

# Suicide assisté et euthanasie: Pouvez-vous même imaginer qu'on enseigne aux futurs médecins comment mettre fin à la vie de leurs patients?

J Donald Boudreau, MD

## Résumé

Parmi les articles évalués par les pairs, on en trouve beaucoup qui offrent des opinions sur l'euthanasie et le suicide assisté et sont écrits par des auteurs bien informés. Toutefois peu d'articles contiennent des commentaires sur la relation entre l'euthanasie et la formation des médecins. Ceci est étonnant, puisque tout le monde s'attend à ce que la responsabilité de pratiquer l'euthanasie incombe principalement aux médecins, dans l'éventualité d'une légalisation de celle-ci. Si elle était légalisée, les étudiants en médecine et les résidents seraient forcément impliqués dans cette pratique. D'après moi, tous les membres de la profession médicale, incluant ceux qui forment les futurs médecins, sont concernés au plus haut point par le débat sur l'euthanasie. Dans le présent article, j'explore les implications potentielles, pour la formation médicale, d'une acceptation largement répandue de la mort provoquée ou assistée par un médecin. Mon analyse, qui utilise une approche fondée sur les conséquences, m'amène à conclure que l'euthanasie, lorsqu'elle inclut la mort provoquée par un médecin, est incompatible avec l'humanisme et la pratique de la médecine considérée comme l'art de guérir. Je prie les lecteurs d'imaginer les conséquences de l'obligation d'enseigner aux étudiants comment mettre fin aux jours de leurs patients, et exhorte les professeurs de médecine à rester conscients de leur responsabilité de transmettre des valeurs professionnelles fondamentales et établies depuis longtemps.

## L'humanisme

Si nous définissons l'humanisme comme «une conviction personnelle profonde que nous avons des obligations envers les autres, spécialement les personnes démunies»,<sup>1</sup> il s'ensuit que cette notion est

incontournable en médecine. Les articles scientifiques accordent une place de plus en plus importante aux rôles de l'humanisme dans la pratique médicale.<sup>2</sup> En dépit de l'attention portée à ce sujet, on s'est peu préoccupé d'un problème auquel l'institution médicale sera forcément confrontée et qui aura des répercussions au coeur même de l'humanisme médical. Ce problème est l'euthanasie. Dans le présent commentaire j'utilise le mot *euthanasie* dans le sens de «mort provoquée par un médecin». En d'autres termes, je demande au lecteur de considérer une situation dans laquelle un médecin est prêt à administrer une injection létale à un patient compétent (des points de vue légal et objectif) qui a donné son consentement éclairé à cet acte. Par bien des aspects, le suicide assisté soulève les mêmes questions éthiques et professionnelles que l'euthanasie: en effet, dans les deux cas, le médecin joue un rôle actif dans la mort du patient.

Il y a de nombreux articles scientifiques sur le débat entourant le suicide assisté. Ses partisans soutiennent que le suicide assisté est conforme à la primauté de l'autonomie personnelle, promeut la dignité humaine, et peut être un acte profondément humain. Ceux qui s'y opposent mentionnent le péril de la pente glissante, appuient la notion que les médecins doivent toujours considérer l'acte de tuer comme répugnant, et font remarquer que l'autonomie et l'autodétermination sont rarement des préoccupations majeures lorsque les patients voient leur vie se terminer.<sup>3</sup> Le présent article n'inclut pas de nouvelles découvertes empiriques ou un cadre conceptuel renouvelé pour ce débat. Il a pour but de susciter un dialogue ancré dans le contexte de la formation universitaire, un contexte où il y a peu de réflexion sur l'interface entre l'euthanasie et la pédagogie. La question de l'euthanasie ne relève pas seulement de l'axiologie (c'est-à-dire l'étude des valeurs morales). Les considérations pédagogiques sont également importantes pour cette question. Quelle

J Donald Boudreau, MD, est professeur agrégé de médecine (*Arnold P. Gold Foundation Associate Professor of Medicine*) à l'Université McGill à Montréal. Il est directeur du bureau chargé du curriculum pour les futurs médecins et membre du *Centre for Medical Education* de la Faculté de médecine. Il peut être joint à donald.boudreau@mcgill.ca.

que soit la position adoptée vis-à-vis d'elle, il ne faut pas négliger l'analyse des conséquences potentielles de l'introduction de l'euthanasie sur la formation professionnelle des futurs médecins.

