

Réflexion éthique sur la question du soutien nutritionnel en fin de vie

Hugues Vaillancourt, Dt.P., M. Sc. et Marie-Ève Bouthillier

Volume 17, numéro 2, automne 2019

Enjeux éthiques liés à la pratique professionnelle en nutrition

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1066311ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1066311ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Ordre professionnel des diététistes du Québec

ISSN

2561-620X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Vaillancourt, H. & Bouthillier, M.-È. (2019). Réflexion éthique sur la question du soutien nutritionnel en fin de vie. *Nutrition Science en évolution*, 17(2), 19-24.
<https://doi.org/10.7202/1066311ar>

RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LA QUESTION DU SOUTIEN NUTRITIONNEL EN FIN DE VIE

Hugues Vaillancourt, Dt.P., M. Sc., conseiller en éthique, Centre d'éthique, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Laval.

Marie-Ève Bouthillier, cadre conseil en éthique, Centre d'éthique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval. Professeur adjoint de clinique, Bureau de l'éthique clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal



Mise en situation

Claire est diététiste/nutritionniste dans un centre hospitalier. Elle reçoit une demande de consultation relative à l'instauration d'une nutrition entérale pour M. Lopez. En consultant le dossier, Claire apprend que M. Lopez, âgé de 85 ans, est atteint d'un trouble neurocognitif (TNC). Il présente une rigidité musculo-squelettique et de la dysphagie, deux symptômes de la progression du TNC. M. Lopez a été hospitalisé il y a trois jours pour une pneumonie d'aspiration.

De passage à l'unité, le médecin traitant, Dr Jones, aborde Claire. « Consultes-tu le dossier du 84.2 ? Je suis découragé par sa famille, honnêtement. Moi, je ne donnerais jamais de gavage à mon père s'il était dans cet état-là. C'est de l'acharnement ! Un ami infirmier aurait dit à la famille qu'on peut toujours nourrir quelqu'un par tube s'il ne mange plus assez par la bouche. Je me sens dans une impasse, car la famille insiste pour administrer un gavage... Ils n'arrêtent pas d'évoquer Dieu et la possibilité de miracles, je n'en reviens pas d'entendre ça... Bon, je dois te laisser, j'ai d'autres patients. Merci de me donner dans ta note les indications pour le gavage. On devrait envoyer le patient demain en radiologie pour la pose du tube. »

Claire a l'habitude d'instaurer la nutrition entérale. Sauf que dans ce cas, la frustration et le découragement

20 *du médecin la bouleversent. « Pourquoi est-il si peu à l'aise avec sa décision ? », se dit-elle.*

Sensibilité éthique

Nos pensées et nos réactions émotionnelles contribuent à définir et à affirmer notre identité face aux situations de la vie quotidienne. Elles témoignent, entre autres, des mœurs et des valeurs que nous véhiculons individuellement ou collectivement par l'entremise des différents groupes sociaux auxquels nous appartenons (famille, éducation, religion, travail, etc.). Le questionnement éthique n'est cependant pas qu'une affaire d'émotions ou d'intuitions devant des décisions difficiles. Pour reprendre les mots de Bourgeault^[1], l'éthique « désigne plutôt l'interrogation de la conscience de l'individu, et sa capacité tant de délibération que de choix ». Entretenir une discussion rationnelle sur les principes et les valeurs qui sous-tendent nos réactions permet alors la justification éthique de nos choix d'action.

Les émotions demeurent ainsi une partie prenante de la réflexion éthique, entre autres en tant que manifestation d'un potentiel inconfort d'ordre éthique. Comme les émotions varient en nature et en intensité d'une personne à l'autre, la reconnaissance d'un enjeu éthique

dans une situation donnée peut ne pas être unanime parmi ses parties prenantes. Dr Jones semble pris de découragement, signe d'un inconfort, sans exprimer toutefois la présence d'un dilemme éthique. Quant à Claire, la réaction du médecin suscite son empathie et semble même l'alerter. Se questionner sur son propre inconfort moral ou celui d'un collègue représente une manière pertinente de parvenir à la réflexion éthique^[2]. Il s'agit de la pointe de l'iceberg qui incite à prendre du recul pour considérer la totalité du bloc de glace, et ainsi réfléchir l'action bonne en fonction de la situation dans sa globalité, son unicité et sa complexité^[3,4].

