

---

Réjean Carrier • m.s.s.,t.s. •  
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) •  
Courriel : r.carrier@sympatico.ca

---

## **L'arrêt de traitement, une réalité qui s'accompagne...**

**Réjean Carrier**, m.s.s.,t.s.

**E**n matière de soins palliatifs, la philosophie a peu changé depuis trente ans. Cependant, la clientèle s'est diversifiée. Dans le passé, on a surtout parlé de malades atteints de cancer en fin de vie. « Les soins palliatifs, dans leur évolution, démontrent d'une part, une fidélité au modèle proposé par les fondateurs quant à la philosophie des soins, mais d'autre part, un changement pour ce qui est des clientèles visées et des phases de la maladie où les soins palliatifs deviennent indiqués<sup>1</sup> ».

Les patients souffrant d'insuffisance rénale font partie de cette nouvelle clientèle des soins palliatifs. Leur traitement n'est pas curatif, mais il vise à prolonger la vie. La philosophie des soins palliatifs s'applique lorsqu'ils sont confrontés à l'arrêt du traitement et, par le fait même, à la mort. « La légitimité des soins palliatifs repose précisément sur la conviction qu'il est moralement acceptable, dans certaines cir-

constances, de cesser ou de ne pas entreprendre un traitement...<sup>2</sup> »

« Les reins sont aussi importants pour le bon fonctionnement de l'organisme que le cœur et les poumons. Leur tâche principale est de débarrasser l'organisme des déchets<sup>3</sup> ». On parle d'insuffisance rénale lorsque les reins ne régularisent plus la quantité d'eau dans le corps et n'éliminent plus les nombreux déchets toxiques.

---

1. LAMONTAGNE, Claude. « Évolution et tendances à travers les définitions des soins palliatifs », *Les Cahiers de soins palliatifs*, Québec, Les Publications du Québec, volume 1, numéro 1, p.11.

2. KEATING, Bernard. « Éthique en soins palliatifs », *Les Cahiers de soins palliatifs*, Québec, Les Publications du Québec, volume 1, numéro 1, p. 21.

3. FONDATION CANADIENNE DU REIN. *Vivre à sa façon*, 1981, page 1-1.

Lorsque l'insuffisance rénale est installée de façon permanente, le malade aura à faire un choix de suppléance rénale. On parlera de dialyse lorsque les reins fonctionnent à moins de dix pour cent. La dialyse ne guérit pas et ne redonne pas un bon fonctionnement aux reins, elle est un traitement nécessaire pour continuer à vivre.

Les causes de l'insuffisance rénale sont multiples. On retrouve parmi ces causes : le diabète, les reins polykystiques, la pyélonéphrite, l'obstruction des voies urinaires, les médicaments, l'hypertension, la glomérulonéphrite, etc.

Le traitement offre aux malades deux choix possibles, soit l'hémodialyse hospitalière ou la dialyse à domicile. De façon générale, le patient à domicile est en dialyse péritonéale. Il peut aussi choisir l'hémodialyse, ce qui implique une organisation particulière que nous ne décrirons pas ici.

Nous ne présentons pas en détail les types de traitements. Mentionnons toutefois que l'hémodialyse hospitalière suppose trois séances hebdomadaires d'une durée

de trois à cinq heures chacune. Le malade doit donc être présent à l'hôpital entre neuf et quinze heures par semaine.

La dialyse péritonéale, quant à elle, doit généralement s'appliquer quatre fois par jour, sept jours par semaine. Une séance dure environ trente minutes. Cette forme de dialyse occupe donc un malade une quinzaine d'heures par semaine. À l'aide d'un appareil particulier, ce traitement peut se faire la nuit, libérant le malade pendant la journée.

La personne souffrant d'insuffisance rénale a un régime alimentaire particulier à suivre. De façon générale, les malades demeurent fonctionnels et disent avoir une qualité de vie acceptable. La maladie causant l'insuffisance rénale aura une influence sur les effets du traitement. Majoritairement, les malades font le choix d'être dialysés, car ils veulent continuer à vivre et espèrent retrouver une vie active qui leur soit satisfaisante.

Au Canada, « La prévalence de l'insuffisance rénale chronique continue d'augmenter. En moyenne, de

1981 à 1995, l'augmentation imposée de patients traités pour insuffisance rénale a été de 8,8 % (référence : registre canadien, rapport 1997, page 1-1 et figure 1, tableau 5)<sup>4</sup> ».

