
BOOK REVIEWS

CHRONIQUE BIBLIOGRAPHIQUE

Pauline Lesage-Jarjoura, *La cessation de traitement : au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, Yvon Blais, 1990. Pp. 246 [32,50\$].
Commenté par Isabelle Panisset *

Depuis plusieurs années, l'euthanasie active ou passive et la cessation de traitement, ont suscité de nombreuses discussions tant éthiques que légales et demeurent sources d'incertitude quant au comportement médical à adopter.

Ce sujet provoque l'expression d'opinions fortement opposées, sinon inconciliables. Qu'il s'agisse des croyances religieuses ou des positions philosophiques face à la vie et à la mort, il est très difficile d'arriver à un consensus sur ce sujet, tant sur les plans éthique que médical. On peut cependant aspirer à la naissance d'une approche éthique pluraliste, si non homogène, pour tendre à une responsabilisation individuelle et collective à l'égard de la valeur donnée par la société à la vie humaine¹. L'avancement de la science médicale et de la technologie biomédicale a contribué à modifier les attitudes populaires face à la vie, la maladie et la mort. Cette évolution a donné lieu au prolongement de la vie de malades autrefois condamnés, ainsi qu'au concept d'acharnement thérapeutique qui entraîne inévitablement le sujet de la cessation de traitement².

La notion de cessation de traitement s'insère également dans la philosophie d'une éthique utilitariste à l'égard de la distribution des soins de santé qui donne préséance au bien-être collectif au détriment de l'individu pour tenter de répondre aux impératifs économiques du système de santé³. À cet égard, la récente parution du livre *La cessation de traitement : au carrefour du droit et de la médecine*⁴ de Pauline Lesage-Jarjoura arrive à point au moment où l'on revendique le droit du patient en phase terminale de refuser des traitements qu'il juge inutiles, et le droit de mourir dans la dignité.

* LL.B., LL.M., avocate, agente de recherche, Centre de recherche en droit public, Université de Montréal.

© Revue de droit de McGill
McGill Law Journal 1991

¹G. Bourgeault, *L'éthique et le droit face aux nouvelles technologies biomédicales*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1990 aux pp. 154-55.

²H. Doucet, « L'euthanasie un concept piégé » (1990) *Frontières* 6 à la p. 7.

³G. Mooney et U.J. Jensen, « Changing Values and Changing Policy » dans U.J. Jensen et G. Mooney, éd., *Changing Values in Medical and Health Care Decision Making*, Chichester, John Wiley & Sons, 1990 aux pp. 182-83.

⁴P. Lesage-Jarjoura, *La cessation de traitement : au carrefour du droit et de la médecine*, Cowansville, Yvon Blais, 1990 [ci-après *La cessation de traitement*].

Le livre de Lesage-Jarjoura poursuit la discussion entamée par la Commission de réforme du droit du Canada en 1982⁵, relative à la fin de vie mais cette fois limitée à la cessation de traitement en milieu hospitalier. L'auteure distingue la cessation de traitement de l'euthanasie en ce qu'elle considère la première comme un « abrègement du processus de mourir » et la seconde comme un « abrègement de la vie »⁶.

Le but de ce livre n'étant pas de faire une analyse exhaustive du droit en matière d'interruption de traitement, Lesage-Jarjoura, médecin de profession, a voulu exposer les tendances médicales et juridiques que l'on retrouve au Canada et au Québec, dans le but de préciser les différents aspects de la cessation de traitement et ainsi tenter de faciliter le processus décisionnel médical. Son analyse se limite aux adultes capables et incapables, atteints d'une maladie terminale, incurable ou en état neurovégétatif. Fortement influencée par les opinions médicales et légales américaines, l'auteure veut

exposer quelques lignes directrices, susceptibles d'orienter le clinicien et au besoin le juriste dans le processus décisionnel en regard de la cessation ou l'abstention de traitement⁷.

L'abondance de la documentation américaine sur le sujet a incité l'auteure à s'inspirer fortement des décisions judiciaires et de la littérature américaines l'identifiant comme source à laquelle les législateurs et tribunaux canadiens pourraient puiser des solutions et comme fondement pour établir le droit de l'avenir.