Identification du dilemme

Le cas de M. Lopez révèle une question fondamentale : est-il acceptable d'instaurer un soutien nutritionnel artificiel en présence d'un TNC avancé^[5] ? Nous nous inspirons ainsi dans un premier temps des premières étapes de la méthodologie de délibération éthique élaborée par Legault^[6]. On distingue alors deux dénouements possibles : instaurer la nutrition entérale ou s'abstenir de le faire. Cette distinction permet d'énoncer les principes éthiques pertinents qui sous-tendent chaque dénouement possible (tableau 1)^[7,8]. Dans le cadre de cet article, nous puisons les prin-

cipes éthiques essentiellement à partir du modèle du principisme de Beauchamp et Childress^[9].

Réduire de la sorte une situation complexe à une question fondamentale permet certes de bien cerner le cœur du dilemme éthique, mais risque également d'induire un raisonnement simpliste. En effet, la tendance serait alors de déterminer la « bonne » réponse éthique au plan théorique. Ce serait s'engager dans une analyse manichéenne, ce qui irait à l'encontre de l'esprit d'ouverture et de réflexion critique qu'encourage la discipline de l'éthique clinique. À ce sujet, Payot et Janvier rappellent que : « L'éthique clinique est donc une éthique de terrain plus qu'une discipline ou une spécialité. Elle appartient en effet à ceux qui veulent pratiquer activement la collaboration, l'écoute, la tolérance et à ceux qui sont prêts à voir l'incertitude comme une occasion de réfléchir ensemble sur le sens des actions possibles. »^[10]

Dans le cadre de cet article, nous visons à fournir au professionnel de la santé les principales pistes de réflexion éthique à exploiter dans une situation similaire à celle présentée ci-dessus. C'est au professionnel de la santé qu'incombe l'ensemble du processus de délibération éthique en situation concrète. En premier

Tableau 1. Déroulements possibles et principes éthiques sous-jacents

	A	-A
Déroulements possibles à la question du soutien nutritionnel	Instaurer la nutrition entérale	Ne pas instaurer la nutrition entérale
Principaux principes éthiques sous-jacents	Autodétermination du patient (et la représentation qui en est faite par les proches): <ul style="list-style-type: none"> • Volontés de soins • Consentement aux soins • Liberté de culte • Droit d'accès aux soins de santé 	Soins appropriés : <ul style="list-style-type: none"> • Bienfaisance • Non-malveillance • Sécurité des soins • Utilisation juste et raisonnable des ressources

lieu, nous proposons de clarifier et d'interpréter la signification des principaux principes éthiques pertinents. En deuxième lieu, une analyse de la situation et de ses éléments de contexte permettra de dresser un portrait plus exhaustif du dilemme éthique et d'entrevoir, en dernier lieu, certaines pistes de solution.

DÉFINITION ET INTERPRÉTATION DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Autodétermination du patient

L'autonomie vise à reconnaître la capacité d'un individu à penser, à décider et à agir, selon ses propres règles, de manière libre et volontaire. Le concept d'autonomie est fondateur à la notion de consentement libre et éclairé aux soins. Il transmet l'intention de toujours reconnaître chez l'autre une capacité à choisir ce qui est bien pour sa propre personne et de respecter son autodétermination^[9]. Son application s'avère difficile lorsqu'elle contrevient à la perception d'autrui de ce qui semble bien pour la personne. Comment respecter l'autodétermination de M. Lopez, alors que son état de santé actuel interfère avec sa capacité à décider avec lucidité ?

L'état du droit permet à une personne d'énoncer certaines volontés si elle venait à perdre son aptitude à décider pour elle-même^[11]. Ainsi, M. Lopez pourrait avoir rédigé certains documents légaux qui clarifient, d'une part, le mandataire désigné pour décider à sa place, et d'autre part, certains soins acceptés ou refusés. Désigner un mandataire peut simplifier de beaucoup les processus de prise de décision substituée. Il en va de même pour les directives médicales anticipées (DMA), un document que M. Lopez aurait pu rédiger pour donner des indications claires en situation de démence et de fin de vie, notamment à l'égard de la nutrition et de l'hydratation artificielle^[12]. Les DMA ont une force légale dite contraignante, c'est-à-dire

Pour qu'un patient puisse consentir à un soin, il faut d'abord que ce soin soit offert par l'équipe traitante.

Il n'y a donc aucune obligation légale à donner un soin qui est désiré par le patient ou ses proches, si ce soin n'est pas avant tout jugé approprié.

que le consentement qui s'y trouve est celui qui prévaut et que l'équipe traitante devra honorer^[13].

