cet élément met en lumière l’inévitable dynamique de pouvoir qui entre en jeu, lorsqu’une personne souhaite obtenir une aide à mourir en sachant que quelqu’un d’autre va déterminer si elle peut y accéder ou non, mais sans être consciente du rôle que l’évaluateur attend d’elle, ou sans vouloir ou sans pouvoir s’y conformer (Gamondi et al., 2013, p. 1642). Les évaluateurs peuvent également se sentir mal à l’aise d’avoir à réfléchir à des questions morales et affronter leurs convictions personnelles sur l’aide à mourir (Gamondi et al., 2013, p. 1642). Cette situation peut constituer une entrave à la compréhension mutuelle. Étant donné que les valeurs des évaluateurs sont effectivement présentes dans le processus d’évaluation, comment veiller à ce qu’elles ne desservent pas injustement la personne requérant l’assistance ? Comment veiller à ce que les évaluateurs évitent ce que Ogien (2013, p. 359) appelle la « futilité herméneutique », c’est-à-dire le fait de chercher des motivations idéales ou compréhensibles au souhait de mourir du patient, au risque de l’humilier ?

Dans les régimes juridiques que nous avons évoqués, la décision que prend une personne d’administrer l’aide à mourir à une autre personne qui en fait la demande est spécifique aux circonstances individuelles, dépend de leur relation, et est par nature dialogique. Un tel processus décisionnel résiste à toute forme de standardisation, et présente un risque d’opacité pour les demandeurs et les instances de supervision. Cependant, pour les cas difficiles, l’émission d’un jugement solide et défendable pourrait être favorisée par un programme de mentorat et de formation à l’évaluation. Ce programme pourrait mobiliser les ressources présentées dans cette section, et favoriser la conscientisation et la réflexion sur les valeurs personnelles.

Au Québec, des prestataires de l’AMM expérimentés proposent à des praticiens qui souhaiteraient travailler dans ce domaine d’observer et d’être observés, afin de bénéficier du partage de connaissances et de gagner en assurance. De plus, le gouvernement oblige chaque établissement de santé à créer un « Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) », un comité multidisciplinaire chargé de proposer un soutien administratif et clinique aux cliniciens qui reçoivent des demandes d’AMM. Les réunions du GIS peuvent être un lieu de partage d’expériences concrètes et d’échanges sur les cas complexes. Le GIS de chaque établissement fonctionne toutefois de manière indépendante et est plus ou moins impliqué dans les cas cliniques, en fonction des besoins des cliniciens d’une institution donnée. Cependant, une communauté de pratique des GIS (CP-GIS) a été créée à l’échelle de la province ; elle met à disposition un forum de discussion en ligne, des webinaires et des rencontres annuelles, permettant à tous les membres des GIS ainsi qu’aux cliniciens impliqués dans l’AMM et aux chercheurs (sous réserve d’autorisation) de partager leursexpériences concrètes et de se conseiller mutuellement pour des cas complexes. . Dans le reste du Canada, l’Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l’AMM (ACEPA) offre des opportunités similaires à ses membres. Ces initiatives favorisent le partage de connaissances sur l’administration de l’AMM et l’évaluation des demandes, et ouvrent des possibilités de mentorat.

Conclusions

Dans cet article, nous avons souligné la dimension fondamentalement éthique de la décision par laquelle un clinicien octroie l’aide médicale à mourir à une personne donnée. Dans les cas où les conditions légales sont clairement remplies, le jugement éthique peut être relativement aisé à exercer. Mais dans certaines situations, ce jugement éthique peut s’avérer plus difficile. Les directives réglementaires et cliniques ne fournissent que peu d’indications quant à la manière d’exercer ce type de jugement.