L'étude proposée par Lesage-Jarjoura complète le travail déjà effectué par la Commission de réforme du droit du Canada en ce qu'elle analyse plus avant l'interruption de traitement, sujet que la Commission de réforme du droit du Canada avait abordé auparavant⁸. Ce livre se divise en trois parties : une première partie décrit des notions préliminaires qui se rattachent au contexte de la cessation de traitement ; une seconde partie analyse le droit de refus du point de vue du patient et enfin une troisième partie fait état du rôle du médecin dans la perspective du droit de refus exprimé par le patient et dans la décision de cesser les traitements.

Dans une première partie, l'auteure souligne, dans son chapitre premier, l'importance des notions du caractère sacré de la vie, de la qualité de la vie ainsi que du respect dû à l'individu pour lui permettre de mourir dans la dignité.

⁵Commission de Réforme du Droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Document de travail 28, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1982.

⁶*Supra*, note 4 à la p. 30.

⁷*Ibid.* à la p. 4.

⁸*Supra*, note 5 ; Commission de Réforme du Droit du Canada, *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport 20, Ottawa, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1983.

Dans un deuxième chapitre, elle définit ce que l'on entend par cessation de traitement dans le but de situer le lecteur et d'identifier les enjeux particuliers. L'auteure distingue la cessation de traitement de l'euthanasie. Dans le cadre particulier de la cessation de traitement, le malade est dans une situation irréversible face à laquelle la médecine est impuissante si ce n'est que pour lui fournir des « traitements de soutien » ou en d'autres termes des moyens pour soulager sa douleur ou lui garantir un minimum de confort et lui permettre de mourir dans la dignité. L'euthanasie se distinguerait de la cessation de traitement en ce qu'elle « consiste en un abrègement de la vie et la cessation de traitement, en un abrègement du processus de mourir »⁹. Il s'agit en fait de l'interruption de traitements considérés médicalement inutiles pour le patient.

Un passage intéressant sur la définition de la mort fait ressortir toute l'ambiguïté de la situation des patients en état neurovégétatif. En effet, comme le souligne l'auteure, le standard actuellement reconnu par les médecins ainsi que par les tribunaux est la mort cérébrale, c'est-à-dire

l'arrêt des fonctions corticales et du tronc cérébral, ce qui se traduit par deux pertes irréversibles : perte de la capacité d'intégration et d'interaction, perte de conscience et perte de la capacité respiratoire¹⁰.

Elle ajoute cependant que cette définition de la mort ne répondrait pas à la situation sociale particulière des patients en état neurovégétatif médicalement désignée mort corticale. Ces patients sont privés d'une vie relationnelle et affective mais conservent une vie biologique. Il n'existe pas de consensus face à la position à prendre à l'égard de cette dernière définition de la mort. Comme le mentionne l'auteure, le problème de la cessation de traitement dans de semblables cas demeure entier. Pour que la définition de la mort corticale soit acceptée, il faudrait un consensus médical, légal et social qu'il y aurait avantage à provoquer pour répondre aux cas particuliers des patients en état neurovégétatif.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'analyse de la reconnaissance du droit du patient de refuser un traitement. L'auteur étudie ce concept en quatre chapitres consacrés respectivement à l'existence du droit de refus, à ses limites, à l'affirmation de ce droit en phase terminale d'une maladie et enfin à l'étendue de ce droit.

Bien que le droit de refus ne soit pas encore reconnu au Canada, l'auteure argumente, en prenant exemple sur l'expérience américaine, que ce droit serait une confirmation des droits à l'autodétermination et à l'inviolabilité de la personne humaine. Selon elle, le droit à l'autodétermination de la personne humaine permettrait au patient de refuser un traitement inutile ou autoriserait un représentant légalement reconnu de le refuser pour lui. Ces choix étant person-

⁹*Supra*, note 4 à la p. 30.

¹⁰*Ibid.* à la p. 36.

nels, ils ne devraient pas être évalués en fonction des normes sociales de « raisonnabilité » ou de normalité¹¹.

Considérant que les limites habituellement opposées au droit de refuser ne s'appliquent pas au cas particulier de la cessation de traitement, l'auteure est d'avis que les paramètres légaux du droit de refus, dans ce contexte, se situent dans l'application du principe de l'inviolabilité de la personne humaine, tandis que les paramètres médicaux résultent d'une attitude paternaliste du corps médical.