Il est généralement reconnu que la formation clinique apporte une contribution plus importante au développement des étudiants que l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés. En clinique, les formateurs transmettent leurs valeurs aux étudiants et contribuent à forger leurs identités professionnelles. On peut les appeler des «professionnalisateurs». Collectivement, ils insufflent, inculquent, et représentent une manière de voir, penser, agir, et être dans le monde de la clinique. Ce processus de socialisation et de formation est puissant et englobant; il mène forcément à des conflits lorsqu'il s'agit d'influencer les valeurs et convictions des étudiants et résidents. Il n'est donc pas surprenant qu'un survol sur l'enseignement de l'humanisme (en 2008)<sup>4</sup> mette l'accent sur l'importance de fournir des modèles de réflexion et des mentorats ciblés. Les étudiants doivent approfondir beaucoup de questions qui sont étroitement liées à des valeurs personnelles et centrales pour les systèmes de croyances. Des questions controversées comme l'avortement, les technologies de reproduction, la médecine alternative ou complémentaire, et beaucoup d'autres questions sont des défis pour les modèles explicatifs et les visions du monde bien établis. À cette liste on a maintenant ajouté le «droit à une mort digne».

### Le droit à une mort digne

Les débats sur le sujet de la mort digne occupent une place de choix dans l'espace public de beaucoup de communautés. Deux exemples récents en sont le «Death with Dignity Act» de l'État de Washington aux États-Unis et le projet de loi C-384 considéré par le gouvernement fédéral du Canada en 2010. Ce projet, s'il avait été adopté, aurait légalisé l'euthanasie, puisqu'il comportait la phrase suivante: «un médecin ne commet pas d'homicide s'il ou elle aide une personne à mourir dans la dignité ...».<sup>5</sup> Il y eut un débat au parlement sur ce projet de loi et il fut rejeté. Qu'il fasse ou non partie du curriculum des facultés de médecine, le sujet de la mort digne (c'est-à-dire sa définition, ses implications pour la clinique, l'accès à l'euthanasie, ses dimensions morales et ses connotations politiques) est devenu un aspect important de l'écologie de ces facultés.

### L'euthanasie

Dans les sociétés occidentales, souvent décrites comme laïques, pluralistes, libérales et tolérantes, il

y a une forte tendance à considérer le suicide assisté comme équivalent à une «bonne» mort. Par contre, pour certains médecins, un meilleur synonyme de suicide assisté est *automeurtre assisté*. Une des sources de cette discordance est peut-être le mot *euthanasie*. Certains cliniciens, frustrés par le manque de clarté de ce terme, ont recommandé son abandon.<sup>6</sup> Sa signification en anglais (et d'autres langues) a changé au fil du temps. Le *Oxford English Dictionary* définit ce substantif comme «une mort douce et facile».<sup>7</sup> La signification du mot *euthanasie* a changé plusieurs fois depuis son introduction dans les écrits de l'historien romain Suétone. Au dix-neuvième siècle, on entendait par ce terme «le soin des mourants». Un manuscrit de 1826 en latin définit l'euthanasie médicale comme «le soulagement habile de la souffrance».<sup>8</sup> On s'attendait à ce que le médecin crée les conditions permettant une mort douce et on lui faisait cette injonction: «... et en aucunes circonstances il n'a le droit, même à la demande d'autres personnes ou poussé par sa conception de la miséricorde, de mettre fin à la condition misérable de son patient en avançant l'heure de sa mort de propos délibéré».<sup>8</sup> Le mot *euthanasia* faisait allusion à la condition du patient au moment de la mort. Cette évolution de la signification du mot *euthanasie* mena à la création du néologisme *euthanasier* (*euthanize* ou *euthanatize* en anglais). La première phrase citée dans le *Oxford English Dictionary* pour illustrer l'emploi du verbe transitif *euthanize* remonte à 1975.<sup>7</sup> La notion d'aide médicale pour mourir s'est rapprochée du mot *euthanasie* au fil des années; elle est très différente du sens originel de ce mot. Étant donné la souplesse et l'adaptabilité de la langue, on peut prévoir qu'apparaîtra éventuellement un nouveau substantif pour désigner l'individu exécutant des actes d'euthanasie. Dans le présent article j'appelle un tel individu «euthanatricien». Le mot *euthanasieur* (*euthanizer* en anglais) a déjà été employé.<sup>9</sup> D'autres néologismes tels que *euthanalogiste* ou *euthanasiste* s'imposeront peut-être.

