



HAL
open science

Cas clinique et éthique De la complexité d'une demande de sédation

Anne-Sophie Du Boisgueheneuc, Laurent Montaz, Matthieu Forin, Roger Gil

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Du Boisgueheneuc, Laurent Montaz, Matthieu Forin, Roger Gil. Cas clinique et éthique De la complexité d'une demande de sédation. *Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine*, 2019, 3, p.68-75. hal-02987817

HAL Id: hal-02987817

<https://hal.science/hal-02987817>

Submitted on 4 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Cas clinique et éthique

De la complexité d'une demande de sédation

Anne-Sophie DU BOISGUEHENEUC - Laurent MONTAZ - Matthieu FORIN

Médecins en Soins Palliatifs - CHU de Poitiers

Roger GIL

Directeur Espace de Réflexion Éthique Nouvelle-Aquitaine ERENA

Résumé

Un homme de 59 ans, au stade terminal d'un adénocarcinome avec métastases, se plaignant essentiellement d'une fatigue « intolérable » fait une demande de sédation qui conduit à faire appel à l'équipe de Soins palliatifs. Or cette demande, pourtant réitérée dans le service d'oncologie, va évoluer dans le temps. L'observation permet d'illustrer les concepts de capacité, de souffrance existentielle, de symptômes réfractaires et d'autonomie. Elle montre aussi que le climat d'écoute est nécessaire pour discerner les vraies demandes des personnes en fin de vie et leur adaptation aux événements ultimes auxquels ils sont confrontés.

Mots-clés : Sédation de fin de vie - Soins de fin de vie - Souffrance existentielle - Symptômes réfractaires - Autonomie.

Abstract

A 59-year-old male, end-stage adenocarcinoma with metastases, who is essentially complaining of "intolerable" fatigue, makes a request for sedation that involves hiring the palliative care team. But this demand, though reiterated in the oncology department, will evolve over time. Observation allows us to illustrate the concepts of capability, existential suffering, refractory symptoms and autonomy. It also shows the listening climate necessary to discern the true demands of people at the end of life and their adaptation to the ultimate events they face.

Keywords: Sedation and end-of-life - End-of-life care - Existential suffering - Refractory symptoms – Autonomy

Le cas clinique a été discuté en groupe, à la manière d'un café éthique, par des étudiants du Diplôme d'Université en Soins palliatifs. Le verbatim a été remanié pour éviter les redondances. Le cas a été exposé par un médecin en cours de formation en Soins palliatifs et mis en forme avec l'aide des enseignants. Puis sont rapportées les principales questions et remarques des étudiants. Les remarques conclusives, inspirées par le cas clinique et les réactions du groupe ne visent qu'à proposer des pistes pour ouvrir à d'autres débats.

I - OBSERVATION

Observation, première partie

Anne-Sophie Du BOISGUEHENEUC ;
Laurent MONTAZ ; Matthieu FORIN

L'équipe mobile de soins palliatifs est appelée le 29 septembre 2016 au chevet de Monsieur B, 59 ans, hospitalisé en oncologie dans le cadre d'un adénocarcinome colique avec métastases multiples, présentant une légère dyspnée et une grande asthénie.

Monsieur B est agriculteur, à la pointe de la technologie, gérant ses terres comme un ingénieur, entrepreneur, très investi,

actif et compétent. Il est marié, père de deux jeunes gens de 22 et 25ans.

Il n'a par ailleurs aucun facteur de risque cardio-vasculaire ni autre antécédent médical ou chirurgical. Son histoire a commencé quand il n'avait que 56 ans, en février 2013 : découverte d'un adénocarcinome colique gauche sténosant. Il subit alors une hémicolectomie suivie d'une chimiothérapie adjuvante de mars à septembre 2013. Il est l'objet d'un suivi régulier.

Le carcinome récidive en septembre 2014 sur le plan biologique avec découverte d'adénopathies mésentériques : une reprise chirurgicale est effectuée par cœlioscopie, mais il est constaté un envahissement mésentérique avec lésions non accessibles à une exérèse. Suit une deuxième ligne de chimiothérapie de décembre 2014 à mai 2015, puis un traitement d'entretien et une surveillance (clinique, biologique et radiologique).