En dépit des différences culturelles, politiques et juridiques qui entourent la mort assistée, diverses juridictions et divers auteurs sont arrivés à la conclusion que certaines pratiques peuvent faciliter l’exercice de ce type de jugement. Ces pratiques peuvent notamment consister à établir une relation avec la personne demandant l’AMM, et à mettre en œuvre un processus de communication complet dans lequel toutes les parties sont écoutées, y compris les proches. Ces observations peuvent permettre d’apporter un éclairage sur la pratique de l’AMM dans des juridictions plus récentes comme le Canada et le Québec. Au niveau systémique, la mise en place de processus permettant aux évaluations et aux décisions relatives à l’AMM d’avoir lieu dans un contexte de relations établies, pourrait être préférable à ce que l’on trouve actuellement dans plusieurs provinces et territoires du Canada, où médecins et patients ne se connaissent pas avant l’évaluation. Le dispositif actuel s’explique par de nombreuses raisons, notamment la taille et la concentration de la population au regard de l’immensité du territoire national ; le fait que la pratique soit récente, d’où le faible nombre de praticiens de l’AMM ; et le nombre important de personnes n’ayant pas de médecin traitant.

Malgré ces problèmes, les cliniciens qui administrent l’aide à mourir (y compris ceux qui interviennent simplement en tant qu’évaluateurs), devraient pouvoir bénéficier d’opportunités de mentorat et de formation afin de favoriser une conscientisation et une réflexion sur les valeurs personnelles. Aussi bien la littérature théorique que les expériences à l’étranger suggèrent que ces mesures pourraient contribuer à émettre des jugements éthiques défendables en cas d’évaluations d’AMM difficiles.

Notes

1. Si les deux lois sont valides et s’appliquent dans la province de Québec, en pratique, les médecins québécois officient principalement selon la loi québécoise, tout en se conformant à certaines exigences procédurales de la loi fédérale.
2. Pour la version complète de ce critère, voir la Loi (art. 26) et C-24 (art. 241.2(1)(2)) ; dans l’affaire Truchon c. Procureur général du Canada (Cour supérieure du Québec, 2019), la Cour supérieure du Québec a déterminé que ces deux critères constituaient également une violation des droits garantis par la Charte canadienne des droits et libertés. La Cour a suspendu la conclusion d’invalidité pendant six mois, puis a accordé trois prolongements de la suspension, atteignant un total de onze mois. Le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial ont chacun déclaré qu’ils ne feraient pas appel de la décision. Cet article a été rédigé avant que le jugement ne prenne effet.
3. Les autres juridictions comprennent la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, la Colombie, ainsi que les États de l’Oregon, de Washington, du Montana, du Vermont et de la Californie aux États-Unis. Au moment de rédiger cet article (janvier 2020), le Colorado, le District de Columbia, Hawaï, le New Jersey et le Maine, ainsi que l’État de Victoria en Australie, avaient suivi.
4. Par « éthique », nous entendons les jugements moraux que les praticiens exercent régulièrement dans leur pratique clinique, et qui s’articulent autour de règles formelles et d’une éthique institutionnelle sans pour autant se définir uniquement par ces dernières. Frank appelle cela « l’éthique du quotidien » (Frank, 2016).
5. La capacité de discernement et la détermination peuvent également poser problème lors de l’évaluation ; de la même manière, ces critères amènent à se demander s’il est éthique d’administrer l’aide à mourir à certains individus spécifiques, notamment ceux pour qui le seul fondement médical de la demande est une affection psychique.
6. La loi canadienne prévoit explicitement que l’affection médicale doit être la cause des souffrances. Au Québec, la Loi prévoit simplement que ces deux caractéristiques soient simultanées, mais d’après les directives réglementaires, il doit exister un lien de causalité entre l’affection et la souffrance (voir par exemple Collège des Médecins du Québec [CMQ et al.], 2018, p. 20).
7. La dernière version des directives inclut également l’Ordre professionnel des travailleurs sociaux, le barreau de Québec et la Chambre des notaires.
8. Les informations présentées dans ce paragraphe sont tirées de Emanuel et al. (2016).
9. Voir les Procédures d’examen de la pratique, qui expliquent comment les Comités régionaux d’examen de l’euthanasie interprètent les critères de soins obligatoires (RTE, 2018). Le réseau SCEN composé de médecins-conseils formés offre également un soutien, des informations et des consultations officielles.
10. Pour un cas donné, le médecin qui évalue les documents écrits envoyés à EXIT n’est pas obligatoirement celui qui prescrit la substance létale.
11. Selon l’interprétation des tribunaux, le « devoir de diligence » suppose d’adhérer aux directives de l’AMMS. Avant que l’AMMS ne modifie ses directives et n’abandonne le critère de fin de vie, les médecins devaient se conformer aux directives seulement dans les cas où le patient était en fin de vie, puisque les directives avaient été conçues pour ces cas-là. Dans les autres cas, les médecins devaient suivre le cadre légal général.
12. L’AMMS est une institution de financement qui soutient la recherche en sciences médicales et les relations entre la science et la société. Pour la liste complète des critères, voir AMMS (2018, p. 23).
13. Bien que la neutralité normative de la VBP soit elle-même mise en question (voir Hutchinson et Read, 2014).