Comme on le sait, la population du Québec vieillit. Cette augmentation de l'âge se rencontre dans différents milieux, entre autres, chez la population des dialysés. Les malades admis aux traitements de suppléance rénale sont de plus en plus âgés.

L'arrêt de traitement de la suppléance rénale devient une réalité en néphrologie et peut se présenter dans d'autres secteurs de la médecine. La question de continuer ou de cesser la dialyse se pose quand les traitements ou la maladie prennent trop de place dans la vie du malade, quand surgissent des complications en relation avec l'évolution de la maladie, comme l'amputation d'un membre, quand le malade est en perte d'autonomie fonctionnelle ou lorsqu'il connaît des problèmes cognitifs.

La remise en question peut se faire en tout temps, soit peu de temps après avoir commencé la dialyse ou après plusieurs années. C'est souvent le malade qui entreprend cette réflexion lorsqu'il est apte à choisir. Les membres de l'équipe soignante peuvent aussi questionner ce dernier afin de savoir s'il est toujours d'accord pour continuer lorsqu'une complication se présente. Pour ce qui est des patients inaptes à choisir, c'est en général l'équipe traitante qui remet en cause la pertinence de continuer le traitement.

À partir d'une expérience clinique auprès de malades dialysés, nous exposons, dans cet écrit, l'arrêt de traitement comme une réalité qui s'accompagne. Nous regardons différents paramètres à considérer à la fois lorsque le malade est apte à consentir ou lorsqu'il n'a pas cette capacité de décider. Quelques réflexions sur l'accompagnement sont également livrées.

---

4. « Programme de suivi de l'insuffisance rénale chronique », version 1b, CHUQ, 97-10-31.

Rappelons-nous que le malade en dialyse vit constamment confronté à la mort. Il est en survie. Fort heureusement, il n'y pense pas continuellement, car il aurait de la difficulté à maintenir une existence signifiante. Le traitement vise avant tout une qualité de vie acceptable pour qu'il puisse évoluer le plus normalement possible. Il arrive parfois que cette vie devienne de plus en plus difficile à poursuivre. Pensons à ce jeune artiste de 40 ans à qui la suppléance rénale a permis de continuer une carrière de musicien. Cependant, le jour où la maladie causant l'insuffisance rénale a évolué en le rendant aveugle, il a jugé que le traitement ne le satisfaisait plus. Il a donc cessé la dialyse et est décédé quelques jours plus tard.

La cessation de traitement risque de se poser de plus en plus comme une réalité dans nos milieux hospitaliers. Aujourd'hui, les valeurs sociales semblent privilégier la qualité de la vie et non la vie à tout prix. Les malades sont plus informés de leurs droits et plus critiques en ce qui concerne leur traitement.

La cessation de traitement représente un choix difficile pour le

malade et ses proches. Comme accompagnant, on se doit de faire confiance à ces derniers dans leur capacité de cheminer et d'affronter cette réalité de la mort. Cela suppose que nous nous attardions au malade en tant qu'être humain afin de l'aider à trouver ses certitudes. Cette présence en écoute peut lui donner la force intérieure de prendre la décision d'arrêter le traitement et de se préparer à la mort, cette inconnue.

La décision de cesser ou de poursuivre un traitement ne se fait pas techniquement, mais elle s'inscrit dans un processus, dans un cheminement vers une mort à court terme ou dans une continuité de vie. En tout temps, le malade doit se sentir libre dans sa décision. Cette démarche fait appel aux croyances et aux valeurs. Nous entrons dans le monde de la subjectivité, le propre de l'individu, sa singularité.

Le malade et ses proches sont évidemment touchés, mais nous le sommes également comme intervenants, à cause de cette subjectivité. Nos valeurs font qu'il peut être acceptable de cesser un traitement, mais l'inverse peut être aussi

vrai selon la conception que nous avons de la vie, de la mort et de notre rôle comme soignants.

L'intention initiale du malade qui décide de cesser son traitement ne semble pas avant tout de mourir ou de se donner la mort, mais plutôt de mettre fin à sa souffrance. Cette prise de décision suscite des interrogations sur le plan de l'éthique. L'arrêt du traitement de dialyse représente-t-il un suicide, une forme d'euthanasie ? Accompagner un malade dans un tel choix, est-ce de l'assistance au suicide ? Ces questions sont souvent présentes chez les malades, leurs proches et les soignants. Le présent écrit ne traite toutefois pas la cessation de traitement sous les aspects éthiques.