En novembre 2015, le scanner thoraco-abdominal montre un nodule du lobe pulmonaire supérieur droit et une majoration de l'envahissement de la graisse péritonéale. Une troisième ligne de chimiothérapie est effectuée de décembre à février 2016 suivie d'un traitement d'entretien. En mai 2016 le scanner abdominopelvien montre toujours un envahissement mésentérique important et des lésions secondaires hépatiques. Une quatrième ligne de chimiothérapie est effectuée. En juin 2016, apparaissent des effets secondaires de cette nouvelle chimiothérapie : asthénie majeure, avec score à 2 au *Performance status* de l'OMS (*Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler*).

Alité moins de 50 % de son temps : West et Jin 2015) et syndrome main pied grade 3¹(*La peau est extrêmement sèche et à*

un stade plus avancé s'épaissit et présente une desquamation. À ce stade sévère, les gestes quotidiens sont difficiles, notamment la marche qui peut devenir douloureuse et les gestes fins de préhension). Le traitement est suspendu pour une cinquième ligne de chimiothérapie en août 2016.

Le 7 septembre, Monsieur B se présente au service d'urgences pour ictère et fièvre. Devant la suspicion de cholécystite, il est mis sous antibiotique et hospitalisé. Il rentre chez lui le 16 septembre du fait de l'amélioration clinique, biologique et échographique. Le 19 septembre, les urgences le retrouvent à nouveau avec 38°5. Il est transféré en oncologie ; le scanner retrouve les métastases hépatiques sans dilatation des voies biliaires. Les antibiotiques sont repris avec une corticothérapie. Dix jours plus tard, la fièvre persiste, associée à une polypnée et à une grande asthénie. Le malade vit très mal cette asthénie. Prendre son pistolet pour uriner l'épuise, lui qui ne comptait pas son énergie, qui était très actif et maître de tout chez lui. Il ne présente aucune douleur physique mais exprime une grande souffrance « morale » et souhaite « être sédaté pour en finir ». C'est dans ce contexte que nous nous retrouvons ce jour-là à son chevet. Il nous dit ne pas supporter sa dépendance liée à sa fatigabilité. Il nous rapporte avoir sollicité plusieurs fois l'équipe d'oncologie pour être « sédaté » et devant sa réitération les oncologues ont préféré avoir notre avis. Monsieur B nous dit, sur un ton décidé, qu'il a déjà beaucoup parlé avec sa famille, que tous sont « à bout » et il veut que cela cesse. Il nous dit « rechercher le calme et la quiétude, le repos éternel » et il souhaite que nous l'accompagnions dans cette voie. Nous prenons une heure pour faire connaissance et entendre sa demande pour le rejoindre là où il est. Nous lui reformulons ce qu'il nous a dit pour qu'il soit bien assuré de

¹ Le syndrome main-pied (érythrodysesthésie palmo-plantaire en langage médical) est un effet secondaire de certaines chimiothérapies ou de traitements ciblés. Il se manifeste par une atteinte de la peau (rougeurs, gonflement, sécheresse, ampoules, crevasses, hypersensibilité, fourmillements, douleurs...) au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Source :

notre compréhension. Nous le réassurons sur la prise en charge des symptômes par sédation en cas de situation d'urgence (dyspnée, confusion...) et pour avoir son approbation. Puis nous lui proposons de le revoir le lendemain en présence de son épouse, en lui disant que nous prenons aussi ce temps pour réfléchir ensemble. Il comprend, tout en signalant cependant sa déception : il aurait rêvé que nous sortions de sa chambre, lui étant endormi définitivement.

Le lendemain après-midi, son épouse est là, assise à ses côtés, toute présente mais tendue, angoissée, le visage tiré. Lui est alité, plus fatigué encore que la veille, présentant un ictère lui aussi plus marqué. Il ne présente cependant aucun signe d'encéphalopathie, malgré une biologie très perturbée. Ce jour-là, il nous parle de sa peur de ne plus être digne, il nous dit l'absurdité devant l'absence d'espoir de guérison et donc de sens. Il ne souhaite « pas imposer ça à ses proches ». Une chose nous frappe : c'est la facilité du discours, presque sans émotion, froid, comme si il « gérait » encore un problème extérieur, et que sa décision de chef d'entreprise était prise, même devant sa femme, elle, très émue. Cependant Madame B, les yeux mouillés, nous dit qu'elle-même a beaucoup réfléchi et se trouverait égoïste de ne pas se faire le relai de la demande de son époux. Elle nous dit avoir eu ce jour même l'approbation de ses enfants aussi, bien que jusqu'alors ils étaient plutôt dans le rejet et la colère vis à vis de leur père... ou de la maladie de celui-ci ?