À cet égard, selon l'auteure, la vulnérabilité du droit de refus, dans le cadre de la relation médecin/patient, proviendrait, d'une part du paternalisme médical, et d'autre part, de la diminution des facultés du patient de consentir en raison de son état pathologique. Il faudrait, d'une part, éviter les abus paternalistes de certains médecins et donner plus de place au patient qui est au terme de sa vie. D'autre part, il faudrait concilier paternalisme du médecin et autonomie du patient. D'après l'auteure il est possible d'y parvenir en donnant au médecin le pouvoir de choisir pour le patient mais avec l'accord de ce dernier et par son choix. Ceci s'appellerait le « paternalisme avec permission, le consentement négocié, le modèle fiduciaire ou le modèle de conscience »¹².

On peut douter de la justesse de l'opinion de l'auteure à l'effet que le paternalisme médical est une limite justifiée, même s'il s'agit de « paternalisme avec permission » car ce concept fait encore une fois référence au concept de « raisonnabilité » d'une décision qui ne devrait appartenir qu'au patient. Ainsi, le droit de refus devrait aller aussi loin que de permettre, particulièrement à l'égard de malades en phase terminale, le risque que ces personnes prennent une décision même déraisonnable et ce dans le plus grand respect d'un ultime acte autonome. En effet, ce « paternalisme choisi » peut cacher une décision unilatérale du médecin qui, ne l'oublions pas, conserve une influence certaine sur son patient.

Bien que le but de ce paternalisme soit d'amener le patient à accepter la fin de tout traitement, il est difficile de concevoir que cette décision ne revienne, en quelque sorte, qu'au médecin. Il serait peut-être préférable de recueillir les avis et opinions émis par des tiers entourant le malade dans ses derniers moments — parents, amis, médecin et autres professionnels de la santé. Le médecin ne peut, malgré toute la bonne volonté du monde, évaluer de façon unilatérale, la qualité de la vie de son patient¹³. Cette réflexion vaut également pour les personnes qui sont incapables de saisir la gravité de leur état en raison de leur pathologie ou en raison de leur absence d'interaction avec leur environnement immédiat.

¹¹*Ibid.* à la p. 47, citant *In re Peter*, 529 A. 2d 419 (N.J. 1987).

¹²*La cessation de traitement, ibid.* à la p. 58.

¹³*Supra*, note 1 aux pp. 162-63.

Comme le souligne l'auteure, les moyens utilisés pour permettre d'exercer le droit de refus soulèvent plus de controverses lorsque le médecin est face à un patient incapable d'interagir avec son entourage. Lorsque le patient a exprimé ses volontés antérieurement, cela peut aider le médecin dans la décision de cesser tout traitement. Cependant comme la pratique des « living wills » n'est pas reconnue légalement au Canada comme elle l'est au États-Unis il serait plus opportun d'adopter une loi déterminant les principes de la responsabilité du médecin dans de telles circonstances.

L'auteure reprend l'opinion proposée par la Commission de réforme du droit du Canada à l'effet que des dispositions précisant que le médecin ne saurait être tenu responsable de la mort d'un patient lorsqu'il a cessé les traitements considérés inutiles et que les inconvénients reliés à ces traitements étaient plus importants que les bénéfices pouvant en être tirés, auraient avantage à être adoptées plutôt que de légaliser la pratique des testaments de vie.

Lorsque le patient n'a pas exprimé sa décision face à la cessation de traitement, l'auteure propose d'avoir recours au jugement substitué pris dans le meilleur intérêt du patient, fondé sur les critères de la décision prise par une personne raisonnable, en fonction de l'utilité du traitement ainsi que la balance des bénéfices et inconvénients reliés au traitement. À cet égard, l'auteure propose un modèle de concertation entre les éléments médical (dans la détermination du pronostic), familial, légal et social pour parvenir à une décision qui reflète le meilleur intérêt du patient¹⁴. Le rôle du comité d'éthique n'entrerait en jeu dans le processus décisionnel que pour répondre, dans la plupart des cas, aux dilemmes éthiques auxquels est confronté le médecin et à sa demande.

