

# L'EUTHANASIE TUE-T-ELLE les soins palliatifs ?

CATHERINE DOPCHIE

Oncologue

Tournai, Belgique

cathy.dopchie@skynet.be

---

Entre fin mai et fin août 2002, la Belgique a voté trois lois relatives à la fin de vie : une sur l'euthanasie, une sur les soins palliatifs et une sur les droits des patients<sup>1,2,3</sup>. Pour commencer par la dernière, celle sur les droits des patients rappelle que le patient a droit à des soins de qualité, dans une relation basée sur le respect de sa personne et de ses choix. La loi sur les soins palliatifs fixe, pour chaque patient, le droit à bénéficier de soins palliatifs, le droit d'obtenir une information concernant son état de santé, de donner son consentement éclairé aux examens ou aux traitements, d'obtenir une information sur les possibilités de bénéficier de soins palliatifs. D'autre part, cette loi comporte une série de mesures visant à améliorer l'offre de soins palliatifs. La loi sur l'euthanasie fixe clairement la définition de l'euthanasie comme étant un acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Cet acte reste un homicide avec préméditation. Il est néanmoins dépénalisé sous conditions, vérifiées *a posteriori*, notamment que le tiers soit médecin. Certains pensent et disent que tout est bien, que les pratiques, de l'euthanasie d'une part, et des soins palliatifs d'autre part, sont intégrées. Je ne suis pas d'accord et je voudrais exposer mon point de vue sur le fait que (1) l'euthanasie n'est pas, même en

Belgique, une composante intégrante des soins palliatifs, (2) la législation sur l'euthanasie en Belgique nuit au développement de ces soins, (3) dans la pratique, les conditions fixées par la loi belge pour limiter la disponibilité de l'euthanasie aux personnes rencontrant les critères imposés par la loi ne sont pas respectés, (4) cette loi vulnérabilise l'Homme moderne, (5) les inquiétudes quant à l'existence d'une pente glissante, comme conséquence de cette loi, sont bien réelles et ne sont pas dissipées par les données empiriques existantes, bien au contraire, et (6) la loi de dépénalisation de l'euthanasie, subversivement utilisée pour obtenir un droit de créance à maîtriser sa mort, a de graves conséquences pour tous.

---

## 1. L'EUTHANASIE N'EST PAS, MÊME EN BELGIQUE, UNE COMPOSANTE INTÉGRANTE DES SOINS PALLIATIFS.

Le développement historique belge des soins palliatifs et de l'euthanasie est synchrone mais sans intimité philosophique. La loi pour les soins palliatifs belges est le fruit du travail efficace sur le terrain de soignants dont le but est d'améliorer la prise en

compte des mourants. L'euthanasie est le fruit du combat idéologique de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) dont le but est que l'on légifère pour permettre l'euthanasie volontaire et le suicide assisté<sup>4</sup>.

Ces deux philosophies de prise en compte de la fin de vie utilisent deux conceptions de la dignité fondamentalement opposées, d'où de graves ambiguïtés. D'un côté, la dignité objective, valeur inaliénable, intrinsèque à l'être humain, quel que soit son état, son apparence, sa situation et son comportement. La Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, dans laquelle les Nations Unies « déclarent leur foi [...] dans la dignité et la valeur de toute vie humaine », est la référence de toutes les chartes décrivant les valeurs et pratiques de soins palliatifs, que ce soit l'Organisation mondiale de la santé et diverses associations de soins palliatifs<sup>5 6</sup>, mais aussi l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui fixe le cadre légal de la prise en charge financière des soins palliatifs belges. En effet, il les définit ainsi en 2005 : les soins palliatifs sont « une confirmation de la vie, et la mort est considérée comme un processus normal, au cours duquel il importe que le patient puisse mourir dans les meilleures conditions possible. Les soins palliatifs visent dès lors à améliorer la qualité de vie qui subsiste encore ; prolonger la vie ou l'abréger ne sont pas un but en soi pour les soins palliatifs<sup>7</sup> ».

Pour les membres de l'ADMD ou ceux qui partagent leurs valeurs, la dignité est subjective, dépendante de la performance. Être digne, c'est être à la hauteur d'une situation donnée, être décent, conforme à une norme physique, c'est avoir de l'estime pour soi-même, pouvoir décider pour soi. Voilà pourquoi le Comité consultatif belge de bioéthique, en 1997, invité à donner son avis d'expert, n'a fait que donner une définition de l'euthanasie et proposer un débat démocratique et citoyen, estimant « ne pas pouvoir trancher dans un débat où les orientations éthiques et les conceptions de la vie sont fondamentalement différentes<sup>8</sup> ». Débat qui n'a pas eu lieu.

## La dépénalisation, un bienfait ?

Pour les professionnels de soins palliatifs engagés au lit des mourants, il est difficile d'intégrer le respect de ces lois sur la fin de vie, le respect de la philosophie palliative et la disponibilité de leur service aux patients. Gamester et Van den Eynden n'ont pas tort de dire que « peu de professionnels de terrain de soins palliatifs sont heureux de cette loi<sup>9</sup> ». Les soignants sont acculés à abandonner leur éthique de conviction pour une éthique de responsabilité où ils doivent choisir les valeurs qu'ils vont sacrifier et celles qu'ils vont privilégier dans la situation précise qu'ils vivent à ce moment-là avec le patient et ses proches. La place dans laquelle la société les a assis en se déchargeant, impose qu'ils prennent position et en assument les conséquences. Le soignant en soins palliatifs, ayant fait le choix de s'occuper des patients en fin de vie, ne peut pas simplement s'éloigner de ce dernier au moment où sa souffrance lui fait envisager l'euthanasie. Il souffre avec lui et désire se mettre à son service. Il veut toujours humaniser les soins. Certains peuvent prétendre que le médecin est libre. Pour moi, il ne s'agit pas d'une vraie liberté. Il s'agit de la réduction du soignant à sa fonction. Le médecin n'est plus que culturellement celui qui agit auprès du mourant. Il se voit nié dans l'unification de son être. Depuis Hippocrate, il s'est pourtant montré capable d'intégrer la fragilité de sa réalité humaine et la force de sa compétence technique acquise. Comment se donner avec tout son être dans une relation soignant-soigné si l'autre refuse de s'engager totalement lui aussi dans la relation et avance un droit à être tué ? Est-ce être libre que d'avoir à choisir entre se renier soi-même et opposer un droit à l'objection de conscience ? Droit contre droit au lieu d'échange d'humanité. Pour rester fidèle à ses missions, le palliatologue peut choisir de renoncer à offrir sa compétence à cette personne qui en a besoin mais veut autre chose. Sachant que ses collègues n'ont que peu de formation dans ce domaine, c'est un déchirement. Il peut choisir de pratiquer l'euthanasie dans des situations uniques précises. Certains l'ont fait. Ce faisant,

ils savent qu'ils sortent de leur pratique en soins palliatifs pour prendre la voie d'une autre philosophie de soins. Ils disent le faire par respect pour leur dévouement au patient, en se donnant à la volonté de l'autre.