Peu de gens s'opposent à une mort qualifiée de «douce». Les commentaires qui suivent portent donc sur l'*euthanasie* dans son acception contemporaine, c'est-à-dire une procédure qui précipite la mort: une mort survenant à un lieu, un moment et une manière choisis par le patient, et dans le cadre des balises généralement acceptées (souffrance incoercible, maladie terminale, et consentement éclairé et volontaire). Ce genre de mort a été aussi appelé «mort sur demande».<sup>10</sup> Pour faire progresser le débat, je suggère d'examiner la relation de la médecine à l'autre extrémité de la vie, c'est-à-dire la naissance. L'article de Cane fait référence à

l'«euthanasie» comme l'«obstétrique de l'âme».<sup>8</sup> Bien que la description de l'euthanasie comme accouchement de l'âme soit imparfaite, elle peut servir à illustrer une distinction cruciale. Il est évident qu'un obstétricien peut faciliter une naissance et en être le témoin; de nos jours, cependant, un obstétricien peut aussi induire le travail et l'accouchement. De la même façon, l'euthanatricien peut, d'un côté, se borner à donner des soins au mourant, ou, de l'autre, élargir le domaine de ses actes en y incluant des stratégies pour précipiter la mort. L'obstétricien a une relation à la vie qu'on peut mettre en parallèle avec la relation qu'aurait notre euthanatricien à la mort.

### La formation à un acte médical

Qu'apporterait à la formation médicale l'adoption de l'*euthanasie* comme acte médical, et quelle influence aura-t-elle sur la promotion de l'humanisme? Peu d'articles ont été consacrés à cette question. On peut dénicher quelques études empiriques qui ont été faites pour comprendre les points de vue des médecins.<sup>11,12</sup> L'attitude des étudiants en médecine vis-à-vis de l'euthanasie a aussi été bien décrite.<sup>13,14</sup> Des chercheurs vivant dans les juridictions où l'euthanasie a été légalisée ont rapporté les expériences des institutions et des membres des professions concernées.<sup>15,16</sup> Il n'est pas surprenant de constater que des articles ont été publiés sur l'enseignement de l'euthanasie en médecine vétérinaire.<sup>17,18</sup> Toutefois il y a très peu d'articles abordant l'impact de la légalisation de l'euthanasie sur l'enseignement de la médecine. J'aimerais examiner ici en quoi consistera cet impact, dans le but de stimuler la réflexion de mes collègues.

Les facultés de médecine, qui sont sensibles aux besoins de la société, devront prendre des initiatives ciblées. On peut s'attendre à ce que la formation des médecins résidents soit la plus affectée par cette nouveauté, mais son impact se fera sentir à tous les niveaux de la formation médicale. On proposera des modules sur l'euthanasie, et en dépit de l'opinion répandue selon laquelle les curriculums sont déjà trop chargés, on trouvera une place pour l'euthanasie, avec des objectifs spécifiques en termes de connaissances, d'habiletés techniques, et de comportements. On réclamera forcément l'intégration de sciences de base, comme la physiologie de la mort, et d'aspects cliniques, comme une formation poussée à la communication avec des patients en fin de vie. Il y aura des négociations entre départements et centres universitaires pour contrôler l'enseignement et la formation, et on demandera aux bioéthiciens de jouer