Remerciements

Les recherches de Samuel Blouin ont été financées par la Fondation Pierre Elliott Trudeau.

Les recherches de Mona Gupta sur l’évaluation de la souffrance sont en partie soutenues par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (201709PJT-388291).

Références

Académie suisse des sciences médicales. (2018). Management of dying and death. [https://www.samw.ch/en/Ethics/Ethicsin-end-of-life-care/Guidelines-management-dying-death. html](https://www.samw.ch/en/Ethics/Ethics-in-end-of-life-care/Guidelines-management-dying-death.html)

Association royale de médecine des Pays-Bas [Royal Dutch Medical Association, KNMG]. (2011). The role of the physician in the voluntary termination of life. [https://www.knmg.nl/web/file?uuid=b55c1fae-0ab6-47cba979-1970e6f60ae6&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=262](https://www.knmg.nl/web/file?uuid=b55c1fae-0ab6-47cb-a979-1970e6f60ae6&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=262)

Barnikol, M. (2018). L’assistance au suicide dans les nouvelles directives de l’ASSM. Bulletin des Médecins Suisses, 99(41), 1392-1396. [https:// bullmed.ch/article/doi/bms.2018.17179/](https://bullmed.ch/article/doi/bms.2018.17179/)

Beldi, N. (2008). La problématique de l’assistance au suicide en droit suisse. Jusletter, (9). Téléchargé le 3 décembre 2008 sur [www.jusletter.ch](http://www.jusletter.ch/)

Blouin, S. (2020). Administrer les demandes de mort : comparaison de l’aide médicale à mourir (Québec) et de l’assistance au suicide (canton de Vaud) [thèse de doctorat non publiée]. Université de Montréal et Université de Lausanne.

Blouin, S., Gerson, S. M. et Cavalli, S. (2021). Assistance in dying across borders: How the transnational circulations of persons, terms and themes influence the construction of a public problem. Death Studies. [https://doi.org/10. 1080/07481187.2021.1926632](https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926632)

Canada. (2016). Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir, C-14). (S.C. 2016, c. 3). https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royal

Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Barreau du Québec et Chambre des notaires du Québec (CMQ et al.). (2018). L’aide médicale à mourir : Guide d’exercice et lignes directrices pharmacologiques.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2009). Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l’euthanasie : Document de réflexion. http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-10-01-fr-medecin-soins-appropries-debat-euthanasie.pdf

College of Physicians & Surgeons of Manitoba [Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba, CPSM]. (2016). Medical Aid in Dying (MAID) Mise à jour. [https:// cpsm.mb.ca/cjj39alckF30a/wp-content/uploads/PAD/Stat us%20update%20MAID%2020160714.pdf](https://cpsm.mb.ca/cjj39alckF30a/wp-content/uploads/PAD/Status%20update%20MAID%2020160714.pdf)

College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador [Collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador, CPSNL]. (2016). Policy on physician-assisted dying. [https://www.cpsnl.ca/web/CPSNL/News/Policy\_on\_ Physician-Assisted\_Dying.aspx](https://www.cpsnl.ca/web/CPSNL/News/Policy_on_Physician-Assisted_Dying.aspx)