Quant à l'étendue de ce droit de refus de traitement en fin de vie, l'auteure propose une analyse de ce que sont ces traitements. Ce que les médecins peuvent cesser en tant que traitements inutiles et ceux qu'ils ne doivent pas cesser : la distinction est intéressante pour qualifier les traitements dits ordinaires qui sont reconnus comme obligatoires et les traitements extraordinaires ou facultatifs. Selon l'auteure la distinction entre traitement ordinaire et extraordinaire ne constitue pas une référence valable compte tenu du fait que chaque cas est un cas d'espèce et que des traitements considérés ordinaires dans un cas peuvent être considérés extraordinaires dans un autre. Selon l'auteure, la distinction aurait avantage à être effectuée en fonction de critères d'utilité du traitement et des avantages pouvant en être tirés par le patient, donc sur un concept de ce qui est proportionné et disproportionné.

L'auteure favorise la reconnaissance des procédures d'alimentation et d'hydratation artificielle non pas comme des soins de base mais comme des traitements pouvant être cessés lorsqu'ils sont considérés inutiles par le médecin.

¹⁴*Supra*, note 4 à la p. 87-89.

Il n'existe cependant pas de consensus médical à cet effet, tout au plus une tendance se dégage-t-elle, à l'effet de cesser de tels traitements en assurant toutefois le confort du patient.

Le droit canadien et québécois étant silencieux sur la question, l'auteure propose de prendre exemple sur un courant jurisprudentiel américain qui est en faveur de reconnaître le droit de demander la cessation de ce type d'acte comme on peut refuser tout traitement médical inutile, en fondant ce droit sur le droit à la vie privée¹⁵. Cependant, lorsque le patient n'a pu faire part de sa décision en raison de son incapacité ou de l'impossibilité de connaître, les tribunaux américains sont réticents à autoriser la cessation de l'alimentation et l'hydratation, à moins que les traitements globaux soient inefficaces, que le pronostic soit clair, que la famille ou le représentant ne souhaite plus continuer les traitements et que le patient n'ait pas exprimé d'opinion contraire.

La troisième partie du livre est consacrée à l'analyse du rôle du médecin dans la perspective du droit de cesser un traitement et du droit de refus du patient. Le premier chapitre trace les grandes lignes des devoirs du médecin face à son patient ; le chapitre deuxième est quant à lui une ébauche de la responsabilité pénale et civile médicale.

Selon l'auteure, le médecin a le devoir de préserver la vie dans les limites du possible en respectant l'autonomie du patient lorsqu'il peut encore émettre son opinion, ainsi que l'opinion de la famille. Le respect dû au patient exige du médecin qu'il informe ce dernier des avantages et des inconvénients des traitements et soins. Il doit également jouer un rôle important dans le soulagement de la douleur et du réconfort à apporter au patient et ne pas l'abandonner lorsque les traitements sont inefficaces. Certaines lignes directrices ou règles de conduite émises par des organismes médicaux sur les soins et traitements à prodiguer aux patients en phase terminale ou comateux, donnent quelques repères aux médecins dans leur processus de décision. Ces règles de conduite ne créent cependant pas de consensus au sein de la pratique médicale mais demeurent des outils nécessaires et utiles dans l'élaboration de la décision médicale. Elles sont également utiles lorsque, d'un point de vue légal, il s'agit d'établir quels sont les standards de pratiques médicales qui sont conformes aux données de la science médicale pour évaluer si la conduite médicale est justifiée et non fautive.

Le deuxième chapitre analyse brièvement la responsabilité médicale sous ses aspects pénal et civil. À juste titre, l'auteure souligne le fait qu'

[i]l appartient sans doute davantage aux professionnels eux-mêmes, guidés par des principes éthiques, de déterminer les aspects particuliers à l'intérieur des para-

¹⁵*Ibid.* aux pp. 115-16.

mètres fixés par le droit et ainsi de conditionner leurs décisions à ces grands principes plutôt qu'aux seules sanctions ou poursuites possibles¹⁶.

En conclusion, l'auteure fait donc ressortir les tendances actuelles véhiculées en grande partie par les américains à l'effet de reconnaître le droit du patient de refuser un traitement qu'il considère inutile, le droit du médecin de cesser un traitement jugé inutile compte tenu de l'état du patient ainsi que le droit d'administrer des soins palliatifs au risque de raccourcir l'expectative de vie du patient. En raison des incertitudes et des ambiguïtés relatives à la cessation de traitement, il est vrai que certains favorisent une clarification législative. L'auteure reconnaît la légitimité de ce souhait et recommande que des précisions médicales soient entreprises pour définir

le cadre de la cessation de traitement et développer à l'intérieur de leur profession un consensus, afin de donner à la technologie la place qui lui revient, et non toute la place, afin de circonscrire, repenser et redéfinir son application¹⁷.