un rôle d'appoint. On aura besoin d'éthiciens pour qu'ils aident à découvrir des balises et à surmonter les tensions éthiques, comme en médecine vétérinaire.<sup>19</sup> Il est possible que des querelles intestines surviennent dans des institutions. Une équipe de soins palliatifs dans un hôpital suisse a déjà fourni un aperçu des sources de conflits et de détresse qui surgissent lorsque l'euthanasie est introduite.<sup>20</sup> Des articles évalués par les pairs ont présenté des points de vue diamétralement opposés sur cette question, même parmi des collègues ayant la même spécialité.<sup>21,22</sup>

Pour les programmes axés sur les compétences, il faudra clarifier ce que veut dire «compétence» dans le cas de l'euthanasie. Puisque l'approche axée sur les compétences repose sur des résultats d'apprentissage clairement établis et mesurables,<sup>23</sup> il faudra explorer la notion de compétence pour donner la mort. Les chefs de file de l'enseignement au premier cycle devront décider si c'est une compétence de base ou non et si la responsabilité des étudiants en médecine se limite à communiquer avec les patients et participer à leurs décisions ou si elle inclut des habiletés procédurales. Si on considère qu'il faut limiter l'implication des étudiants en médecine à des discussions éthiques, les superviseurs de clinique se baseront, en théorie, sur des lignes directrices émergentes pour la clinique. Une méthodologie en huit étapes a déjà été publiée et pourra être utilisée par les médecins recevant des requêtes pour des suicides assistés.<sup>24</sup> On peut prévoir qu'il sera nécessaire d'évaluer la performance, de déterminer les niveaux de compétence en euthanasie en rapport avec les niveaux de formation, d'introduire des responsabilités progressives pour les résidents apprenant à «euthanasier», et de formuler des exigences pour le maintien de la compétence (par exemple en termes de procédures observées et/ou pratiquées). Aussi difficile soit-il de l'imaginer, l'euthanasie ne pourra pas (et ne devrait pas) être exclue des échanges habituels portant sur une quelconque modification du curriculum. Comme les programmes modifiés et la clinique se déploient en parallèle, la clinique deviendra de plus en plus complexe. Il n'est pas farfelu d'envisager l'émergence de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Les organismes d'accréditation subiront sans doute des pressions de diverses parties prenantes pour qu'ils formulent des standards supplémentaires concernant l'aide médicale pour précipiter la mort. Tous ces développements seront l'image miroir de ce que vécurent les institutions universitaires lorsque l'avortement fut introduit. Par exemple, l'*Accreditation Council for Graduate*

*Medical Education* a publié des lignes directrices selon lesquelles les résidents en obstétrique et gynécologie doivent apprendre à pratiquer des avortements.<sup>25</sup> L'*Association of Professors of Gynecology and Obstetrics* a inclus l'avortement dans la liste des objectifs de base pour les étudiants en médecine.<sup>26</sup> Un organisme bénévole qui existe depuis longtemps, les *Medical Students for Choice*, a exercé des pressions efficaces sur des centres universitaires pour qu'ils forment les futurs médecins à la pratique de l'avortement.<sup>27</sup>

### Un nouveau corpus?

Finalement, aussi absurde que cela paraisse de prime abord, les organismes d'accréditation pourraient subir des pressions pour approuver un nouveau corpus. Étant donné la tendance de plus en plus grande à la spécialisation, la profession médicale verra peut-être la création d'une nouvelle discipline, à laquelle je donne ici le nom d'«euthanatrique». La notion d'une nouvelle spécialité pour l'aide à mourir n'est pas originale; dans un article proposant de confier la responsabilité d'euthanasier à la profession légale, cette spécialité fut baptisée «légistrothanatrie».<sup>28</sup>