## Soins palliatifs intégraux?

Certains responsables de groupes de professionnels en soins palliatifs ont voulu éviter un schisme en leur sein. Profitant de cela, les partisans de l'euthanasie ont tronqué la philosophie des soins palliatifs et se servent de sa renommée en prônant l'appellation «soins palliatifs intégraux», sans prendre ombrage du fait qu'ils en détournent ainsi les valeurs fondamentales et laissent croire que le médecin qui met fin aux jours de son patient, trahissant ainsi le serment d'Hippocrate, fait un «soin» comme un autre. Par ailleurs, ils se contredisent eux-mêmes en argumentant sur la possible futilité des soins palliatifs.

L'idée vient notamment du «Forum End Of Life» (EOL), qui s'est constitué en Belgique fin 2003 avec l'aide logistique de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD). Les médecins EOL suivent une formation particulière concernant la fin de vie et l'euthanasie, sous l'appellation «Life End Information Forum». Cette formation est plus courte que celles qui préexistent pour les soins palliatifs et inclut la technique de la pratique euthanasique. Il est attendu des médecins EOL «qu'ils considèrent l'euthanasie comme une option éthique de fin de vie parfaitement valable<sup>10</sup>». L'enseignement sur les soins palliatifs que ce programme dit donner concerne une philosophie de soins ayant fait disparaître de sa définition le fait qu'elle affirme la vie et considère la mort comme un processus normal; sans l'accélérer ni la retarder. Ces soins palliatifs sont devenus des soins *supportifs* suivis parfois d'euthanasie, et sont déclarés par certains être à ce titre des soins palliatifs intégraux, capables de maîtriser toute souffrance et d'assurer une belle mort, la «mort douce<sup>11</sup>». La réduction des soins palliatifs à des soins «supportifs» ainsi définis permet alors seulement de voir une continuité de prise en

charge avec l'acte de tuer une personne souffrante à sa demande. Les médecins EOL, forts de cette courte formation, se mettent à la disposition des médecins traitants pour leur servir de référents lorsqu'ils sont confrontés à une demande d'euthanasie. Ils se présentent comme ayant l'expertise nécessaire pour donner des avis sur ce que peuvent offrir les soins palliatifs et aident éventuellement le médecin dans la mise en pratique de l'euthanasie envisagée, si celui-ci le souhaite<sup>12</sup>. De plus, le Pr Bert Broeckaert, membre et conseiller de la Fédération flamande de soins palliatifs, avait pourtant fait état de la préoccupation de nombreux experts et souligné le fait qu'il «n'est pas défendable du point de vue psychologique de proposer des alternatives palliatives lorsque la demande d'euthanasie du patient s'est déjà cristallisée et que le médecin a déjà pris la décision de soutenir cette demande et éventuellement d'y accéder. De telles alternatives qui émergent au dernier moment ne sont en fait plus des alternatives<sup>13</sup>». Ceci démontre que, comme ils le disent, ce qui compte pour les partisans de l'euthanasie, c'est que la personne qui demande à mourir n'échappe pas à un soi-disant droit à être tué, au nom d'une certaine forme de liberté. Il faut éviter de perdre du temps en confiant d'abord le malade à une équipe de soins palliatifs et prendre le risque que le patient ne soit pas entendu dans sa demande d'euthanasie. L'idée qui se répand ainsi dans la population «tout public» et même scientifique nationale ou internationale qu'il existe en Belgique des soins palliatifs «intégraux» qui conviennent à tout le monde est subversive.

## Soins palliatifs futiles?

L'euthanasie reste antagoniste aux soins palliatifs, par essence et par définition. Le raisonnement des partisans de l'ADMD qui œuvrent au lit du malade en fin de vie et prônent l'utilisation du terme soins palliatifs intégraux est, qu'à un moment donné, le soin palliatif devient futile, «le patient a également le droit de le refuser si ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il

juge insupportables<sup>14</sup>». Persévérer dans le projet de soins palliatifs devient donc pour eux de l'acharnement. L'euthanasie est alors présentée comme l'acte thérapeutique qui doit nécessairement suivre. La *futilité*, notion qui renvoie à l'inutilité d'une intervention, désigne pourtant difficilement le *prendre soin* de la philosophie des soins palliatifs. Les soins palliatifs se sont présentés dès le départ comme « tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire ». *Pallier*, c'est reconnaître d'emblée qu'atténuer une souffrance faute de remède n'a qu'une efficacité incomplète. Les soins palliatifs ont permis la discussion autour du fait que « tout ce qui *peut* être fait ne *doit* pas être fait », afin d'éviter l'acharnement thérapeutique tout en évitant l'abandon thérapeutique. Le caractère bénéfique doit être relativisé, contrebalancé par les effets nocifs anticipés, et mis à l'épreuve de l'échelle de valeurs du patient. On peut craindre que cet abus de langage qu'est l'expression « soins palliatifs intégraux » promeuve un jusqu'au-boutisme thérapeutique suivi d'une coupure abrupte comme solution à tout, qu'elle laisse miroiter l'utopie de la totale maîtrise et engage nos contemporains dans ce qu'ils souhaitent le plus éviter : l'acharnement thérapeutique et la déshumanisation des soins.

### **Médecine humaine ou toute puissante?**

L'objet des soins palliatifs consiste à trouver, voire à inventer, des stratégies médicales et interpersonnelles pour que cette période de vie que sont le mourir puis l'agonie restent humaines. Le Dr Cicely Saunders disait, en parlant de notre société moderne : « La solennité de la mort est trop peu considérée aujourd'hui. Un regard matérialiste a du mal à regarder la mort, sauf peut-être de manière sensationnelle ou sentimentale. Une société préoccupée principalement par la poursuite de sa prospérité, de sa sécurité et de ses plaisirs sensibles n'a pas de réponse valide aux problèmes de la souffrance et de la mort et ne permet donc pas de poser des questions à ce sujet. Il y a aussi actuellement un sentiment général qui attend de la médecine moderne qu'elle soit capable

de prévenir ou de guérir toute maladie, et si elle échoue dans cette tâche, l'échéance est ressentie comme une injustice. On considère alors la souffrance comme un fardeau inutile pour le patient et ceux qui l'entourent<sup>15</sup> ». L'expansion des soins palliatifs de qualité réapprend petit à petit à l'Homme des sociétés modernes matérialistes et individualistes à apprivoiser le vécu douloureux mais riche du mourir. L'expérience de la vulnérabilité acceptée et partagée démontre que l'Homme est capable d'accomplissement au travers des épreuves de sa vie, capable aussi, par sa fragilité, de révéler l'autre à soi-même dans sa capacité à se donner. Forts de cette réalité, les soins palliatifs se développent dans la perspective de réhumaniser la mort et redonner sens à la fin de vie. Leur valeur est dans la solidarité humaine. Les soins palliatifs, tels qu'ils ont été définis, s'intéressent à l'Homme souffrant dans sa globalité et gardent toujours sens, par le fait que le temps du mourir fait partie de la vie, et qu'il a sa raison d'être. Il est donc tout à fait contradictoire de penser qu'ils puissent intégrer l'euthanasie et le dire, c'est négliger, volontairement ou non, une part de ses préoccupations et interventions. La philosophie pro-euthanasique nie que la souffrance et la mort font partie de notre humanité. Pour elle, la médecine moderne ne peut pas avoir de faille. Elle se doit d'être toute-puissante. Mais au lieu d'œuvrer pour que la médecine soit de plus en plus efficiente, tout en restant respectueuse de l'être humain dans sa fragilité naturelle, on la réduit à son efficacité dans les actes et sur la matière. La philosophie holistique fait place à des soins de support qui s'adressent à la souffrance physique et psychique, voire spirituelle dans une certaine mesure. Mais l'Homme est réduit à sa souffrance. La visée n'est plus de soutenir l'Homme dans sa globalité à travers ce qui lui est donné de vivre, en l'accompagnant et en lui reconnaissant la capacité qu'il a de l'intégrer, mais la visée devient d'annihiler la souffrance, même si c'est au prix de l'Homme. L'intérêt pour le chemin vers un accomplissement humain plus grand au travers des combats intérieurs qui ne se gagnent que parfois, dans la patience, la confiance et l'accueil de la dépendance, se

voit sacrifié. Ils sont trop pénibles à soutenir et non reconnus comme source de vie pour la personne malade ou handicapée, pour ses proches et pour notre humanité.