Or, il se peut que de telles mesures légales n'aient pas été complétées par le patient^[14]. Face à cette éventualité, il demeure pertinent de demander à l'entourage si M. Lopez avait désigné une personne pour prendre ses décisions, et s'il avait exprimé certaines volontés, même informellement. Ces informations présentent une valeur symbolique et morale pour agir dans l'intérêt de M. Lopez. La loi précise cependant une certaine priorité parmi l'entourage pour déterminer la personne à qui s'en remettre pour la prise de décision substituée, s'il y avait ultimement un besoin d'arbitrer^[15].

Les volontés de soins énoncées a priori posent certaines difficultés. En effet, quelle validité peut avoir des volontés exprimées sans prise en compte du contexte particulier dans lequel la décision sera prise ? Le temps écoulé entre l'énonciation des volontés et leur mise en vigueur (parfois plusieurs années) peut également susciter des doutes. Souvent, un entourage rapporte que le patient « aurait voulu qu'on fasse tout pour le maintenir en vie », ou à l'inverse « aucun acharnement thérapeutique ». Soit, mais comment traduire cette volonté dans un plan d'intervention^[16] ? Dans le cas des DMA, une clarification technique s'impose. Les DMA permettent d'indiquer les soins auxquels la personne consent ou non dans certaines situations données.

Or, pour qu'un patient puisse consentir à un soin, il faut d'abord que ce soin soit offert par l'équipe traitante. Il n'y a donc aucune obligation légale à donner un soin qui est désiré par le patient ou ses proches, si ce soin n'est pas avant tout jugé approprié^[17].

Soins appropriés

Ce dernier raisonnement entraîne alors sur la notion de soins médicalement appropriés, laquelle correspond à une obligation professionnelle dans le code déontologique des médecins^[18] et des diététistes/nutritionnistes^[19]. Plusieurs termes sont utilisés en clinique et en droit pour définir un même concept, en apparence : soins appropriés, soins bénéfiques et opportuns, soins proportionnels, soins médicalement requis par l'état de santé, indication thérapeutique de soins. En somme, l'équipe traitante doit pouvoir justifier en quoi un soin proposé se révèle être un moyen pertinent pour la fin souhaitée^[20]. Il se présente alors deux défis : 1) définir clairement la finalité poursuivie par l'épisode de soins ; 2) déterminer les soins susceptibles de répondre à cette finalité. Souvent, l'un ne va pas sans l'autre.

Généralement, on conçoit que des soins visent à soigner une maladie, à la guérir. Néanmoins, cela s'avère parfois impossible : certaines maladies se révèlent incurables à un moment ou un autre. De plus, il est impossible d'échapper indéfiniment à la vulnérabilité du corps et à la mort.

22 La visée sera plutôt de prolonger un état, de maintenir un bien-être, de soulager les inconforts, d'accompagner la personne et de rehausser au mieux sa qualité de vie. La finalité poursuivie dépend alors de ce que la personne souhaite selon ses propres critères de la vie bonne, et de ce qui semble réalisable techniquement par la médecine. Or, quelle est la finalité poursuivie par M. Lopez ? La nutrition entérale s'en avère-t-elle un moyen approprié ?

À ce sujet, les données scientifiques montrent que l'instauration de la nutrition artificielle (entérale ou parentérale) ne prolonge pas la survie ni n'améliore l'état nutritionnel ni la guérison de plaies de pression d'un patient avec un TNC avancé^[21-23]. À cela s'ajoutent aussi différentes considérations cliniques^[24]. La nutrition artificielle n'est pas recommandée à une personne atteinte de TNC avancé, car elle pourrait retirer le tube involontairement par des gestes brusques, entraînant ainsi des séquelles. Pour résoudre cette difficulté, il était courant auparavant de faire usage de contentions physiques, une pratique qui n'est pas sans soulever son propre lot d'enjeux éthiques. Des recommandations cliniques nationales existent désormais pour limiter l'usage de ce moyen controversé^[25]. Aussi, l'instauration d'une nutrition artificielle permet d'éliminer les apports per os, mais ne réduit pas considérablement les risques de pneumonie d'aspiration chez cette clientèle^[26].