Des lois permettant l'euthanasie et/ou le suicide assisté ont été votées et appliquées dans les états américains de l'Oregon, de Washington et du Montana, ainsi qu'aux Pays-Bas et en Belgique. Des rapports préliminaires sur l'évolution de la jurisprudence mettent en évidence des aspects problématiques. L'examen d'une conversation entre une patiente demandant l'assistance au suicide et son médecin révèle des lacunes dans le processus visant à obtenir le consentement.<sup>29</sup> Une évaluation formelle de la loi néerlandaise de 2002 par les ministères de la santé et de la justice des Pays-Bas recommande que «les médecins reçoivent une formation supplémentaire sur les effets et effets secondaires de la morphine et des benzodiazépines, de telle sorte qu'ils *choisissent les bons médicaments* si leur objectif est de provoquer la mort».<sup>15</sup> (les italiques sont de moi). Dans la section de ce rapport sur «l'amélioration de la qualité», on écrit que les comités régionaux de revue de l'euthanasie ont la possibilité d'inviter les médecins dont la pratique ne répond pas aux standards pour un «entretien éducatif». Bien que ce type d'invitation soit une forme autoritaire d'évaluation formative, elle suggère que la profession médicale devra se préoccuper de questions d'assurance de qualité si elle envisage d'inclure le suicide assisté parmi les actes médicaux.

Ce glissement vers l'euthanasie est-il désirable? Voulons-nous que notre discipline inclue la mort provoquée parmi ses actes cliniques fondamentaux?

Comment les programmes de premier cycle, en particulier celui où je suis impliqué (en voie de rénovation et basé sur l'idée que l'objectif principal du médecin est la guérison de son patient<sup>30</sup>), peuvent-ils faire coexister leurs principes de base et ceux du suicide assisté? Alors que la signification originelle du mot euthanasie (c'est-à-dire le soulagement professionnel de la souffrance) se marie bien avec l'art de guérir, sa signification actuelle est en conflit avec cet objectif. Je prédis que beaucoup de médecins répugneront à devenir des modèles authentiques pour des euthanatriens. Les tentatives pour intégrer «la mort provoquée intentionnellement» parmi les méthodes cliniques enseignées dans de nombreuses facultés pourraient remettre en question la cohérence de ces méthodes. Par exemple, dans notre faculté, deux des comportements requis du «guérisseur» sont la «présence» et l'«accompagnement».<sup>31</sup> Dans le contexte du suicide assisté, ces comportements seront-ils perçus comme étant facultatifs ou de moindre importance? L'inclusion de la discipline de l'euthanatrie, avec toutes ses composantes (par exemple l'obligation de choisir le bon médicament pour provoquer la mort) dans le cursus de base de la formation médicale risque de miner le cadre conceptuel du curriculum. Il est possible que cette inclusion fasse diminuer l'engagement à traiter la personne tout entière, que beaucoup de médecins pensent essentiel pour que le patient parvienne à l'intégrité personnelle (même lorsqu'il est sur le point de mourir).

### L'art de guérir et l'euthanasie: sont-ils compatibles?

Mon opinion personnelle est que les objectifs de l'art de guérir et de l'euthanasie sont incompatibles. Je pense que c'est particulièrement vrai dans les facultés de médecine, les creusets où se forme l'identité professionnelle du médecin. Toutefois il y a plusieurs points de vue sur cette question. Par exemple, il est curieux de constater que la devise de la faculté de médecine de la *Oregon Health & Science University* est la suivante: «Où l'art de guérir, l'enseignement et la découverte forment un tout» («Where healing, teaching and discovery come together», en anglais<sup>32</sup>). Bien que cette faculté soit située dans un état américain permettant le suicide assisté et que ses programmes tiennent probablement compte des questions soulevées par la loi («Death with Dignity Act»), la faculté en question continue à mettre l'accent sur l'art de guérir. Cette situation semble indiquer qu'au sein de la faculté, il y a ou bien plusieurs points de vue ou bien des