## 2. LA DÉPÉNALISATION DE L'EUTHANASIE NUIT AU SOULAGEMENT DE LA SOUFFRANCE ET AU DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS.

### Acharnement palliatif?

Le médecin n'a pas pour mission d'abrèger les souffrances du patient mais de les soulager au mieux. Il est capable de le faire. Et il n'attend pas l'agonie pour le faire. En disant qu'il est bon que «le médecin ne doive plus attendre que le patient soit dans son agonie pour abrèger ses souffrances<sup>16</sup>», on donne crédit à ceux qui pensent que les soins palliatifs sont inefficaces, on justifie l'accélération de la fin de vie, on confirme que le mourir n'a aucune valeur humaine, que l'euthanasie est *la* bonne option.

La procédure réglementaire prévue par la loi de dépénalisation de l'euthanasie prévoit qu'il faut que la souffrance du patient échappe aux soins palliatifs. Mais selon la loi, «il suffit que l'on attire au passage l'attention sur ceux-ci, en tant qu'élément des informations auxquelles le patient a droit<sup>17</sup>». Qualifier les soins palliatifs de *futiles*, les classer dans l'acharnement thérapeutique, fait que certains patients n'en bénéficient pas.

### Lutter contre la souffrance?

La «douleur totale» (physique, psychique, sociale et spirituelle) incluant la souffrance (exemple: deuil de son autonomie par rapport à la maladie) est un concept développé par Cicely Saunders pour que l'attention du soignant se porte vers toutes les composantes de la souffrance. «Toute l'activité de Cicely

Saunders a été motivée à la fois par la protestation et par l'émerveillement: la protestation contre le constat que l'on s'intéressât si peu aux malades en fin de vie, à leurs douleurs, à leurs souffrances, et, par un émerveillement face aux patients eux-mêmes et à leur entourage. Cet émerveillement est né de la découverte de la richesse affective et morale de certaines fins de vie, ceci à une double condition: d'une part que les symptômes soient pris en charge, d'autre part que soit mise en œuvre une éthique de communication encore appelée «pratique de la compassion<sup>18</sup>». Les soins palliatifs sont aujourd'hui tellement efficaces pour soulager les souffrances physiques que le D<sup>r</sup> Lossignol, chef de service de l'unité de soins «supportifs» de Bordet et fervent défenseur de l'euthanasie, déclare: «dans notre unité, nous considérons que toute douleur doit être contrôlée<sup>19</sup>». Ne pas le faire est donc bien pour lui de l'incompétence médicale. Le D<sup>r</sup> Van Oost, médecin référent de l'unité de soins palliatifs d'Ottignies et de l'équipe de soutien aux soins palliatifs du domicile Domus, évalue, avec tant d'autres, «qu'on peut aujourd'hui soulager 99 % de la douleur par des traitements adéquats<sup>20</sup>».

Mais la diffusion de la compétence acquise en soins palliatifs pour la prise en compte de la souffrance globale est très insuffisante et le financement non alloué. Les recherches ne sont pas abouties, particulièrement en ce qui concerne notre capacité à approcher sans fuir les souffrances existentielles des plus vulnérables, encore moins en ce qui concerne la meilleure manière de tenter d'y répondre: il nous faut d'abord accepter que, sur ce point, ce sont les plus vulnérables qui seront nos maîtres si nous persévérons à les reconnaître dans leur dignité inaltérable et demeurons fidèlement à leur écoute dans leur combat pour traverser cette souffrance. Comme le dit le P<sup>r</sup> Johan Menten de l'Université catholique flamande de Leuven: «C'est seulement quand le patient n'éprouve plus de douleur physique qu'il commence à ruminer. En tant que thérapeutes, nous ne possédons pas encore assez de mots et d'expertise pour répondre à ces besoins. Nous n'en sommes

qu'au commencement; ces soins doivent être développés<sup>21</sup>. » Le Dr Van Oost précise que « c'est beaucoup plus difficile de soulager la souffrance morale. Je pense à la peur de devenir une charge pour ses enfants, à la peur de faire face à une hémorragie ou à la peur d'un étouffement<sup>22</sup> ». Il nous faut beaucoup travailler encore pour garder en éveil l'émerveillement du Dr Saunders qui avait su dépasser sa propre douleur à l'égard de son impuissance à soulager toute souffrance et ainsi assister à l'épanouissement humain des personnes en fin de vie. Elle nous dit : « l'euthanasie, c'est la reconnaissance d'une défaite. [...] On devrait s'efforcer de découvrir qu'il n'est jamais nécessaire d'y recourir<sup>23</sup> ».

### **Soulager la souffrance existentielle?**

L'euthanasie est surtout appliquée pour ceux qui souffrent d'avoir perdu le sens de leur vie. C'est aussi l'observation des pratiques en Hollande que « les souffrances qui mènent à l'euthanasie ou à la sédation se chevauchent, mais il s'agit plus de souffrance physique pour la sédation et de souffrances existentielles et de déchéance pour l'euthanasie<sup>24</sup>. » Il s'agit de reconnaître notre condition d'être humain limité, avec son côté sacré. La réponse la plus ancienne à la souffrance existentielle peut se trouver pour certains dans la transcendance. Patients, proches et soignants peuvent découvrir par expérience que tout ne dépend pas d'eux, que la Vie s'est donnée et se donne d'elle-même, que cette source ne se tarit pas, se manifestant parfois au moment où on ne l'attend plus et toujours en dehors de notre maîtrise humaine, afin que notre mission sur terre, qui est unique et propre à chacun, puisse s'accomplir pleinement, quel que soit le chemin qu'il nous faut emprunter. Cette expérience ouvre une espérance particulière qui rejoint la pensée philosophique et logo-thérapeutique encore insuffisamment explorée du psychiatre Viktor Frankl, survivant de camp de concentration, quand il dit dans son livre « Découvrir un sens à sa vie avec la logo-thérapie » : « Si je vis une telle situation où il m'est impossible de transformer encore les conditions