### **Patient apte à consentir**

Nous présentons ici différents paramètres à considérer lorsqu'il est question de cessation de traitement chez un patient apte à consentir. Nous entendons par un « patient apte à consentir » la personne qui est en possession de ses facultés

intellectuelles et pouvant faire un choix libre et éclairé. « L'accord volontaire d'une personne qui possède la capacité mentale suffisante [...] pour faire un choix rationnel quant aux options de traitement. Il suppose que la personne sait ce qu'il adviendra si le traitement est administré ou omis et qu'elle connaît les solutions de rechange possibles. Le consentement ne doit pas être vicié par la coercition, la contrainte ou l'erreur<sup>5</sup> ».

L'expérience clinique démontre l'importance d'évaluer différentes perceptions chez le malade et ses proches. Ces perceptions apparaissent déterminantes du cheminement et de la décision de cesser les traitements. Nous devons donc évaluer les perceptions que le malade et ses proches ont du traitement et de ses conséquences, de la qualité de la vie, du sens de la vie, de la décision, en conscience, de cesser un traitement, et enfin la perception qu'ils ont de la mort.

---

5. LE SENAT. *Des soins de fin de vie de qualité, chaque Canadien et Canadienne y a droit*, Sous-comité de mise à jour ; *De la vie et de la mort*, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, rapport final, juin 2000, p. 74.

## **Le traitement et ses conséquences**

Il est important d'évaluer si le malade a une connaissance exacte de son traitement. Est-il bien informé des conséquences de sa poursuite ou de son arrêt ? Y a-t-il des améliorations possibles en terme de confort ? Est-il appelé à se détériorer à court, moyen ou à long terme ? Est-ce que son état peut être stabilisé ?

Les perceptions du malade peuvent être biaisées à cause de croyances personnelles, d'histoires entendues par d'autres malades ou d'informations reçues concernant sa maladie, parfois dans un langage ambigu. Nous devons interroger le malade sur sa façon de voir la réalité, car il peut parfois la modifier.

Plus le malade aura une information juste et claire sur sa maladie et son évolution, plus il sera en mesure de faire un choix éclairé concernant la continuation ou la cessation de son traitement.

Le danger réside dans le fait que les intervenants tiennent pour acquis que le malade a bien compris les informations données sur la maladie et qu'il les a intégrées.

À cause de leur vulnérabilité, les malades n'intègrent pas toujours du premier coup l'information reçue. Il est souvent nécessaire de vérifier leur compréhension et de répéter.

Il en est de même pour les proches. Leur connaissance de l'évolution de la maladie peut être faussée. Nous devons nous assurer de leur juste compréhension pour qu'ils puissent accompagner leur malade.

## **La qualité de la vie**

Lorsque nous sommes assurés que le malade et ses proches saisissent bien l'évolution de la maladie et du traitement, il apparaît important d'évaluer comment le malade estime sa qualité de vie. Nous allons chercher ici ce qui est acceptable ou ce qui ne l'est pas pour lui. Seul le malade peut répondre à ce questionnement. Il est le seul à posséder cette vérité, l'évaluation de la qualité de vie étant une notion subjective.

Parfois, les proches considèrent la qualité de vie du malade différemment de ce dernier. Il est nécessaire de les amener à saisir et à comprendre comment le malade définit sa propre qualité de vie.

Il peut exister un conflit de valeurs entre ce que perçoivent les proches, ce qui leur est acceptable et le vécu du malade. Un travail d'accompagnement (et non de confrontation) s'avère essentiel pour les amener à s'ouvrir au malade et à le respecter. Cette ouverture n'est pas toujours facile pour les proches. Ils sont touchés affectivement et vivent la menace de perdre un être cher.

Un danger guette les proches, celui de juger de la qualité de vie du malade. Ce même danger prévaut aussi pour les intervenants. On peut considérer qu'un malade a une qualité de vie médiocre, alors que ce dernier la considère toujours comme acceptable. Pensons à cette dame de 45 ans qui a connu une dépendance complète pendant sa dernière année de vie et qui, malgré tout, évaluait posséder une qualité de vie acceptable de par les relations qu'elle entretenait avec le personnel infirmier.