Une première remarque ayant trait à la tendance généralisée ressortant de cet ouvrage provient de la place prépondérante laissée aux médecins dans l'appréciation de ce qui est bon pour le patient. Le rôle du médecin face au mourant est-il à ce point primordial que l'on doive ignorer le rôle joué auprès du malade par les autres professionnels de la santé ? Ne serait-il pas opportun de reconnaître que le personnel infirmier joue un rôle important auprès du patient, ne devrait-on pas leur reconnaître un droit de parole dans la prise de décision pour justement éviter que la dure décision de cesser les traitements ne revienne qu'à une seule et même personne ?

En effet, bien que le médecin soit investi des capacités professionnelles permettant d'établir ce qui est médicalement justifié, il n'en demeure pas moins qu'il doit avoir recours au personnel infirmier pour connaître les désirs du patient et de la famille. Une approche particulière pour une décision éthique pourrait être suggérée. Une démarche éthique proposée par le Docteur Nicole Léry du Centre d'éthique et de droit de Lyon suggère une ouverture vers le pluralisme tant culturel que disciplinaire pour garantir la qualité de la réflexion éthique¹⁸. La première étape de cette démarche exige d'abord et avant tout une compétence technique conforme aux données actuelles de la science médicale. Ces éléments seront utiles à l'évaluation de l'équation bénéfice/risques/coûts. Ce qui sous-entend l'apprentissage de ses propres limites et ainsi « apprendre à oser faire appel aux spécialistes afin de bien situer le questionnement dans sa juste réalité »¹⁹.

¹⁶*Ibid.* à la p. 170.

¹⁷*Ibid.* à la p. 203.

¹⁸N. Lery, « Droit et éthique de la santé : l'expérience d'une consultation » (1990) 48 *Médecine et Hygiène* 2161.

¹⁹*Ibid.* à la p. 2162.

Dans le processus d'une décision éthique, les repères juridiques ont une importance certaine. Viennent ensuite les repères déontologiques, ainsi que les déclarations internationales des droits et les recommandations de comités d'experts. L'originalité de cette approche provient de l'importance accordée aux repères culturels et moraux de chacun des acteurs dans le processus décisionnel. On doit ici recueillir les courants de pensées spirituelles et laïques qui sous-tendent les décisions du patient ou de la famille du patient. Il s'agit sans doute de l'étape la plus ardue à intégrer dans le processus décisionnel. La décision éthique sera la résultante de l'addition de tous ces repères. La difficulté d'élaborer une décision éthique provient de la confrontation de toutes ces valeurs et tous ces principes. Mais une décision éthique sera bien fondée non pas si elle s'appuie sur un système unique de valeurs mais sur le résultat d'un amalgame de valeurs pour tenter de proposer les meilleurs fondements à une décision qui, malgré un processus solidaire, demeure solitaire lorsqu'appliquée à un cas particulier. Comme le mentionne un auteur,

la pluralité ou la diversité deviennent ainsi les garants de la liberté et de son exercice, tandis que l'unité et l'homogénéité conduisent le plus souvent, comme nous le montre trop abondamment l'histoire, aux totalitarismes asservissants²⁰.

Le livre de Lesage-Jarjoura répond sans doute à une inquiétude omniprésente au sein du corps médical relativement aux conséquences des décisions qui concernent les patients en phase terminale. L'argumentation faite par l'auteure en faveur de la reconnaissance d'un droit de refus est intéressante ; cependant, il faut aller plus loin en invoquant le droit du patient de prendre une décision déraisonnable.