Monsieur B renchérit en nous disant qu'il était peut-être encore capable de donner pour sa famille mais que maintenant « c'était trop cher payé ». Nous sommes vendredi et donc mardi prochain, il souhaite « être endormi ».

Cet homme présente encore un bon sommeil, un appétit modéré, pas de symptômes à proprement parler réfractaires, hormis l'asthénie. Et son pronostic ce jour-là est encore difficile à

évaluer, entre court ou moyen terme, mais il n'est pas en phase agonique.

Cette histoire de l'évolution d'une maladie incurable chez cet homme suscite certainement en vous des interrogations. Nous étions 4 médecins avec lui et son épouse à entendre ce qu'il nous disait. Avez-vous des idées sur la prise en charge de cette demande ? La sédation semble alors prématurée. Comment répondre à cet homme ?

Echanges avec les participants

Animation :

Anne Sophie DU BOISGUEHENEUC

P (Participant)

Il n'y a eu qu'une journée entre vos deux entretiens ?

M (médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs)

Oui, pour l'équipe mobile parce qu'il était depuis dix jours en oncologie, mais nous nous l'avons vu la première fois le 29 septembre. Comme on souhaitait que son épouse soit présente nous n'avons vraiment eu que 24 heures entre les deux entretiens.

Mais c'est une demande qu'il avait déjà formulée auprès de l'équipe d'oncologie.

P

Comment peut-on dire qu'il n'y a pas d'humeur dépressive ni d'anxiété ?

M

On ne le sentait pas dépressif. En tout cas, il ne manifestait ni dépréciation de soi, ni sentiment de dévalorisation.

Son discours ne témoignait pas d'une angoisse ni d'une anxiété majeure.

P

Et il avait donc un bon sommeil ?

M

Il n'avait pas de troubles du sommeil, ni de fluctuation diurne de la vigilance. Il était toujours cohérent.

Il était question par ailleurs d'une asthénie majeure. Or ce qui nous a étonnés, c'est

qu'il a pu dialoguer pendant une heure il a pu parler de lui, échanger sur ce qui le préoccupait; il était réellement présent, physiquement, totalement.

P

Que voulait-il exactement dire quand il évoquait le prix qu'il était capable de payer pour sa famille ?

M

Il voulait dire que malgré l'attachement que sa famille avait pour lui, il trouvait que la vie était trop lourde à porter, « trop chère payée », en raison de cette fatigue qu'il trouvait intolérable. Pour lui la vie était finie et il nous disait ce vendredi : « J'ai dit à mes enfants que Mardi vous alliez m'endormir ».

P

Pour lui il y avait encore le week-end

M

Oui, pour que ses enfants puissent venir pour l'embrasser.

P

Il dormait, il mangeait encore....

Mais le pronostic était engagé à court terme.

M

Compte tenu du bilan hépatique, des métastases qui flambaient, on voyait que le pronostic était engagé à court terme mais vraiment, en considérant la clinique, la biologie, et l'imagerie, nous nous sommes dits, mon collègue et moi, en sortant de la chambre que « ce n'était pas évident ». Ce monsieur a vu son cancer se manifester en 2013 et il a pu garder son activité professionnelle jusqu'en septembre 2016. Pour lui, la vie était finie depuis qu'il ne pouvait plus avoir d'activité.

P

Indirectement cela est en faveur d'une souffrance psychologique importante, même s'il n'y a pas de souffrance physique et il trouve sa fatigue intolérable : cet adjectif fait partie du

vocabulaire de la souffrance.

M

Il est en plus assez jeune, il a moins de 60 ans.

P

A-t-il abordé la possibilité du retour chez lui (bien sûr cela annulait l'idée de la sédation) ?