Le caractère « approprié » des soins présuppose une réflexion sur le cas singulier du patient. À plus grande échelle, cela remet aussi en question l'utilisation responsable des ressources limitées dans le contexte d'un système public de santé comme le nôtre. S'il était nécessaire de rationner la nutrition entérale par manque de ressources, est-ce que M. Lopez serait priorisé ? Les professionnels de la santé se retrouvent ainsi confrontés au quotidien à juger de l'utilisation ef-

ficiente et responsable des ressources du système de soins, d'où l'intérêt d'éviter des soins ayant démontré peu de valeur ajoutée^[27].

Analyse de la situation

Le dilemme éthique de l'instauration de la nutrition artificielle auprès de patients atteints de TNC a été assez bien documenté dans la littérature scientifique^[5,28]. Or, le manque de données probantes des recommandations cliniques plus anciennes suscitait une réaction ambivalente des professionnels de la santé. Selon les connaissances d'alors, il était effectivement raisonnable de croire que la non-initiation du soutien nutritionnel pouvait accentuer les souffrances ou encore précipiter le décès. Or, les recommandations actuelles ont l'avantage d'être solidement étayées. Considérant également le cadre médicolégal, ces recommandations déconseillent fortement d'amorcer la nutrition artificielle en cas de TNC avancé^[29,30]. Or, certaines personnes, comme le Dr Jones, prennent encore la décision d'amorcer la nutrition entérale^[21,26]. Pourquoi ? Même si la nutrition entérale n'a, a priori, que peu de valeur légale ou scientifique dans ce contexte^[17], il faut reconnaître, par les comportements des acteurs impliqués, qu'elle revêt néanmoins une certaine valeur morale^[31]. Quelle est-elle ?

D'abord, la seule existence d'une technique médicale semble parfois générer chez le professionnel un sentiment d'obligation de l'utiliser, et concomitamment, l'impression que le patient est en droit de l'obtenir. La capacité techno-scientifique de la médecine contemporaine, c'est-à-dire son « pouvoir faire », est immense. Cependant, il convient de considérer le contexte et de réfléchir à chacune des implications de la mise en œuvre de cette capacité. Plutôt que de remettre en question nos capacités, l'éthique suscite la réflexion sur le « devoir faire », autrement dit sur le

sens de l'intervention et sur la meilleure conduite vu les circonstances^[32].

La fin de vie confronte chacun à sa propre impuissance face à la fragilité de la vie humaine et au caractère inéluctable de la mort. Quoi qu'on en dise, la mort reste un grand tabou dans notre société occidentale. Dans les pratiques de soins, on tend ainsi à retarder, voire à éviter le moment d'évoquer cette possibilité, souvent dans un souci bienveillant de préserver l'espoir devant la maladie. Pour cacher son impuissance, le professionnel préférera peut-être entreprendre des soins, même futiles, plutôt que de ne rien faire^[22]. Ce « pouvoir faire » accorde une certaine paix d'esprit de tenter quelque chose et démontre aux proches du patient empathie et solidarité. Craignant un possible conflit relationnel, le professionnel de la santé conçoit difficilement au plan moral d'aller à l'encontre de la volonté des proches. Le professionnel se retrouve alors coincé entre la faute déontologique d'entreprendre des soins inappropriés ou la plainte due au ressentiment des proches si rien n'est entrepris. Pourtant, la nutrition entérale n'est pas le seul acte de soin. L'on peut soigner autrement, notamment par la parole.

Le soutien nutritionnel présente un enjeu éthique particulier parce qu'il s'agit d'un soin qui revêt une nature symbolique^[28,33]. Rarement, les personnes détiennent elles-mêmes les connaissances pour proposer prendre un médicament ou suggérer un acte chirurgical, par exemple. On s'en remet aisément dans ces situations à ce que le professionnel de la santé propose. Or, l'alimentation n'est pas qu'un soin, mais avant tout un acte social qui interpelle tout le monde. Dans la vie courante, n'importe qui s'inquiète en constatant un proche manquer d'appétit ou manger peu. Suggérer la nutrition artificielle représente pour les proches une manière de répondre instinctivement à un signe auquel ils ont l'habitude

et la capacité de répondre. Pour les proches, c'est une manière de manifester leur bienveillance envers la personne malade, de se rassurer qu'ils font tout pour l'aider, que leur « pouvoir faire » n'est pas limité. Cette situation requiert un dialogue empreint de compréhension et d'empathie de la part des professionnels sur ce que symbolise l'alimentation. Il convient notamment de rassurer les proches en clarifiant le mythe courant du « mourir de faim ». Pour soutenir cette volonté des proches de prendre soin, des actions cliniques plus appropriées pour le patient peuvent leur être proposées.