de faits qui la composent, je peux modifier du moins mon attitude intérieure face à l'inaltérable. De cette manière, je transforme aussi ma nature psychique pour découvrir une dernière valeur personnelle ou existentielle : la valeur d'une telle attitude morale ou spirituelle en tant que telle, non pas une résignation, mais une force vivante ultime, puisqu'elle émane de ma liberté la plus profonde. Par conséquent, si l'on analyse phénoménologiquement une telle situation, qui peut m'arriver à tout moment, on trouve ce qu'aucune stratégie psychologique ne peut donner, à savoir la source de ma vie comme telle<sup>25</sup>. » La méthode Vittoz, psychothérapie à médiation corporelle, pourrait, par la pratique de ses exercices, armer les souffrants pour la vie, leur faire comprendre et aimer la vie, même la plus difficile et la plus douloureuse, en leur apprenant à tout accepter volontairement, sincèrement, et pourrait être un soulagement pour d'autres. Certains psychanalystes contemporains cherchent eux aussi une piste dans l'acceptation de nos limites car, pour eux, « il existe en l'Homme un "manque" fondamental, ontologique, qui apparaît de manière aiguë quand les besoins physiques, psychiques et affectifs ne sont pas comblés [...]. Apprenant à connaître ses qualités, ses capacités, ses aspirations, ses compromis inconscients, ses limites, il peut faire l'expérience d'une réconciliation inattendue entre fini et infini : à travers le respect du manque, sa finitude devient le réceptacle de l'absolu. Il lui sera révélé que l'amour est le seul absolu qui peut se vivre et se développer à l'intérieur même des limites de chaque être humain<sup>26</sup> ». L'exploration des soutiens spirituels variés par l'art thérapie, la musicothérapie, la thérapie par le clown, le soulagement par la voie de la sensorialité à travers l'hypnose, l'aromathérapie, le *snoezelen*... n'en sont qu'aux balbutiements. Les progrès ne peuvent se faire que dans l'obstination et la confrontation à notre impuissance assumée. Mais, dans notre soif de toute maîtrise, l'évolution de l'interprétation de la souffrance insupportable et inapaisable, sous prétexte de sa réalité subjective, non seulement permet d'euthanasier des patients bien encadrés, mais permet désormais d'euthanasier des groupes de

patients pour lesquels l'accès aux soins palliatifs, ou simplement l'accès à ses découvertes en matière d'expertise à soulager, n'existe pas sur le terrain, comme les patients souffrant de maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques avancées, les patients âgés souffrant de diverses comorbidités, les patients déments, les malades neuropsychiatriques, dépressifs, anorexiques, autistes, les personnes lassées de la vie qu'elles mènent. La présentation de l'euthanasie comme *la* solution digne et courageuse dérouta nos contemporains, défigure et entrave la prise en charge palliative et, plus largement, la médecine, la société. L'euthanasie est désormais banalisée, elle offre une réponse d'évitement des limites et étouffe le progrès dans l'œuf.

### Euthanasie «sauvage»?

Sur le terrain, chacun sait que des médecins abrègent la vie de certains de leurs patients agonisants sans leur demande ni leur consentement. On a étiqueté cette pratique d'«euthanasie sauvage». Ils le font parfois parce que le patient souffre et qu'ils n'ont pas acquis la compétence requise pour le soulager. Ils le font aussi parfois pour des agonisants qui ne souffrent pas, mais parce qu'eux-mêmes ou les proches souffrent, car ils n'arrivent pas à trouver un sens à vivre au travers de ce mourir qui parfois se prolonge. Ces médecins accélèrent alors les choses.

Lutter contre cette pratique condamnable était le *leitmotiv* des partisans à une législation sur l'euthanasie. Aujourd'hui, cette pratique d'accélération de la fin de vie n'est pas de l'euthanasie, puisque la loi de dépenalisation de l'euthanasie limite l'utilisation de ce terme au cadre de quelqu'un qui demande à ce que sa vie soit abrégée. De fait, légalement, il s'agit d'homicide volontaire. Mais, en disant qu'il ne s'agit pas d'euthanasie, ses défenseurs, selon ce qu'ils veulent démontrer, soit banalisent ce geste qui ne concerne *que* des patients *in extremis*, comme ils le disent pour les mineurs par exemple<sup>27</sup>, et suggèrent une dépenalisation<sup>28</sup>, soit l'utilisent pour accuser d'hypocrisie les soins palliatifs, en poussant à confondre cette

pratique avec celle de la sédation contrôlée terminale. En qualifiant la sédation d'euthanasie sauvage, déguisée ou lente, ils introduisent un flou qui, dans les actes, n'existe pas pour celui qui les pose. Cette confusion des termes entretient la peur de la morphine et complique la discussion sur la planification anticipée des soins, deux indispensables aux soins palliatifs.

La sédation contrôlée est, pour certains et dans certains cas seulement, une alternative à l'euthanasie. Elle reste une solution extrême, de moindre mal, utilisée dans les très exceptionnels cas où le contrôle des symptômes physiques est actuellement impossible. Le Pr Menten, oncologue et responsable de l'équipe de soins palliatifs à l'Université de Leuven en Belgique néerlandophone, explore cette technique et il témoigne: «L'expérience acquise de cette pratique permet d'offrir au patient souffrant de dormir la majeure partie de la journée, mais pouvoir encore communiquer avec sa famille à certains moments. [...] Il est difficile de réaliser une sédation contrôlée, parce que cela nécessite une expertise qui n'est pas encore suffisamment développée et que ne maîtrisent certainement pas encore tous les prestataires de soins professionnels<sup>29</sup>.» Quand la sédation est utilisée de manière continue en situation terminale, ce sommeil induit peut devenir ou être qualifié de «long mourir» privé de sens. Il exige de la part du soigné un grand abandon à l'équipe soignante. Cela pose encore beaucoup de nouvelles questions d'éthique et d'accompagnement. Les partisans des soins palliatifs estiment que «la sédation n'est pas une réponse appropriée (à la souffrance existentielle), car la prise en compte de ce type de souffrance ne peut être réduite à une prise en charge médicale ou pharmacologique<sup>30</sup>». Les soins palliatifs, par expérience, croient en une «grâce qui rend capable venant d'au-delà de nous-mêmes<sup>31</sup>». Mais, comme souligné plus haut, l'expertise des professionnels est encore tenue pour accompagner la souffrance psychologique et spirituelle et favoriser la reconnaissance et l'accueil de cette grâce transformante. Un tel apprentissage ne peut se faire en quelques heures de cours, il exige l'ex-

périence de l'impuissance au chevet des patients. L'excellence du soutien qu'offrent les soins palliatifs doit s'enrichir encore de thérapies nouvelles ou à inventer au creuset du combat de l'Homme qui cherche le sens de sa vie au travers de la souffrance. Seul le fait d'y être confronté peut nous aider à avancer. L'ouverture et l'accueil de mes limites ne peuvent se faire que parce qu'il y a quelqu'un à mes côtés qui, pareillement, accepte de se donner malgré ses limites. Seule cette présence confiante de l'un à l'autre permet de faire l'expérience de la vie qui continue à se donner et forge le fondement de notre médecine au service de l'Homme, pauvre et grande à la fois. La disponibilité de l'euthanasie entraîne nos contemporains dans une impasse réductrice qui contrecarre ce cheminement dans le savoir-être.