M

Je n'ai pas souvenir que cette question est été abordée. En tout cas elle n'avait pas été évoquée depuis que l'équipe d'oncologie avait fait appel à l'équipe de soins palliatifs.

P

Vous lui avez fait part que ce pouvait être la fin mais que l'on ne pouvait pas en être sûr.

M

Oui

P

Vous dites que vous étiez quatre médecins, est-ce qu'il y avait d'autres intervenants ?

M

Oui quatre médecins et une psychologue.

Il connaissait tout le monde (sauf moi) et il connaissait très bien l'équipe d'oncologie.

On lui a bien dit à la fin de l'entretien qu'on entendait parfaitement sa demande et sa volonté de ne pas prolonger sa vie de quelque manière que ce soit. Nous lui avons répété ce qu'il nous avait dit pour être sûr de bien avoir entendu.

On l'a réassuré sur la prise en charge des symptômes et qu'il aurait une sédation en cas d'urgence, en cas de dyspnée ou en cas de confusion et on lui a demandé s'il était d'accord. Mais il a évoqué immédiatement sa déception en raison de notre non décision immédiate, tout en ajoutant qu'il nous comprenait tout à fait. Sur le plan cognitif, il y avait un échange riche, il comprenait très bien que la décision devait être pesée, écoutée,

discutée avec l'ensemble du corps médical et toutes les équipes soignantes.

Nous sommes sortis de la chambre, en lui disant que nous allions prendre le temps de réfléchir et le revoir rapidement.

Toute l'équipe s'est alors retrouvée et nous avons discuté : il nous a semblé que dans le cadre de la loi sur la fin de vie, toutes les conditions n'étaient pas tout à fait remplies. Le malade n'était pas en phase agonique, il était difficile d'affirmer que le pronostic était réellement engagé à court terme. Quelle allait être la durée d'une sédation profonde et prolongée jusqu'au décès ? On se demandait aussi si l'asthénie ou la souffrance existentielle, qu'il exprimait, pouvaient être considérées comme des symptômes réfractaires. Nous étions vraiment dans un questionnement fondamental sur l'indication réelle de la sédation.

Observation, deuxième partie

Le mardi suivant, nous sommes allés le voir en oncologie pour lui proposer un transfert dans notre service le vendredi. Il nous a accueilli simplement et n'a pas réitéré sa demande à être endormi. Il a accepté notre proposition. Le vendredi, il est arrivé dans le service : il était toujours très asthénique et ictérique, calme, peu demandeur. Le samedi apparaît une anasarque et quelques signes d'encéphalopathie (sommolence, astérisis). Dans ses moments de présence, le dialogue est clair mais il n'aborde plus la question de la sédation, en revanche il demande à « être confortable ». Il souhaite qu'on ne passe pas le voir trop souvent. Devant l'apparition de fausses routes, les traitements per os sont arrêtés pendant le week-end. L'altération de l'état général domine le tableau clinique. Le lundi, il est très endormi, mais toujours pas douloureux.

Avec son épouse, nous décidons d'arrêter l'hydratation et nous augmentons alors l'*hypnovel*® devant l'état d'épuisement, avec l'intention de l'endormir. Il décède le mercredi suivant dans le service.

Finalement qu'est-ce que la sédation ? Comment est-elle présentée au public ? Un remède à toute souffrance, qui prendrait la forme d'un « droit de dormir avant de mourir » ? (Verspieren 2017). Peut-on demander à la médecine de soulager toute souffrance de fin de vie ou quel type de souffrance, physique, morale, existentielle ?

Comment définir les symptômes réfractaires ? L'asthénie est-elle un symptôme réfractaire ? Et l'inconfort ?

Doit-on accéder directement et rapidement aux demandes réitérées ? Doit-on prendre le temps pour des entretiens préalables à la décision ? La demande du patient, comme ce cas clinique le montre, peut évoluer avec le temps.

II - SYNTHÈSE ET REMARQUES CONCLUSIVES

Roger GIL

Il faut d'abord souligner la difficulté à se positionner en termes de conduite à tenir à partir d'une loi. La loi n'est pas un code éthique et la loi n'est pas un code moral. Lire le cas à travers la loi ne peut en donner qu'une idée réduite.