### **Le sens de la vie**

Il s'avère également important d'interroger le malade sur le sens qu'il accorde à sa vie. Pourquoi vit-il ? Pour qui ? Est-ce que sa vie sert à quelqu'un ? À quelque chose ?

Est-ce que sa vie, dans les circonstances actuelles, vaut la peine de se continuer ?

Ce questionnement du malade vise à amorcer une réflexion sur le sens de sa vie. Il l'amène à faire le bilan de sa vie, ce qui l'aidera à se situer quant à la décision de cesser ou de continuer le traitement. Certains prendront conscience qu'ils ont beaucoup « combattu » la maladie pour leurs enfants ou pour toute autre raison, et que leur vie semble maintenant accomplie.

Le sens de la vie apparaît, encore là, une notion subjective, car elle fait également appel aux valeurs profondes. Certains malades, malgré une grande vulnérabilité physique, nous diront que leur vie a toujours du sens à travers le quotidien, par exemple : la décision de ne pas cesser leur traitement avant la période des Fêtes pour ne pas imposer cette peine à leur famille à Noël, ou celle de vouloir voir la nouvelle année.

Il est également important d'évaluer le sens que les proches accordent à la vie du malade. Ces derniers donneront parfois un sens plus significatif que ne le reconnaît

le malade lui-même. Il apparaît fondamental d'aider les proches à comprendre, saisir et respecter le malade lorsque ce dernier considère que sa vie n'a pas suffisamment de sens pour continuer un traitement de survie. Cela suppose une ouverture dans la communication, attitude difficile étant donnée la charge émotive que pose la question d'un arrêt de traitement.

Les soignants peuvent également être confrontés par le sens que le malade accorde à sa vie. On peut être porté à évaluer le sens de la vie de l'autre à partir du sens que l'on accorde à notre propre vie. Nos valeurs et croyances peuvent nuire à la compréhension de ce que vit le malade, provoquant ainsi l'isolement de ce dernier.

### **La décision de cesser un traitement**

Ce paramètre, nécessaire dans l'évaluation, nous amène dans le monde de la conscience. Nous naviguons toujours dans la subjectivité. Il nous apparaît important d'évaluer à quoi correspond la cessation de traitement pour les malades. Parfois ils diront que l'arrêt est inacceptable, car il s'agit d'un suicide, d'un acte allant contre la

volonté de Dieu, d'un manque de courage, d'un mauvais exemple, d'un abandon... D'autres malades exprimeront que l'arrêt de traitement est acceptable selon leur conscience, car il représente la libération des douleurs, le respect de la nature...

Lorsque l'arrêt de traitement cause un problème de conscience chez le malade, nous devons l'accompagner, pour qu'il puisse reconnaître cette difficulté et la verbaliser, afin de le soutenir dans sa réflexion. Lorsque la cessation de traitement, par exemple, correspond pour lui à un suicide, nous devons lui rappeler qu'elle est permise par l'Église s'il est croyant et pratiquant. L'intervention de l'animateur de pastorale s'avère ici précieuse. Pour d'autres patients, ce sont des informations concernant la reconnaissance de l'arrêt de traitement par le Code civil ou l'acquiescement de l'équipe médicale qui peuvent les confirmer dans leur choix.

Les mêmes craintes et interrogations se retrouvent chez les proches. Il est essentiel de les aider à trouver des réponses pour qu'en conscience eux aussi soient à l'aise si un arrêt de traitement est décidé.



Les problèmes de conscience touchent également les intervenants. Est-ce que l'arrêt de traitement est acceptable? Est-ce que cela correspond à une forme d'euthanasie, d'aide au suicide ou à un échec? Tous les intervenants ne comprennent pas le sens d'une cessation de traitement de la même façon, d'où une influence possible sur la prise de décision du malade.

En fait, le même danger guette les proches et les soignants : celui de passer à côté de ce que vit le malade en projetant leurs propres perceptions, ce qui est acceptable ou inacceptable pour eux.

### **La mort**

---

La conception de la mort peut également avoir une influence dans la décision de cesser un traitement. Nous devons nous y attarder. Parfois, la mort signifie une souffrance morale inacceptable, la séparation d'avec les gens qu'on aime, l'absurdité. Elle peut représenter la peur de mourir seul, d'étouffer, de faire une crise, d'abandonner, etc. Pour d'autres, elle correspondra à la fin des souffrances, à l'occasion de faire ses

adieux, à l'inquiétude quant aux survivants. Ici encore, il y a autant de perceptions différentes qu'il y a de malades. Les perceptions de la mort se construisent à partir de nos expériences de vie, de nos valeurs, de nos croyances.