College of Physicians and Surgeons of Ontario [Collège des médecins et chirurgiens de l’Ontario, CPSO]. (2016). Medical assistance in dying. [https://www.cpso.on. ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assista nce-in-Dying](https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Assistance-in-Dying)

College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan [Collège des médecins et chirurgiens du Saskatchewan, CPSS]. (2018). Policy. Medical aid in dying. <http://www.cps.sk.ca/imis/CPSS/Legislation__ByLaws__Policies_and_Guidelines/Legislation_Content/Policies_and_Guidelines_Content/Medical_Assistance_in_Dying.aspx>

Comité consultatif de bioéthique de Belgique. (2017). Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l’euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d’affections psychiatriques. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\_theme\_file/](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/opinion_73_web.pdf)avis\_73\_euthanasie\_0.pdf

Comités régionaux d’examen de l’euthanasie [RTE]. (2018). Euthanasia code: Review procedures in practice. [https:// english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documen ts/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/eut hanasia-code-2018/euthanasia-code-2018](https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018)

Commission Fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie (CFCEE). (2015). Brochure à l’intention du corps médical. https://organesdeconcertation.sante.belgique. [be/sites/default/files/documents/federale\_controle-\_en\_eva luatiecommissie\_euthanasie-fr/cfcee\_brochureaintentioncorpsmedical-2015.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle-_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/cfcee_brochureaintentioncorpsmedical-2015.pdf)

Commission nationale d’éthique pour la médecine humaine (CNE). (2005). L’assistance au suicide : Prise de position n° 9/2005. https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/suizidbeihilfe\_fr.pdf

Confédération suisse, Département fédéral de police et justice. (2009). Assistance organisée au suicide : Examen approfondi des solutions envisageables et de la nécessité d’une nouvelle réglementation fédérale. <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-org-suizidhilfe-f.pdf>

Cour supérieure du Québec. (2019). Truchon c. Procureur général du Canada, 2019 QCCS 3792. [http:/supérieure/t/ j2bzl](http://canlii.ca/t/j2bzl)

Cour suprême du Canada. (2015). Carter c. Canada, [2015] 1 SCR 331. https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do

Emanuel, E. J. et Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. The Journal of the American Medical Association, 267(16), 2221-2226. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/396718><https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>

Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W. et Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA, 316(1), 79-90. [https://doi. org/10.1001/jama.2016.8499](https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499)

EXIT. (n.d.). L’assistance au suicide. <https://exit-romandie.ch/assistance-suicide-exit/>

Frank, A. W. (2016). Bioethics’ contradiction: Everyday ethics and the morality system. Perspectives in Biology and Medicine, 59(2), 283-292. [https://doi.org/10.1353/pbm. 2017.0013](https://doi.org/10.1353/pbm.2017.0013)

Gamondi, C., Pott, M. et Payne, S. (2013). Families’ experiences with patients who died after assisted suicide: A retrospective interview study in southern Switzerland. Annals of Oncology, 24(6), 1639-1644. [https://doi.org/10. 1093/annonc/mdt033](https://doi.org/10.1093/annonc/mdt033)

Hamarat, N., Pillonel, A., Berthod, M.-A., Castelli Dransart, D. A. et Lebeer, G. (2021). Exploring contemporary forms of aid in dying: An ethnography of euthanasia in Belgium and assisted suicide in Switzerland. Death Studies. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926635>

Hurst, S. A. et Mauron, A. (2017). Assisted suicide in Switzerland: Clarifying liberties and claims. Bioethics, 31(3), 199-208. <https://doi.org/10.1111/bioe.12304>

Hutchinson, P. et Read, R. (2014). Reframing health care: Philosophy for medicine and human flourishing. *In* M. Loughlin (dir.), Debates in values-based practice: Arguments for and against values-based practice (p. 69-84). Cambridge University Press.