## La belle mort?

Dans certains milieux, les soins palliatifs n'apparaissent même plus comme une alternative à l'euthanasie mais comme un passage possible, *si et seulement si* souhaité, avant une « belle mort<sup>32</sup> » par euthanasie. La solution euthanasique, la « mort douce<sup>33</sup> », proposée comme un traitement parmi d'autres, attire par sa technique simple et standardisée, est présentée comme un soulagement pour les proches et les soignants. Les défenseurs de l'euthanasie, par l'entremise des rapports de la commission de contrôle et d'évaluation, encouragent la déclaration de demande anticipée d'euthanasie pour simplifier la prise de décisions en cas d'inconscience<sup>34</sup>. Cette exhortation empêche l'obstination raisonnable qui mène au progrès. Les défenseurs de l'euthanasie sont heureux de dire au citoyen que « demander l'euthanasie est un acte courageux et y répondre est un acte empli d'humanité<sup>35</sup> ». Pour eux, il est bon que le médecin ne doive plus attendre que le patient soit dans son agonie pour abrégé ses souffrances, il peut « mourir avant le délabrement physique ou psychique insupportable, il peut partir en laissant de lui une image digne<sup>36</sup> ». Cette affirmation donne du crédit à ceux dont les actes disent que l'être vulnérable n'a pas sa place dans

la société, fait croire à la personne fragile qu'elle manque de courage alors qu'elle pèse sur les soignants et sur ses proches, annihile la beauté humaine qui unit l'être démuné qui reste un Homme debout quand son corps le lâche à celui qui reste présent malgré son impuissance et souffre avec l'autre qui souffre; cette affirmation annihile la beauté humaine de l'apprentissage de ce qui s'échange dans cette relation d'accueil et d'abandon de l'un à l'autre. Elle altère la qualité médicale et fait relativiser l'intérêt pour le mourant et donc l'intérêt pour les soins palliatifs en même temps qu'elle favorise l'application de la sédation continue terminale. Par les expériences communes vécues dans une réelle et humble compassion, la philosophie des soins palliatifs continue à défendre que « la souffrance et le mal qui sont un non-sens et une absurdité peuvent prendre un sens et s'ouvrir à une étonnante fécondité psychologique, affective, spirituelle au sens large, chez les malades et chez les proches<sup>37</sup> ». Présenter l'euthanasie comme la solution idéale de maîtrise sur sa vie et sa mort, solution qui permet d'obtenir la durée et la qualité de vie les meilleures et qui est applicable à tout moment, favorise l'autre volet de la maîtrise qu'est l'acharnement thérapeutique. Les arguments hospitaliers du « toujours plus vite et plus rentable » imposés au médecin ont un effet réducteur du champ d'action des soins palliatifs en les privant de la richesse du fait de demeurer malgré l'impuissance.

### 3. DANS LA PRATIQUE, LES CONDITIONS FIXÉES PAR LA LOI BELGE NE SONT PAS RESPECTÉES.

#### Transgression ?

L'euthanasie reste un homicide volontaire. La loi la dépénalise sous conditions pour signifier qu'il faut un état grave de nécessité pour transgresser l'interdit de tuer. La reconnaissance de cet interdit social et sociétal justifie que l'assemblée parlementaire du



Conseil de l'Europe ait adopté, le 25 janvier 2012 dernier, une résolution stipulant que « l'euthanasie, entendue comme le fait de tuer intentionnellement – activement ou par omission – un être humain dépendant – soi-disant pour son bien – doit toujours être interdite<sup>38</sup> ». La loi de dépenalisation de l'euthanasie a été promulguée pour protéger les patients vulnérables dont la vie était abrégée sous des prétextes compassionnels douteux, sans même qu'ils l'aient demandé. Les partisans de l'euthanasie ont un objectif différent, ils veulent pour toute personne un droit à mourir de la main du médecin quand la vie lui semble sans valeur en insistant sur le fait que l'insupportable est subjectif. Pour eux, comme le dit le Dr Lossignol, oncologue à Bordet, membre de l'ADMD et formateur d'EOL, « l'euthanasie n'est ni une exception ni une transgression éthique<sup>39</sup> ». Comme Marcel Bolle de Bal, professeur émérite de l'Université libre de Bruxelles, et d'autres avec lui, nous parlerons alors « d'IVV, interruption volontaire de vie », expression qu'il « estime plus correcte et moins affectivement chargée que celle d'euthanasie<sup>40</sup> ».

## Contrôle?

Puisqu'on a voulu faire passer la loi de dépenalisation de l'euthanasie pour une loi qui protège le médecin et le soigné dans le secret de leur alliance thérapeutique, l'État s'est vu contraint de confier le rôle de contrôler et d'évaluer l'application de cette loi contre nature à une commission. Ce faisant, il se retrouve dans une impasse. Près de la moitié des membres effectifs de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie ayant le droit de vote sont membres ou collaborateurs de l'Association pro euthanasique pour le Droit de mourir dans la dignité et utilisent la loi pour faire croire à un *droit de créance* pour le citoyen belge. L'essentiel des conditions de la loi de dépenalisation de l'euthanasie est défini par *leurs* propres critères de dignité qui est de décider pour soi-même, d'avoir le droit de maîtriser sa vie et sa mort. Dans le rapport annuel 2012 du groupement des unions professionnelles belges de

médecins spécialistes, on confirme que « pour bon nombre de personnes, la différence avec le suicide assisté n'est plus si grande quand, à la fin du mois de décembre 2012, deux frères jumeaux monozygotes sourds ont été euthanasiés en même temps et dans le respect le plus strict de la loi au motif qu'ils étaient également en train de perdre la vue. Les frères de 45 ans qui envisageaient le suicide n'étaient pas à un stade terminal et leurs parents étaient opposés à leur décision<sup>41</sup> ». Les rapports de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie ne se privent pas de donner des recommandations qui vont dans le sens d'une grande souplesse pour interpréter la loi. La souffrance est subjective, non mesurable. Le fait qu'il s'agisse parfois de l'anticipation de celle-ci n'est déjà plus une difficulté. S'il y a discussion et échange de vues au sein de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, c'est le point de vue de la majorité qui l'emporte. Elle se donne des libertés que l'État ne peut plus maîtriser puisqu'il dépend d'elle qu'un dossier soit transmis à la justice, ce qui n'a jamais été le cas. Au médecin est confiée la tâche de reconnaître que la souffrance est réellement insupportable, qu'elle justifie de tuer dans le cadre de la loi. Exiger cela du médecin est lui donner un pouvoir plus dangereux encore que dans les décisions où il pourrait y avoir acharnement thérapeutique : celui de se croire capable d'évaluer la souffrance humaine.