Si la mort est perçue comme libératrice, il sera plus facile pour un malade de cesser ses traitements. À l'inverse, si la mort évoque souffrance ou traumatisme, le choix sera plus difficile. Il est important d'aider le malade à cheminer pour se situer par rapport à la mort.

Il en est de même pour les proches. Leur perception de la mort peut provoquer des réactions. Si le malade a décidé d'arrêter son traitement de dialyse et que les proches s'y opposent, il est essentiel d'évaluer sur quoi reposent ces résistances. On doit interroger ces derniers sur ce que représente pour eux la perte de leur malade. Qui perd-on? Il peut être le sens de la vie chez un conjoint ou une conjointe qui a tout délaissé pour s'occuper de lui depuis des années, ou encore il peut représenter une sécurité affective ou financière...

Les soignants ont également leur propre conception de la mort, ce qui peut aussi influencer la décision chez un malade de cesser son traitement. Si la mort correspond pour le soignant à un échec ou si la vie est un absolu, il ne pourra pas avoir le même accueil du malade que si la mort était acceptable dans ses pratiques professionnelles.

Ici encore, le même danger guette les proches et les soignants, celui d'agir sur la décision du malade à partir de leur compréhension personnelle de la mort. Un travail sur soi demeure indispensable pour reconnaître ce qu'on vit et ne pas influencer le malade ou, du moins, l'influencer le moins possible.

### **Patient inapte à consentir**

En ce qui concerne le malade inapte à consentir, c'est-à-dire non en mesure de faire un choix à la suite d'une détérioration de ses capacités mentales, l'approche concernant l'arrêt de traitement se veut différente. Dans un premier temps, lorsqu'il est question de cesser un traitement, il est nécessaire de reconnaître l'inaptitude

du malade à consentir. Parfois, cette incapacité est évidente. Par ailleurs, lorsqu'elle n'est pas claire, l'expertise du psychiatre sera pertinente.

Par la suite, nous pouvons vérifier si le malade a émis des directives préalables concernant la fin de sa vie. Ce type de directive facilite la décision de cesser un traitement à la fois pour l'équipe traitante et pour les proches. Notons que le seul document ayant une valeur légale au Québec est le mandat en cas d'inaptitude, lorsqu'il est homologué. Tout autre écrit ayant une valeur morale peut toujours apporter une indication concernant la volonté du malade.

Si le malade n'a pas donné de directives concernant son traitement, l'équipe traitante doit se situer et se questionner afin de déterminer si le traitement aide toujours le malade. Est-ce qu'il prolonge indûment sa vie? Est-ce que, pour l'équipe, il est acceptable de cesser le traitement? Obtenir un consensus dans l'équipe traitante permettra de discuter avec les proches de la condition du malade et de leur donner une indication éclairée concernant la pertinence

d'interrompre le traitement. Les proches doivent saisir que l'objectif n'est pas d'abandonner le malade, mais bien de l'aider dans cette étape ultime de sa vie. Dans des situations plus difficiles, il peut être indiqué de demander l'avis d'un comité de bioéthique.

Cette façon de faire nous apparaît facilitante pour les proches, car ils n'ont pas à subir le poids de la décision de cesser le traitement. Ils n'ont pas à porter sur leur conscience la mort de leur malade, ce qui influencera la résolution du deuil. Nous pensons à cette dame qui disait : « Si, médicalement, on devait cesser le traitement de mon mari, qu'on le fasse. En ce qui me concerne, la seule décision que je prendrai est celle de l'accompagner dans cette étape de vie ».

Parfois, la famille résiste lorsqu'on propose l'arrêt de traitement chez un malade ne pouvant décider pour lui-même. Ces résistances s'appuient sur une réalité qui, souvent, nous échappe. Il est alors important de s'attarder aux paramètres mentionnés antérieurement : quelles sont les perceptions

de l'arrêt de traitement, de la mort, de la perte d'un proche ? Il est souvent nécessaire d'interroger les proches sur la façon dont ils pensent s'en sortir. Ce questionnement les amène dans un processus de deuil et les met en contact avec les forces qui les aideront à passer à travers. Lorsque les forces sont présentes, généralement les résistances tombent. Il est également pertinent de s'attarder aux intentions des membres de la famille concernant le malade. Il est rare que les proches aient des intentions négatives. Habituellement, on veut le bien-être de notre malade.