valeurs contradictoires (non examinées ou passées sous silence). La présence de tensions éthiques dans les hospices de l'Oregon, qui doivent respecter la loi tout en essayant d'être fidèles à leurs valeurs, a déjà été décrite.<sup>33</sup> Il ne faut donc pas beaucoup d'imagination pour penser que des tensions de même nature se manifestent dans les communautés universitaires de cet état. Quelles que soient les opinions personnelles des professeurs de médecine, ils ont le devoir d'examiner les conséquences d'enseigner la pratique de l'euthanasie (dans le sens que ce mot a aujourd'hui, c'est-à-dire l'art de précipiter la mort).

Bien sûr, tous mes lecteurs sont d'accord pour penser qu'il faut enseigner l'euthanasie au sens de 1826: l'ensemble des soins compatissants et compétents qui doivent être offerts aux mourants jusqu'au terme de leur vie. Le débat porte plutôt sur le point suivant: jusqu'à quel point notre profession, inextricablement liée à l'humanisme, peut-elle incorporer l'euthanasie? Répondre à cette question nous force à prendre en compte à la fois les valeurs professionnelles et les valeurs personnelles.

Sans aucun doute les médecins appuyant la légalisation de l'euthanasie ont-ils des intentions honorables et y sont poussés par des considérations humanitaires fondées sur des principes éthiques tels que le respect de la dignité (bien qu'il y ait des divergences profondes sur les implications de ce respect). Quels que soient les points de vue sur cette question, il est toutefois plausible que les promoteurs de l'euthanasie souffrent d'aveuglement quant aux conséquences négatives et non voulues de l'euthanasie, en particulier pour les institutions et la société. Comment la légalisation du suicide assisté affectera-t-elle les institutions de la médecine et du droit, la profession médicale, et les valeurs de base de la société, spécialement le respect de toute vie humaine individuelle et de la vie humaine en général? L'éthicienne Margaret Somerville avance la proposition que dans les sociétés laïques, la médecine et le droit sont les principaux véhicules de ces valeurs. Elle décrit la profession médicale et les institutions qui lui sont reliées comme «créant des valeurs, portant des valeurs et formant un consensus pour la société dans son ensemble».<sup>34</sup> Il est donc évident que nous avons tous une grave obligation d'examiner les implications de nos choix pour ce système chargé de valeurs. Si le suicide assisté était introduit au sein de la médecine, des dommages pourraient en résulter pour la profession médicale et ceux qui ont la responsabilité de former les futurs médecins.

L'assistance fournie par un médecin en cas de suicide peut être vue comme une forme d'aide:

elle aide le patient dans la mesure où le médecin est un allié du patient dans la poursuite de ses buts personnels et où il soutient son autonomie. Cependant, certains aspects de l'assistance médicale au suicide causent du tort: le tort de semer la confusion chez les futurs médecins à propos du fonds conceptuel des méthodes cliniques traditionnelles, et le tort d'amoindrir le respect de préceptes moraux absolus tels que «Ne tue pas».<sup>35</sup>

L'expression *primum non nocere* est bien aimée de la profession médicale. C'est la première «règle d'or» que nous transmettons à nos jeunes collègues. Une expression semblable mais moins bien connue, utilisée par des sommités médicales comme Thomas Sydenham<sup>36</sup> et James Makittrick Adair,<sup>37</sup> est l'expression *juvantia et laedentia*. Elle provient des verbes latins *iuvo* («j'aide») et *laedo* («je fais du mal»). Je propose que dans nos délibérations sur l'euthanasie, nous conservions dans notre imagination collective la notion de *juvantia et laedentia*, c'est-à-dire «les choses qui aident (ou peuvent aider) et celles qui causent (ou peuvent causer) du tort». ♦