À titre de livre de référence ce livre connaît certaines limites. Ainsi, dans le contexte actuel, les préoccupations des médecins à l'égard de semblables décisions, l'abondance de documentation américaine ainsi que la proximité des États-Unis peuvent expliquer le choix de l'auteure de ne prendre que cet exemple ; ce dernier s'avère toutefois insatisfaisant à plusieurs égards. En effet, bien que les normes de la pratique médicale présentent certaines similarités, on ne peut transposer aussi mécaniquement les concepts et principes du droit américain au Canada. Malgré la présence de concepts en apparence identiques, les fondements sont différents en raison des philosophies particulières et inhérentes à chacun de ces pays en matière légale et judiciaire. À cet effet, il est regrettable de constater que l'auteure ne s'en tienne qu'aux articles du *Code criminel*²¹ et du *Code civil du Bas-Canada* comme sources légales du droit canadien et québécois, particulièrement dans l'analyse du traitement des incapables. Il aurait été intéressant de vérifier les solutions possibles issues des lois et de la jurisprudence des provinces de *common law* et d'approfondir l'étude de la jurispru-

²⁰*Supra*, note 1 à la p. 154.

²¹L.R.C. 1985, c. C-46.

dence québécoise ainsi que des nouvelles dispositions du *Code civil du Québec* sur les régimes de protection des majeurs.

Dans cette perspective, il faut de plus regretter l'absence de référence au contexte européen relativement à cette question vécue de façon similaire par tous les médecins occidentaux. Les solutions proposées au plan international auraient pu étoffer l'analyse de l'auteur.

Il n'en demeure pas moins que l'analyse faite par l'auteur conserve un certain intérêt pour les personnes ayant à prendre des décisions aussi difficiles que de cesser tout traitement à l'endroit d'un individu en phase terminale ou en état neurovégétatif.

Paul C. Weiler. *Governing the Workplace: The Future of Labor and Employment Law*. Cambridge: Harvard University Press, 1990. Pp. x, 317 [\$29.95].
Reviewed by Eric Tucker *

Industry and Humanity Revisited: Everything Old is New Again

The decline of American unionism is now a well-documented phenomenon.¹ Its causes and consequences, however, remain the subject of intense debate.² Regardless of one's view of this development, it clearly poses a challenge to the traditional techniques for the legal regulation of the employment relationship, and especially for state-sponsored collective bargaining which has been the centrepiece of American labour policy since the enactment of the *Wagner Act* in 1935.³ It is this crisis in American labour and employment law which Paul C. Weiler seeks to address in his new book, *Governing the Workplace: The Future of Labor and Employment Law*.⁴

Of course, Weiler is not the first "Canadian" labour relations expert to step onto the American labour scene at a critical juncture in its history. A little over seventy-five years ago, William Lyon Mackenzie King was asked by John D. Rockefeller Jr. to develop a long-term remedy for his labour problems. Those problems were severe indeed. Violence in the Colorado coalfields, including the infamous Ludlow massacre, had left eighteen strikers, ten guards, nineteen scabs, two militiamen, three non-combatants, two women and twelve children dead. King accepted Rockefeller's invitation and was actively engaged in American labour relations for a substantial part of the next five years.⁵ In his book

* Associate Professor, Osgoode Hall Faculty of Law. I would like to thank my colleagues Judy Fudge, Mary Glasbeek and Reuben Hasson for their comments on an earlier draft.

© McGill Law Journal 1991
Revue de droit de McGill

¹The literature is vast. For a good overview, see M. Goldfield, *The Decline of Organized Labor in the United States* (Chicago: University of Chicago Press, 1987) [hereinafter *The Decline of Organized Labor*].

²For a range of views, see S.M. Lipset, ed., *Unions in Transition – Entering the Second Century* (San Francisco: Institute for Contemporary Studies Press, 1986); C.C. Heckscher, *The New Unionism – Employee Involvement in the Changing Corporation* (New York: Basic Books, 1988) [hereinafter *The New Unionism*]; K. Moody, *An Injury to All: The Decline of American Unionism* (London: Verso, 1989) [hereinafter *An Injury to All*]; M. Davis, *Prisoners of the American Dream* (London: Verso, 1986).

³Ch. 377, 49 Stat. 449 (1935) (codified as amended at 29 U.S.C. §§ 151-169 (1988)).

⁴P.C. Weiler, *Governing the Workplace: The Future of Labor and Employment Law* (Cambridge: Harvard University Press, 1990) [hereinafter *Governing the Workplace*].

⁵For a detailed account of these events and King's related activities, see H.M. Gitelman, *Legacy of the Ludlow Massacre – A Chapter in American Industrial Relations* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1988) [hereinafter *Legacy of the Ludlow Massacre*]. Also see F.A. McGre-