La religion et la spiritualité des personnes peuvent être perçues comme un obstacle aux yeux des professionnels de la santé^[34]. Pourtant, elles s'avèrent des outils importants, lorsqu'elles sont bien comprises et mobilisées^[35]. Devant la fatalité et le sentiment d'impuissance que suscite la maladie, il n'est pas étonnant que des personnes soient à la recherche d'un certain réconfort. Malgré ses vastes connaissances et ses outils, la médecine n'apporte pas toujours des réponses pleinement satisfaisantes sur le sens de la vie, de la maladie ou de la mort^[36]. Les personnes peuvent par leurs croyances puiser l'espoir, donner un sens à leurs épreuves et trouver un réconfort^[37]. L'implication d'intervenants spirituels ou de travailleurs sociaux est à envisager pour soutenir les personnes afin d'aider l'équipe à tenir compte de ce type de considération. N'étant pas convenablement entendu et répondu, ce besoin pourrait alors s'immiscer dans des mauvais objets, comme le soutien nutritionnel artificiel^[34,38].

Conclusion

Les diététistes/nutritionnistes cliniciennes sont exposées à toutes sortes de situations qui peuvent soulever un certain inconfort moral, voire une incertitude décisionnelle. Alors que les pratiques cliniques optimisant

« L'espérance, toute trompeuse qu'elle soit, sert au moins à nous mener à la fin de la vie par un chemin agréable. »

— François de La Rochefoucauld, écrivain et moraliste français (1613-1680)

l'état nutritionnel sont applicables la plupart du temps sans heurts, certaines situations exigent des professionnels de revoir le sens de leurs responsabilités professionnelles pour réfléchir à la conduite appropriée à entreprendre^[39]. Entre « pouvoir faire » et « devoir faire », la discipline de l'éthique clinique fournit une méthode de réflexion critique permettant de trouver des voies de sortie aux dilemmes émergeant de la pratique. L'importance d'une telle analyse éthique ne réside pas uniquement dans la détermination d'une conduite, mais également dans sa démarche de délibération et de justification. Dans la foulée de la valorisation actuelle des approches partenariales de soins, il va sans dire aussi que la délibération éthique prend tout son sens lorsqu'elle est le fruit d'une communication et d'une mise en commun de l'ensemble des acteurs de soins, particulièrement le patient et ses proches^[40]. ■

Remerciements

Une version longue de cet article a été rédigée par l'auteur principal (HV) en tant que travail de session pour le cours *PDT-6104 — Éthique, santé et société*, du programme d'études en éthique clinique, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. À ce compte, les auteurs tiennent à remercier Mme Suzanne Plante et M. Michel Lorange, coresponsables du cours, pour leurs commentaires qui ont bénéficié à la préparation de cette version-ci.

Références

1. Bourgeault G. Éthiques : dit et non-dit, contredit, interdit. Presses de l'Université du Québec. 2004. 148 p.
2. Jaeger S M. Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. *Nursing Philosophy*. 2001; 2(2), 131-142.
3. Lechasseur K, Caux C, Dollé S, et Legault A. Ethical competence: An integrative review. *Nursing ethics*. 2018; 25(6), 694-706.
4. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing ethics*. 2018; 25(3), 278-303.
5. Schwartz D B. Enteral nutrition and dementia integrating ethics. *Nutrition in Clinical Practice*. 2018; 33(3), 377-387.
6. Legault G A. Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision responsable, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec. 2003. 312 p.
7. Geppert C M, Andrews M R, et Druyan M E. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2010; 34(1), 79-88.
8. Ko D N et Blinderman C D. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment (including artificial nutrition and hydration), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5 ed.), Edited by Nathan Cherny, Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, & David C. Currow. Oxford University Press. 2015. 1504 p.
9. Beauchamp T L et Childress J F. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA. 2001. 480 p.
10. Payot A et Janvier A. Qu'est-ce que l'éthique clinique? Dans : Payot, A. & Janvier, A. *Éthique clinique, un guide pour aborder la pratique*, Éditions CHU Ste-Justine. 2015. 350 p.
11. Singer P A, Robertson G, et Roy D J. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1996; 155(12), 1689.
12. Gouvernement du Québec. Directives médicales anticipées [Internet]. 8 mars 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/directives-medicales-anticipees/>.
13. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les niveaux de soins : normes et standards de qualité. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. Québec, QC : INESSS. 2016. 101 p.
14. Dening K H, Jones L, et Sampson E L. Advance care planning for people with dementia: a review. *International Psychogeriatrics*. 2011; 23(10), 1535-1551.