## Protéger le vulnérable?

La motivation pour lutter contre l'accélération de la fin de vie par une législation était que les patients agonisants ne soient pas tués sans qu'au moins ils l'aient demandé. Il ne s'agissait pas d'espérer qu'ils aient l'occasion de le demander plus tôt. Mais pour l'ADMD : « Il est maintenant possible qu'un patient puisse choisir de mourir comme il le souhaite, sans souffrance inutile, sans attendre un délabrement physique ou psychique insupportable, de pouvoir partir en laissant de lui une image digne<sup>42</sup> », « grâce à la possibilité d'être euthanasié, les personnes malades

peuvent vivre mieux puisqu'ils savent à l'avance qu'ils peuvent décider quand ils veulent que cela s'arrête<sup>43</sup>». Ce discours introduit un lien pervers entre la dépendance et la dignité. Il faut conscientiser les retombées sociales de ce discours sur le regard porté sur les personnes fragiles, et le regard qu'elles portent et porteront de plus en plus sur elles-mêmes. C'est en fin de vie que les dépenses de soins de santé sont très élevées. Tout le monde sait que c'est la dernière année de vie qui coûte très cher. On peut bien sûr réagir en luttant contre l'acharnement thérapeutique qui fait souffrir les malades inutilement. Mais présenter l'euthanasie comme solution idéale applicable à tout moment empêche la personne d'apprendre à aimer la vie comme elle est, incite le patient, dans sa difficulté à lâcher prise et son angoisse de mort, parfois aussi dans son déni, à chercher une solution efficace à tout prix, se réfugiant dans l'idée d'une interruption abrupte et douce promise en cas de complication ou d'essoufflement. Cette attitude freine le patient sur son chemin d'approvisionnement du mourir, empêche la prise en charge palliative et favorise l'acharnement thérapeutique.

---

#### 4. CETTE LOI VULNÉRABILISE L'HOMME MODERNE .

##### **Le patient et le médecin**

L'Homme des sociétés contemporaines développées croit qu'il a droit à la santé et qu'elle lui donne le bonheur auquel il a droit. En répondant à la souffrance spirituelle de perte de sens par l'euthanasie, la société fragilise l'Homme qui souffre au lieu de le protéger. Réduire l'Homme à sa souffrance et relativiser sa dignité à sa performance ou à son propre jugement modifie gravement les fondements de notre société humaine et les ébranle. La personne fragilisée ou dépendante est plus que son corps défaillant. Sa dignité est inaltérable. Proposer l'euthanasie comme solution courageuse aux difficultés des personnes

vulnérables, admettre qu'il est licite de les supprimer, c'est dire que leur vie n'a qu'un prix relatif. Faire la promotion de la demande anticipée d'euthanasie laisse nos contemporains craindre notre incompetence médicale et notre incompetence sociétale à prendre correctement en compte des patients vulnérables.

L'euthanasie est présentée comme un droit à mourir dépendant du médecin dans son application. Le médecin qui oppose son objection de conscience se voit reprocher d'appliquer une éthique sans cœur, d'être incapable d'être à l'écoute de l'autre, car trop noyé dans ses propres limites. Même si son origine est perverse, la fragilisation de la confiance au médecin dans l'alliance thérapeutique ne peut que nuire au vulnérable.

La mission des soins palliatifs est l'attention aux vulnérables, ils sont les seuls qui puissent nous apprendre le « savoir-être » auprès d'eux. Être confronté à la souffrance humaine en respectant l'être humain est la seule école pour plus d'humanité dans une société matérialiste sans réponse valide à la souffrance. Ce tragique chemin qu'est la souffrance globale est profondément humain et peut être « source d'accomplissement élevé dans la dimension spirituelle de l'Homme<sup>44</sup> ». La reconnaissance de cette réalité, qui se reçoit de l'intimité de la relation avec les plus fragiles d'entre nous, permet d'affirmer que ceux-ci ne sont pas, comme le monde moderne veut nous le faire croire, déjà hors de la vie, et donc juste bons à demander qu'on leur accorde un succédané de bonheur dans la mort, mais qu'ils sont, au contraire, nos maîtres sur ce plan. Se poser dramatiquement la question du sens de l'existence, c'est entrer dans une vie plus spirituelle, plus intense. L'euthanasie est une manière technique de prendre en compte la souffrance humaine. Comme seul celui qui souffre peut nous mettre en demeure de compassion, les membres de notre société, y compris les soignants, s'ils persévèrent à juger la souffrance comme indigne de l'Homme, deviendront de plus en plus incompetents et donc intolérants.

## Devoir de toute maîtrise?

La pression sociale et sociétale exercée sur le médecin dégrade les soins. Se voir acculé à la maîtrise a fait germer la pratique euthanasique mais favorise aussi l'application de la sédation continue terminale, non seulement pour les souffrances physiques difficiles à gérer, mais aussi pour les souffrances psychospirituelles où elle n'a pas sa place. Se voir acculé à la maîtrise peut aussi favoriser le *burnout*, qui pousse le soignant dans l'abandon thérapeutique. La loi de dépenalisation de l'euthanasie renforce la peur du mourir et du souffrant. Si la mort provoquée, et par le médecin de surcroît, devient la réponse proposée au manque de sens à vivre, la vie ensemble est vouée à sa perte. L'anticipation de la souffrance et l'effet miroir, le sentiment d'injustice et d'impuissance, attisent une fois de plus la méfiance du public vis-à-vis du corps médical. Dire que les dispositions de la loi belge qui prévoient l'instauration d'un régime permissif protègent plus efficacement les personnes vulnérables que ne le faisait le régime répressif antérieur, c'est promouvoir une culture de mort. En effet, cette pensée subversive fait croire au citoyen qu'il n'est pas capable d'intégrer sa fragilité naturelle et qu'il perd toute dignité en perdant sa fonctionnalité. Si protéger le vulnérable, c'est lui dire qu'il a le droit de refuser sa vulnérabilité naturelle et exiger de l'état un droit à mourir, de la main du médecin, alors l'Homme y perdra toute capacité d'accueil, toute capacité de dépendance et se perdra dans un besoin de plus en plus angoissé d'obtenir que tout lui soit dû. L'idée d'un droit à mourir au moment décidé de la main du médecin sort du cadre des lois naturelles. Si la loi ne doit plus être universelle mais peut sans risque s'affranchir de la nature pour n'être que dans la ligne de ce que chaque individu veut pour lui-même, alors l'Homme qui craint sa dépendance au point de vouloir s'affranchir de sa nature même d'Être limité se verra contraint, pour mettre à distance toute perte qu'il ne saura plus comment intégrer, d'exiger de plus en plus de droits individuels pour tenter de se libérer de son angoisse du vide.

## 5. LES INQUIÉTUDES QUANT À L'EXISTENCE D'UNE PENTE GLISSANTE, COMME CONSÉQUENCE DE CETTE LOI, SONT BIEN RÉELLES ET NE SONT PAS DISSIPÉES PAR LES DONNÉES EMPIRIQUES EXISTANTES, BIEN AU CONTRAIRE.