#### Déclaration de divulgation

*L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à révéler.*

#### Note de la traductrice

*Cet article est une traduction d'un article paru dans The Permanente Journal, 2011 Fall;15(4):79-84. The Permanente Press nous a aimablement donné la permission de le traduire. La traduction a été faite par Odile Marcotte, directrice adjointe du Centre de recherches mathématiques et secrétaire du réseau Vivre dans la Dignité. La traduction a aussi été révisée par deux collègues du docteur Boudreau.*

#### Remerciements

*Je remercie mes collègues du McGill Centre for Medical Education et les docteurs Abraham Fuks et Gordon Crellin pour leurs conseils et leur soutien enthousiaste. Je suis reconnaissant au professeur David Williams de sa révision des traductions des expressions latines. J'ai une dette particulière envers le professeur Margaret Somerville, puisqu'elle a fait une critique érudite du manuscrit dès le début de mon travail et m'a aidé à trouver un titre approprié pour l'article. Je remercie aussi les rapporteurs de The Permanente Journal pour leurs commentaires pertinents. Je suis très reconnaissant à la Arnold P. Gold Foundation de son généreux soutien financier et prie les lecteurs de noter que les opinions exprimées dans le présent article sont mes opinions personnelles et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de la fondation ou de ses employés, affiliés, ou bienfaiteurs.*

*Katharine O'Moore-Klopf, ELS, de KOK Edit a fourni de l'aide pour la rédaction de cet article.*