15. LégisQuébec. Code civil du Québec, Article 15 [Internet]. 1er juin 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>.
16. Quill T E, Arnold R, et Back A L. Discussing treatment preferences with patients who want “everything.” *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151(5), 345–349.
17. Murphy B F. What has happened to clinical leadership in futile care discussions? *Medical Journal of Australia*. 2008; 188(7), 418.
18. LégisQuébec. Code de déontologie des médecins, Code des professions, Articles 46 à 50 [Internet]. 1er avril 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/>.
19. LégisQuébec. Code de déontologie des diététistes, Code des professions, Article 13 [Internet]. 1er avril 2019 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%2097/>.
20. Collège des Médecins du Québec (CMQ). Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie. Rapport du groupe de travail en éthique clinique [Internet]. 2008 [page consultée le 4 août 2019]. En ligne : <http://www.cmq.org/page/fr/Soins-medicaux-fin-de-vie.aspx>.
21. Cai S, Gozalo P L, Mitchell S L, Kuo S, Bynum J P, Mor V, et Teno J M. Do patients with advanced cognitive impairment admitted to hospitals with higher rates of feeding tube insertion have improved survival? *Journal of pain and symptom management*. 2013; 45(3), 524–533.
22. Easson A M, Hinshaw D B, et Johnson D L. The role of tube feeding and total parenteral nutrition in advanced illness. *Journal of the American College of Surgeons*. 2002; 194(2), 225–228.
23. Sampson E L, Candy B, et Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009.
24. Ying I. Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. *Canadian Family Physician*. 2015; 61(3), 245–248.
25. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, MSSS. 2002.
26. Gillick M R. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *New England Journal of Medicine-Unbound Volume*. 2000; 342(3), 206–210.
27. Niederman M S et Berger J T. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Critical care medicine*. 2010; 38(10), S518-S522.
28. Druml C, Ballmer P E, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Woemann A, et Bischoff S C. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*. 2016; 35(3), 545–556.
29. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62(8), 1590–1593.
30. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen M H, Vandewoude M, et Schneider S M. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical nutrition*. 2015; 34(6), 1052–1073.
31. Gillick M R et Volandes A E. The standard of caring: Why do we still use feeding tubes in patients with advanced dementia? *Journal of the American Medical Directors Association*. 2008; 9(5), 364–367.
32. Hofmann B. On the value-ladenness of technology in medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 4(3). 2001; 335–345.
33. Monturo C et Hook K. From means to ends: Artificial nutrition and hydration. *Nursing Clinics*. 2009; 44(4), 505–515.
34. Ernecoff N C, Curlin F A, Buddadhumaruk P et White D B. Health care professionals' responses to religious or spiritual statements by surrogate decision makers during goals-of-care discussions. *JAMA internal medicine*, 175(10). 2015; 1662–1669.
35. Bibler T M, Shinall Jr M C, et Stahl D. Responding to those who hope for a miracle: Practices for clinical bioethicists. *The American Journal of Bioethics*. 2018; 18(5), 40-51.
36. Daaleman T P et VandeCreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *Jama*. 2000; 284(19), 2514–2517.
37. Shinall Jr M C, Stahl D, et Bibler T M. Addressing a Patient's Hope for a Miracle. *Journal of pain and symptom management*. 2018; 55(2), 535–539.
38. Rosoff P M. When Religion and Medicine Clash: Non-beneficial Treatments and Hope for a Miracle. *HEC Forum*, Springer Netherlands. 2018; 1-21.
39. Schwartz D B, Barrocas A, Wesley J R, Kliger G, Pontes-Arruda A, Márquez H A, James R L, Monturo C, Lysen L K, et DiTucci A. Gastrostomy tube placement in patients with advanced dementia or near end of life. *Nutrition in Clinical Practice*. 2014; 29(6), 829–840.
40. Pomey M P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M C, Débarges B, Clavel N, et Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*. 2015; 1(HS), 41-50.

Biobio®
FROMAGES BIOLOGIQUES

Découvrez le bon goût de nos fromages faibles en calories

60 calories*

80 calories*

90 calories*

Pour de plus amples renseignements sur nos fromages sans lactose, sans gluten, sans OGM, veuillez consulter www.biobio.ca

Disponible chez Avril, Tau, Rachele-Béry, IGA, Métro et chez plusieurs centaines d'épicerie indépendantes. *Pour un cube de 3 cm (30 g)