Quant aux chiffres, on assiste à un accroissement exponentiel du nombre de demandes d'euthanasies actives et à un accroissement régulier des euthanasies déclarées (une vingtaine par mois au début, plus de cent par mois maintenant)<sup>45</sup>. Par ailleurs, la déclaration est loin d'être exhaustive, car la pratique de l'accélération du décès des patients en fin de vie reste vraie et non déclarée. Pour les personnes concernées, comme on l'a mentionné, l'esprit de la loi est tronqué et l'application est celle de l'assistance au suicide. Elle n'est plus là pour les situations extrêmes, mais pour ceux qui sont las de vivre. Le Pr Montero, des Facultés universitaires Notre-Dame de la paix à Namur, a été invité à réfléchir à cette problématique en février 2009, à la demande du centre de prévention du suicide et ajoute une notion alarmante : « le suicide est connoté péjorativement sur le plan éthique et social (étymologiquement, il est question du meurtre de soi : *sui caedere*), au contraire, s'agissant de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté, la phraséologie est tout autre : il est question d'« acte de solidarité », d'« acte de compassion », de « bonne mort », de « mort dans la dignité », etc. [...] Les défenseurs de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté font valoir que le fait que le suicide ne soit plus nécessaire pour les 50 ans et plus est un bienfait de leur légalisation plutôt qu'un signe d'abus (puisque l'on épargne des morts violentes)<sup>46</sup> ». Dans le cadre de la loi, des personnes âgées fatiguées de vivre, isolément ou en couple, des conjoints dont l'époux est en fin de vie et qui ne s'imaginent pas trouver sens à vivre sans l'autre, ont été euthanasiés alors qu'ils ne souffraient pas d'une maladie grave et incurable, sur base de la subjectivité de la souffrance psychique

insupportable<sup>47</sup>. Pour le Pr Wim Distelmans, chef du service des soins palliatifs à l'hôpital académique de la VUB et coprésident de la Commission fédérale de contrôle de l'euthanasie, « il est temps d'ouvrir le débat sur l'élargissement des conditions prévues par la loi sur l'euthanasie. [...] De plus en plus de personnes âgées éprouvent des souffrances existentielles. Avec le vieillissement de la population, ces cas ne feront qu'augmenter. Que faut-il faire? *Les laisser vivre malgré leur volonté*<sup>48</sup>? » Des patients souffrant d'une affection neuropsychiatrique, dont certains dépressifs majeurs et quelques suicidaires ont « bénéficié » de la loi<sup>49</sup> <sup>50</sup>. Des malades souffrant de maladie d'Alzheimer débutante ont été euthanasiés sur base de l'anticipation d'une souffrance psychique intolérable, niant toute possibilité de cheminement ou de découverte scientifique, en proposant plutôt un élargissement de la dépénalisation<sup>51</sup>. Bientôt, l'inconscience perdra sa définition physique de coma pour prendre celle de la conscience de soi pour élargir grandement cette pratique d'euthanasie des déments<sup>52</sup>. À certaines personnes euthanasiées, on a proposé le don d'organes<sup>53</sup>. Quand on sait que la perte de sens à vivre est la souffrance principale évoquée dans les euthanasies, on peut difficilement écarter l'hypothèse d'une certaine pression exercée sur la décision.

En ce qui concerne les *enfants*, une récente étude universitaire a démontré l'existence de morts provoquées dans les unités de soins intensifs pédiatriques, malgré l'interdit légal<sup>54</sup>. Vingt-cinq des enfants étudiés (34 %) sont décédés après administration d'un produit incontestablement létal. Pour le Dr Marc Englert, d'Erasmus, membre de la commission fédérale de contrôle et membre du conseil d'administration de l'ADMD, il ne s'agit pas de pente glissante puisqu'il ne s'agit pas d'euthanasie. En effet, « la mort ne suit pas une demande expresse libre et réitérée de quelqu'un de capable<sup>55</sup> ». Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que dans ces cas, le médecin se trouve dans un état de nécessité qu'il devra toujours pouvoir justifier<sup>56</sup>. Cette situation est typiquement celle qui a mené à la promulgation de la

loi de dépénalisation de l'euthanasie. Leur idée est de prévoir une extension de la loi sur l'euthanasie aux mineurs qui seraient jugés capables d'une décision libre et éclairée. Certains prévoient aussi de revoir la législation pour statuer sur l'arrêt actif de la vie de nouveau-nés ou de tous jeunes enfants incapables de formuler cette demande<sup>57</sup>.

---

## 6. EN CONCLUSION, IL M'APPARAÎT QUE, EN DÉPÉNALISANT L'EUTHANASIE SOUS CONDITIONS, LA BELGIQUE N'A PAS TROUVÉ LA BONNE MANIÈRE DE METTRE LA MÉDECINE AU DÉFI D'ACCOMPAGNER HUMAINEMENT LES PERSONNES EN SOUFFRANCE.

La législation de dépénalisation de l'euthanasie nuit au développement des soins palliatifs. L'attention au plus vulnérable est leur mission et elle doit encore s'aiguïser. Être confronté à la souffrance humaine en respectant l'être humain est la seule école du « savoir-être » pour plus d'humanité dans une société matérialiste sans réponse valide à la souffrance.

L'euthanasie reste antagoniste aux soins palliatifs, par essence et par définition. Seule la réduction des soins palliatifs à des soins « supportifs », qui peuvent être taxés de futiles, permet de voir une continuité de prise en charge avec l'acte de tuer une personne souffrante à sa demande.

Relativiser la dignité de l'Homme à sa performance ou à son propre jugement modifie gravement les fondements de notre société humaine et les ébranle. Si la mort provoquée devient la réponse proposée au manque de sens à vivre, la vie ensemble est vouée à sa perte. La dépénalisation de l'euthanasie renforce la peur du mourir et du souffrir. L'anticipation de la souffrance et l'effet miroir, le sentiment d'injustice et d'impuissance changent le regard que la société jette sur les vulnérables et leur laisse croire que demander la mort à autrui est un acte courageux.

La dépénalisation de l'euthanasie a permis de clarifier les termes éthiques. Réutiliser des termes inadéquats pour caractériser une situation éthique fausse le jugement, l'ambiguïté sur le contenu des vocables utilisés est entretenue à dessein et peut être suspecte de manipulation politique.

Dans la pratique, les conditions fixées par la loi belge pour limiter la disponibilité de l'euthanasie sont interprétées avec de plus en plus de liberté. La loi se veut accorder l'absence de poursuite au médecin qui a transgressé l'interdit sociétal fondamental de tuer du fait d'un état de nécessité. Elle est utilisée pour obtenir un droit de créance à maîtriser sa mort par objectivation du médecin. La population visée s'élargit toujours. L'État, en confiant ce rôle à une commission d'évaluation dont les membres sont orientés, a perdu le contrôle de l'application de la loi.

Les données empiriques confirment la pente glissante en lien avec une culture de mort qui banalise l'acte de tuer et le justifie par la demande. La dépénalisation de l'euthanasie pèse sur le corps médical et la société et les modifie en ce qu'ils ont de plus profond.