Les équipes soignantes ont à se situer dans ce processus d'arrêt de traitement. Sommes-nous prêts à nous engager de la sorte ? La question demeure.

### **Conclusion**

---

Lorsqu'il est question de cesser ou de continuer un traitement chez le malade apte à choisir, l'intervention vise à ce que celui-ci prenne la décision la plus éclairée possible, qu'il arrive à être bien dans cette décision et en harmonie avec ses proches.

En ce qui concerne les proches, un des buts poursuivis est qu'ils soient également en harmonie avec eux-mêmes et avec leur malade afin qu'ils puissent à la fois l'accompagner et se préparer à vivre leur deuil.

Quant aux malades inaptes à consentir, l'objectif visé auprès de leurs proches consiste à ce que ne pèse pas sur leur conscience cette décision d'arrêter le traitement, ce qui pourrait provoquer des difficultés à assumer le deuil.

Enfin, quand la décision de l'arrêt de traitement est prise par le patient apte à consentir, de façon générale, nous constatons qu'une paix s'installe chez lui comme s'il retrouvait un pouvoir sur sa vie, une forme de liberté qu'il avait perdue avec la dialyse.

La réflexion avec le malade et ses proches à propos de la cessation du traitement provoque habituellement une crise. L'émotion est très grande. Les discours sont irrationnels. Il est important

de ne pas décider trop vite. Le malade et les siens ont besoin de temps pour cheminer, se faire à l'idée, se préparer. Respecter le rythme du malade et de ses proches les aide à mûrir une décision. Il en est de même chez le patient qui n'est pas en mesure de décider. L'importance de prendre le temps avec les proches favorise leur cheminement. Cette démarche suppose que, comme soignants, nous demeurions engagés envers eux. Il n'est pas toujours facile de maintenir notre engagement quand le cheminement est plus laborieux.

La mort rend la séparation difficile pour les malades et les proches. Cette séparation est définitive et cette souffrance ultime. Thérèse Vanier disait : « L'éradication de la douleur, je veux bien. Mais la suppression de la souffrance, ce n'est pas possible<sup>6</sup> ».

La mort fait vivre du chagrin autant au malade qu'à ses proches. Chez le malade, toute la peine vécue par les siens et le combat qu'ils devront livrer pour que la

---

6. VANIER, Thérèse. Entrevue accordée à la revue RND, juillet-août 1995, n° 7.

vie continue l'afflige. Ce chagrin pourra influencer sa décision de cesser son traitement de dialyse. L'angoisse de la mort aura aussi une influence dans le choix de cette option. Cette angoisse est vécue par le malade, mais aussi par sa famille.

Enfin, plusieurs facteurs que nous ne saisissons pas toujours en tant que soignants peuvent influencer la décision de cesser ou de continuer un traitement. N'y aurait-il pas ici un intérêt pour la recherche? Très souvent, il y a là un monde qui nous échappe.

Devant une décision de cessation de traitement, les soignants doivent avoir confiance en la capacité du malade à faire face à sa mort. Ce dernier doit aussi faire confiance à ses proches dans leur aptitude à vivre cette étape difficile. Accompagner dans un tel contexte, c'est créer autour du malade un climat qui l'aidera, ainsi que les siens, à retrouver une sécurité intérieure qui permettra d'actualiser les forces nécessaires pour faire face à l'inconnu.

## Références

- BLONDEAU, D. *De l'éthique à la bioéthique : repères en soins infirmiers*, Chicoutimi, Édition Gaëtan Morin, 1986.
- DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique, Histoire, concepts et outils*, Fides Cerf, 1999.
- HOTTOIS, Gilbert et Marie-Hélène PARIZEAU. *Les mots de la bioéthique : un vocabulaire encyclopédique*, Montréal : Erpiscience ; Bruxelles : De Boeck-Wesmaell, 1993.
- Le registre canadien des insuffisances et transplantations d'organes*, Rapport annuel, 1997.
- LESAGE-JARJOURA, P. *La cessation de traitement : au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1990.
- LESAGE-JARJOURA, P. « Le médecin, l'éthique et le droit », *Bulletin du Collège des médecins du Québec*, juillet 1995.
- LE SÉNAT DU CANADA. *De la vie et de la mort*, Rapport du comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, juin 1995.