« L'homme capable », éprouvant sa fragilité

Ce qui frappe et ce qui est au cœur de la souffrance de cet homme, car il s'agit bien d'une souffrance, c'est le sentiment d'amoindrissement provoqué par une fatigue qu'il vit comme « intolérable ». Paul Ricœur insistait beaucoup sur ce qu'il appelait l'homme capable, capable de faire, capable d'aller et venir, capable de sortir, capable de rentrer, capable de décider, capable de parler, capable de raconter sa vie, capable de se voir imputer ses propres actes et revendiquant sa puissance et sa responsabilité dans l'écriture de sa vie (Ricœur 2004, p. 144-160).

Et la diminution de cette capacité, de ce sentiment de puissance, entraîne de manière inexorable et une perception de sa fragilité et un manque d'estime de soi, une atteinte à sa dignité. Hélas ce terme est polysémique car il ne s'agit pas de la dignité ontologique coextensive au statut inaliénable de la personne humaine. Il s'agit de cette autre dignité, voisine de l'estime de soi qui ne peut supporter de donner aux autres une image amoindrie de soi. C'est une atteinte narcissique, mais qui est vitale pour tout être humain.

Cet homme est frappé dans son estime de soi parce qu'effectivement sa fatigue l'anéantit.

Visages de la souffrance

Mais qu'est-ce que c'est qu'une fatigue qui anéantit ? C'est le contraire d'agir. Platon évoquait déjà les deux pôles de la vie, l'agir et le pâtir (Platon, *Le Théétète*, 156 a) 1950), donc le souffrir. Et effectivement comment ne pas dire qu'il s'agit d'une souffrance, dès l'instant où cet homme, si attaché à l'action, agissant sans désespérer jusqu'à la phase ultime de sa maladie, malgré elle, en dépit d'elle, peut-être dans le déni d'elle, se voit confronté à l'impuissance de l'inaction. Nous sommes en difficulté pour nommer cette souffrance et sans doute est-il préférable de ne pas la nommer ?

Qu'est-ce qu'une souffrance existentielle ? Est-ce une souffrance philosophique, celle dont parlait Albert Camus dans « le Mythe de Sisyphe » quand dès les premières lignes, il écrivait que « Juger si la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie » (Camus 1973). L'absurde était bien pour Camus une perte de sens à laquelle il préféra répondre par la révolte plutôt que par le suicide.

Mais le contexte de fin de vie peut-il être assimilé à une rationalisation, sur le sens général, des vies humaines ?

La souffrance existentielle de fin de vie est d'abord une détresse, qui certes peut poser la question du sens de la vie mais dans le contexte singulier du *ressenti* de chaque personne à l'égard de ce que la maladie lui fait subir. Faut-il pour autant s'encombrer de concepts nosologiques pour dire qu'il faut la distinguer de la dépression ou de l'anxiété pathologique ? Peut-on distinguer facilement la détresse psychologique d'une détresse dépressive réfractaire et d'une détresse existentielle (Sadler 2012) ? L'essentiel est le vécu de la personne malade qui peut comme dans cette observation témoigner de thèmes dépressifs (la mésestime de soi, le sentiment d'inutilité), de la perte de tout espoir qui, contrairement à la dépression, est une réalité et pas seulement un ressenti, d'une analyse rationnelle de la situation. Et reste la dimension existentielle, voire spirituelle quêtant le sens, la perte de sens ou le non-sens de la vie dans sa situation de malade avec la souffrance de son immense fatigue.

De la loi à l'écoute. De la demande à la temporisation active

Dans cette situation, la loi sur la fin de vie est un repère exposant les possibilités et le cadre de l'agir soignant. Mais elle ne peut tenir lieu d'un code à appliquer mécaniquement, ce qui serait instaurer une sédation profonde et prolongée dès lors que la personne malade est en « fin de vie », son pronostic vital engagé à court terme, qu'il souffre et qu'il fait la demande. La demande de la personne malade ne peut avoir une réponse déconscientisée qui ferait fi de la singularité de chaque personne et de chaque situation. Mais la demande exige une écoute approfondie, une analyse en équipe, une intensification de la relation entre l'équipe soignante, le malade, sa famille. Il faut s'assurer que même dans le mouvement ultime de la vie, la personne malade garde une interrogation, des doutes sur la demande qu'il formule.