Jecker, N. S. (1991). Giving death a hand: When the dying and the doctor stand in a special relationship. Journal of the American Geriatrics Society, 39(8), 831-835. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb02708.x>

Jones, G. E. (1982). The doctor-patient relationship and euthanasia. Journal of Medical Ethics, 8(4), 195-198. <https://doi.org/10.1136/jme.8.4.195>

Jong, A. de. et van Dijk, G. (2017). Euthanasia in the Netherlands: Balancing autonomy and compassion. World Medical Journal, 10-15. [https://www.knmg.nl/web/ file?uuid=182dcb73-3bb3-4317-b88a-f3f2e7f3f130& owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=68859](https://www.knmg.nl/web/file?uuid=182dcb73-3bb3-4317-b88a-f3f2e7f3f130&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=68859)

Kious, B. M. et Battin, M. (2019). Physician aid-in-dying and suicide prevention in psychiatry: A moral crisis? The American Journal of Bioethics, 19(10), 29-39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1653397>

Loughlin, M. (dir.). (2014). Debates in values-based practice: Arguments for and against. Cambridge University Press.

Ministère de la Santé et Ministère de la Sécurité sociale. (2010). L’Euthanasie et l’assistance au suicide : Loi du 16 mars 2009. Luxembourg. <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-fr.pdf>

Moniteur belge. (2002). 28 mai 2001 – Loi relative à l’euthanasie. Belgique. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\_loi/change\_lg.pl?language=fr&la=F&table\_name=loi&cn=2002052837

Norwood, F. (2006). A hero and a criminal: Dutch huisartsen and the making of good death through euthanasia talk in The Netherlands. Medische Anthropologie, 18(2), 329-347. <http://tma.socsci.uva.nl/18_2/norwood.pdf>

Norwood, F. (2009). The maintenance of life: Preventing social death through euthanasia talk and end-of-life care. Lessons from the Netherlands. Carolina Academic Press.

Ogien, R. (2013). « Mon corps est à moi », « non, c’est non ». Que reste-t-il de ces principes ? *In* B. Feuillet-Liger et A. Aouij-Mrad (dir.), Corps de la femme et biomédecine : Approche internationale. (p. 351-362)

Bruylant.

Poirier, J.-F. (2016, 13 avril). Se faire violence pour mourir dans la dignité, la troublante histoire de Jean. Radio-Canada,

[https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/775270/faire-violencemourir-dignite-aide-medicale-mourir-jean-brault](https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/775270/faire-violence-mourir-dignite-aide-medicale-mourir-jean-brault)

Pott, M., von Baalmoos, C., Dubois, J. et Gamondi, C. (2014). Négocier sa participation à une assistance au suicide en Suisse. Médecine palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique, 13(2), 68-76. [https://doi. org/10.1016/j.medpal.2013.08.003](https://doi.org/10.1016/j.medpal.2013.08.003)

Protecteur du Citoyen. (2018). Rapport annuel d’activité 2017-2018. [https:// protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\_ annuels/rapport-annuel-2017-2018-pcq.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-2017-2018-pcq.pdf)

Québec. (2015). Loi concernant les soins de fin de vie. S-32.0001. [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-32.0001?lang Cont=en](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-32.0001?langCont=en)

Savulescu, J. (2014). A simple solution to the puzzles of end of life? Voluntary palliated starvation. Journal of Medical Ethics, 40(2), 110-113. [https://doi.org/10.1136/medethics2013-101379](https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101379)

ten Cate, K., van Tol, D. G. et van de Vathorst, S. (2017). Considerations on requests for euthanasia or assisted suicide; a qualitative study with Dutch general practitioners. Family Practice, 34(6), 723-729. [https://doi.org/10.1093/ fampra/cmx041](https://doi.org/10.1093/fampra/cmx041)

van Tol, D. G., van de Vathorst, S. et Keizer, A. A. (2008). Euthanasie voor beginners, [L’Euthanasie pour les débutants]. Medisch Contact, 63(4), 140-142. [https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/euthanasievoor-beginners.htm](https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/euthanasie-voor-beginners.htm)

Zohar, N. J. (2003). Co-operation despite disagreement: From politics to healthcare. Bioethics, 17(2), 121-141.

<https://doi.org/10.1111/1467-8519.00329>