## NOTES

1. [http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi\\_sur\\_leuthanasie.pdf](http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi_sur_leuthanasie.pdf)
2. [http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi\\_2002\\_06\\_14.pdf](http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi_2002_06_14.pdf)
3. [http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi\\_2002\\_08\\_22.pdf](http://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/loi_2002_08_22.pdf)
4. KENIS, Y. (2002). *Bulletin de l'ADMD*, 84; p. 10-12.
5. EAPC (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. In *European Journal Of Palliative Care*, 16(6), p. 280-281.
6. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pX XzVNEY%3d&tabid=735>
6. <http://www.sfap.org/content/d%3%A9finition-des-soins-palliatifs-et-de-lacompagnement>
7. Rapport « Projet Soins palliatifs », (2004). p. 99  
<http://www.inami.fgov.be/care/fr/palliativecare/pdf/repport20040831.pdf>
8. Avis n° 1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie. Comité consultatif de bioéthique de Belgique. [http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2divers/7946414\\_fr.pdf](http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2divers/7946414_fr.pdf)
9. GAMESTER, N. *et al.* (2009). Letter to the editor. The relationship between palliative care and legalised euthanasia in Belgium. In *Journal of palliative medicine*. 12(7), p. 589.
10. <http://www.admd.be/medecins.html>
11. <http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20117.pdf>
12. <http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20120.pdf>
13. BROECKAERT, B. (2002). Les soins palliatifs et la procédure d'euthanasie. In *Acta Med Cath.* 71 (2): (F) 2-3. <http://www.kerknet.be/microsite/smslgv/content.php?ID=9701>
14. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm>
15. Saunders, C. (1961). And from a sudden death. *Frontier-Winter*. p. 271-274. In Frings, M. (1994), *Quelle demande et quelle offre en soins palliatifs?* Laennec.
16. <http://www.admd.be/Bulletins/Syllabus%20EOL1er%20module.pdf>
17. Proposition de loi introduisant un filtre palliatif obligatoire dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. (2012). <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub&COLL=S&LEG=5&NR=1432&PUID=83888107&LANG=fr>
18. Hacpille, L. (2006). Un mouvement plein de promesses. In *Journal européen de soins palliatifs*; 13(2).  
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=bffPm ZJ81do%3D&tabid=38>
19. Lossignol, D. (2006). UASS, Institut Jules Bordet, *Journal du Réseau Cancer de l'Université Libre de Bruxelles*; n° 4.
20. De Vogelaere, J.-P. (Mercredi 19 octobre 2011). *Soulager la souffrance morale*, p. 16.  
<http://archives.lesoir.be/-soulager-la-souffrance-morale-t-20111019-01MHW0.html>
21. Proposition de loi relative à l'euthanasie. (2001).<http://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=%20application/pdf&MIvalObj=33576763>
22. De Vogelaere, J.-P. (Mercredi 19 octobre 2011). *Soulager la souffrance morale*, p. 16.  
<http://archives.lesoir.be/-soulager-la-souffrance-morale-t-20111019-01MHW0.html>
23. Saunders, C. The moment of truth: care of the dying person. In Scott, G. & A.M., Brewer. *Confrontation of death*, p. 119.  
<http://books.google.be/books?id=EzeWxmqwFPMC&pg=>

- PA65&lpg=PA65&dq=cicely+saunders+et+euthanasie&source=bl&ots=e1kf44T6Bu&sig=HnWxY3U0TtMXkWTJINJhw9GbQY8&hl=fr&sa=X&ei=\_PsUUP\_TI5OxhAe10oDgBw&ved=0CE8Q6AEwAw#v=onepage&q=cicely%20saunders%20et%20euthanasie&f=false
24. Van Der Heide, A. et al. (2007) End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. In *New England Journal of Medicine*. 356(19):1957-65.  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa071143#t=articleMethods>
  25. Frankl, V. (1984). *Découvrir un sens à sa vie: avec la logothérapie*, Montréal, Éditions de l'homme.
  26. Chmakoff, M. (2009). *Le divin et le divan*. Éditions Salvator. p. 95-97.
  27. <http://www.admd.be/medecins.html>
  28. <http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20117.pdf>
  29. Proposition de loi relative à l'euthanasie. (2001).  
<http://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=%20application/pdf&MIVALObj=33576763>
  30. La sédation pour détresse en phase terminale. Recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. <http://www.sfaf.org/pdf/III-O3-pdf.pdf>
  31. Saunders, C. (1986). La vie aidant la mort. MEDSI. In Frings, M. (1994). *Quelle demande et quelle offre en soins palliatifs?*, Laennec.
  32. <http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20120.pdf>
  33. <http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20117.pdf>
  34. [http://www.health.belgium.be/filestore/14088500\\_FR/Rapport%20euthanasie%202006%20\\_14088500\\_fr.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/14088500_FR/Rapport%20euthanasie%202006%20_14088500_fr.pdf)
  35. <http://www.admd.be/Bulletins/Syllabus%20EOL1er%20module.pdf>
  36. <http://www.admd.be/Bulletins/Syllabus%20EOL1er%20module.pdf>
  37. <http://www.foyersaintfrancois.be/>
  38. <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta12/ERES1859.htm>
  39. Conférence 17 – 18 septembre 2011 (Mondorf-les-Bains, Luxembourg) – European Right to Die Societies, <http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20120.pdf>  
Réf: « Sérénité partagée: l'euthanasie, une question de santé publique », journée d'études du 27 mars 2013, [http://www.erasme.ulb.ac.be/files/files/communication/Euthanasie\\_27mars\\_4.pdf](http://www.erasme.ulb.ac.be/files/files/communication/Euthanasie_27mars_4.pdf)
  40. [www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20120.pdf](http://www.admd.be/Bulletins/Bulletin%20120.pdf)
  41. « Euthanasie de jumeaux sourds. Un cas sans précédent » *Le journal du Médecin*, 18/01/2013; in Rapport annuel 2012 du GBS, p. 29.
  42. <http://www.admd.be/Bulletins/Syllabus%20EOL1er%20module.pdf>
  43. <http://www.admd.net/>
  44. Frings, M. (1994). *Quelle demande et quelle offre en soins palliatifs?*, Laennec.
  45. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm>  
[http://www.aqmd.qc.ca/attachments/File/les\\_canc\\_\\_rologues\\_et\\_l\\_euthanasie.pdf](http://www.aqmd.qc.ca/attachments/File/les_canc__rologues_et_l_euthanasie.pdf)
  46. Montero, E. (2009). *Suicide, euthanasie et suicide assisté. – Le rôle de la loi face aux demandes de mort*. Communication dans le cadre de la journée d'étude sur le suicide, l'euthanasie et le suicide assisté, à l'invitation du Centre de Prévention du suicide, Bruxelles.
  47. « La Libre » (28/03/2011).
  48. Ben, N. (2009). *La solitude ne justifie pas l'euthanasie*.  
<http://www.dhnet.be/infos/faits-divers/article/253968/la-solitude-ne-justifie-par-l-euthanasie.html>
  49. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm>
  50. Quatre cas pour dépression majeure irréductible  
<http://www.lalibre.be/actu/belgique/article/329793/quatre-cas-pour-depression-majeure-irreductible.html>
  51. <http://www.lalibre.be/debats/opinions/article/444155/pour-une-extension-de-la-loi-euthanasie.html>
  52. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/Publications/index.htm>
  53. Ysebaert, D., Van Beeumen, G., De Greef, K., et al. (2009). Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. In *Transplant Proc*. 41; p. 585-586.
  54. Inghelbrecht, E., et al. (2009). Medical end-of-life decisions: experiences and attitudes of Belgian pediatric intensive care nurses. In *American Journal of Critical Care*. 18; p. 160-168.
  55. <http://www.admd.be/medecins.html>
  56. Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie.  
<http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/avis-relatif-aux-soins-palliatifs-a-l'euthanasie-et-a-d'autres-decisions-medicalesconcernant-la-fin-de-vie>
  57. Inghelbrecht, E., et al. (2009). Medical end-of-life decisions: experiences and attitudes of Belgian pediatric intensive care nurses. In *American Journal of Critical Care*. 18; p. 160-168.