Il faut aussi s'assurer, et l'équipe a recherché s'il y avait des symptômes réfractaires en dehors de l'asthénie qu'il déclara intolérable.

Et dans son cas, comment ne pas remarquer que ce monsieur a été à l'origine d'une temporisation : il souhaitait la sédation, non pas le vendredi mais le mardi suivant. Certes il parla de son désir d'embrasser ses enfants. Il n'avait donc pas cette distanciation affective, d'ailleurs vécue douloureusement, que l'on peut observer dans des dépressions. En outre, sa demande de sédation, comme première requête s'accompagnait immédiatement de ce qu'Elisabeth Kübler-Ross (1975) appelait une « ultime requête » qui allait dans le sens d'un supplément de vie, d'un souhait de « retarder les événements ». Cette ultime requête a suscité dans l'équipe d'autant plus d'attention à la demande de sédation qui avait été faite et réitérée auprès de l'équipe d'oncologie. C'est d'ailleurs cette réitération de la demande qui avait conduit à faire appel à l'équipe de Soins palliatifs. Le malade a proposé d'attendre le mardi : l'équipe de Soins palliatifs est bien revenue le mardi. Elle aurait pu appliquer mécaniquement la loi mais, alertée par la complexité de la situation, l'équipe est revenue le mardi non pas pour annoncer une sédation dans la journée mais pour offrir une autre temporisation : certes une hospitalisation en Soins palliatifs, non pas le jour-même, mais pour le vendredi suivant. Et le malade ne proteste pas, il accepte cette proposition, il ne rappelle pas sa demande insistante de sédation. Il est transféré en Soins palliatifs. Sa vigilance deviendra vite fluctuante mais quand elle est normale, il s'exprime de manière pertinente et il ne réitérera plus sa demande qu'il transforme d'ailleurs : il veut être « confortable ». Vous faites une suspension progressive des thérapeutiques qui relèveraient d'une obstination déraisonnable. Il s'endort ensuite sous le double effet de l'encéphalopathie et de

l'épuisement. Puis vous décidez de suspendre l'hydratation dès lors qu'elle devient inutile, vous augmentez progressivement l'*hypnovel*® et il décède paisiblement quelques jours plus tard.

Cette observation permet aussi de saisir la prudence avec laquelle il faut considérer les directives anticipées. Il est clair que leur caractère « opposable » va dans le sens du respect de l'autonomie du malade. Mais cette observation montre bien combien les souhaits d'une personne en fin de vie peuvent évoluer. Vous avez temporisé mais vous avez opté pour une temporisation active avec des rencontres avec le malade, avec sa famille, avec de l'écoute, avec des débats entre vous. Le malade a été pris dans un engrenage relationnel et cette manière de prendre soin de lui a modifié sa demande, peut-être pour produire ce qu'il vous a finalement demandé, être confortable, ce qu'il avait cru d'abord ne pouvoir passer que par la sédation. Il a fait de vraies directives, celles qui se murmurent, fluctuent, se modifient en contrepoint des événements vécus au jour le jour. Et la sédation est arrivée en son temps, non de manière abrupte mais dans l'harmonie et l'apaisement d'un cheminement.

BIBLIOGRAPHIE

CAMUS, Albert. 1973. *Le Mythe de Sisyphe: Essai sur l'absurde*. Paris, France: Gallimard.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1975. *Les derniers instants de la vie*. Genève: Editions Labor et Fides.

PLATON. 1950. *Oeuvres complètes, Tome VIII-2° partie. Théétète*. Traduit par A. Diès. Collection des universités de France. Paris: Les Belles Lettres.

RICŒUR, Paul. 2004. *Parcours de la reconnaissance: trois études*. Paris: Stock.

SADLER, Kim. 2012. « La sédation palliative pour soulager la souffrance existentielle en fin de vie : regard sur une pratique controversée ». *Canadian oncology nursing journal (Revue canadienne de nursing oncologique)*, 190-99.

VERSPIEREN, Patrick. 2017. « Le meilleur apaisement possible de la souffrance ». *Laennec* Tome 65 (4): 71-74.

WEST, Howard (Jack), et Jill O. Jin. 2015. « Performance Status in Patients With Cancer ». *JAMA Oncology* 1 (7): 998-998. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.3113>.