#### Références bibliographiques

1. Cohen JJ. Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters. *Acad Med* 2007 Nov;82(11):1029-32.

2. Miller SZ, Schmidt HJ. The habit of humanism: a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. *Acad Med* 1999 Jul;74(7):800–3.
3. Cook M. From a doctor who changed her mind [Web log on the Internet]. Sydney, Australia: MercatorNet—New Media Foundation, Ltd: Careful!; 2011 Apr 9 [cited 2011 Sep 28]. Available from: [www.mercatornet.com/careful/view/8965/](http://www.mercatornet.com/careful/view/8965/).
4. Stern DT, Cohen JJ, Bruder A, Packer B, Sole A. Teaching humanism. *Perspect Biol Med* 2008 Autumn;51(4):495–507.
5. Bill C-384. Parliament of Canada, Bill C-385, No: 40-2, Hansard-57 (May 13, 2009).
6. Kuiper M, Whetstone LM, Holmes JL, et al. Euthanasia: a word no longer to be used or abused. *Intensive Care Med* 2007 Mar;33(3):549–50.
7. Oxford English Dictionary [dictionary on the Internet]. Oxford, UK: Oxford University Press. © 2011 [cited 2009 Dec 10]. Available from: [www.oed.com/](http://www.oed.com/).
8. Cane W. "Medical euthanasia"; a paper, published in Latin in 1826, translated and reintroduced to the medical profession. *J Hist Med Allied Sci* 1952;7(4):401–16.
9. Veatch RM. The impossibility of a morality internal to medicine. *J Med Philos* 2001 Dec;26(6):621–42.
10. McInerney F. "Requested death": a new social movement. *Soc Sci Med* 2000 Jan;50(1):137–54.
11. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med* 2007 Feb 8;356(6):593–600.
12. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Galinier A, et al. French physicians' attitudes toward legislation of euthanasia and the ambiguous relationship between euthanasia and palliative care. *J Palliat Care* 2003 Winter;19(4):271–7.
13. Clemens KE, Klein E, Jaspers B, Klaschik E. Attitudes toward active euthanasia among medical students at two German universities. *Support Care Can* 2008 Jun;16(6):539–45.
14. Karlsson M, Strang P, Milberg A. Attitudes toward euthanasia among Swedish medical students. *Palliat Med* 2007 Oct;21(7):615–22.
15. Gevers S. Evaluation of the Dutch legislation on euthanasia and assisted suicide. *Eur J Health Law* 2007 Dec;14(4):369–79.
16. Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med* 2002 Aug 22;347(8):582–8.
17. Cohen-Salter C, Folmer-Brown S, Hogrefe KM, Brosnahan M. A model euthanasia workshop: one class's experience at Tufts University. *J Vet Med Ed* 2004 Spring;31(1):72–5.
18. Martin F, Ruby KL, Deking TM, Tauton AE. Factors associated with client, staff, and student satisfaction regarding small animal euthanasia procedures at a veterinary teaching hospital. *J Am Vet Med Assoc* 2004 Jun 1;224(11):1774–9.
19. Morgan CA, McDonald M. Ethical dilemmas in veterinary medicine. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 2007 Jan;37(1):165–79; abstract x.
20. Pereira J, Anwar D, Pralong G, Pralong J, Mazzocato C, Bigler JM. Assisted suicide and euthanasia should not be practiced in palliative care units. *J Palliat Med* 2008 Oct;11(8):1074–6.
21. Hamilton NG, Hamilton CA. Competing paradigms of response to assisted suicide requests in Oregon. *Am J Psychiatry* 2005 Jun;162(6):1060–5.
22. Ganzini L. Physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry* 2006 Jun;163(6):1109–10; author reply 1110.
23. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. *Med Educ* 2008 Mar;42(3):248–55.
24. Emanuel LL. Facing requests for physician-assisted suicide: toward a practical and principled clinical skill set. *JAMA* 1998 Aug 19;280(7):643–7.
25. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Obstetrics and Gynecology [monograph on the Internet]. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; effective 2008 [updated 2011 Jul 1] [cited 2011 Sep 28]. Available from: [www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC\\_progReq/22Obstetricsandgynecology01012008.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/22Obstetricsandgynecology01012008.pdf).
26. Epsy E, Ogburn T, Leeman L, Nguyen T, Gill G. Abortion education in the medical curriculum: a survey of student attitudes. *Contraception* 2008 Mar;77(3):205–8.
27. Steinauer J, LaRochelle F, Rowh M, Backus L, Sandahl Y, Foster A. First impressions: what are preclinical medical students in the US and Canada learning about sexual and reproductive health? *Contraception* 2009 Jul;80(1):74–80.
28. Sade RM, Marshall MF. Legisthrothanatry: a new specialty for assisting in death. *Perspect Biol Med* 1996 Summer;39(4):547–9.
29. Foley K, Hendin H. The Oregon report. Don't ask, don't tell. *Hastings Cent Rep* 1999 May–Jun;29(3):37–42.
30. Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. A healing curriculum. *Med Educ* 2007 Dec;41(12):1193–201.
31. Boudreau JD, Cruess SR, Cruess RL. Physicianship: Educating for professionalism in the post-Flexnerian era. *Perspect Biol Med* 2011 Winter;54(1):89–105.
32. Oregon Health & Science University School of Medicine [homepage on the Internet]. Portland (OR): Oregon Health & Science University; © 2001–2011 [cited 2010 Oct 11]. Available from: [www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/](http://www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/).
33. Campbell CS, Cox JC. Hospice and physician-assisted death: collaboration, compliance, and complicity. *Hastings Center Rep* 2010 Sep–Oct;40(5):26–35.
34. Invited testimony of Mme Margaret Somerville. Consultation générale et auditions publiques sur la question de mourir dans la dignité [monograph on the Internet]. Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Quebec City, Quebec: Assemblée Nationale: Journal des débats de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité; 2010 Oct 14. Available from: [www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csmc-39-1/journal-debats/CSMD-101014.html#\\_Toc295226721](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csmc-39-1/journal-debats/CSMD-101014.html#_Toc295226721).
35. Pellegrino ED. Some things ought never to be done: moral absolutes in clinical ethics. *Theor Med Bioeth* 2005;26(6):469–86.
36. Sydenham T. The works of Thomas Sydenham, MD. [1883] Translated from the Latin edition of Dr Greenhill with a life of the author by R.G Latham. Birmingham (AL): Classics of Medicine Library; 1979. p 362.
37. Adair JM. Commentaries on the principles and practice of physic. London: J Balfour, at Edinburgh [1772]. Farmington Hills (MI): Gale Eighteenth Century Collections Online; 2010.