

L'euthanasie en pratique, produits et techniques à utiliser

Euthanasia : medications and medical procedures

D. Lossignol

Unité de Soins Supportifs et Palliatifs, Institut Jules Bordet

RESUME

La pratique de l'euthanasie est régie par une loi depuis 2002. Celle-ci permet aux médecins d'aider leurs patients lorsque les souffrances physiques ou psychiques sont inapaisables. Les conditions légales sont claires et explicites. Toutefois, les moyens et les techniques à utiliser ne sont pas prévus dans le cadre légal. Le présent article se propose d'aborder, outre les situations cliniques rencontrées en fin de vie, les différentes procédures possibles, essentiellement médicamenteuses.

Une attention particulière est portée sur l'impact émotionnel de l'acte de l'euthanasie.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 435-40

ABSTRACT

The Belgian law relative to euthanasia has been published in 2002.

A physician is allowed to help a patient with intractable suffering (physical or psychological). Legal conditions are clear. However, nothing is said about medical procedures or medications to be used. The present paper will present specific clinical situations at the end of life, practical procedures and medications.

A special focus is made on psychological impact of euthanasia.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 435-40

Key words : euthanasia, Belgian law, medications, medical procedures

Un soir d'été, Mr J-M L, atteint de la maladie de Charcot, s'est éteint paisiblement après avoir demandé et obtenu l'aide d'un médecin. En quittant le domicile, ce dernier ne s'est pas dit : " Qu'ai-je fait ? " mais " L'ai-je bien fait ? "...

INTRODUCTION

L'approche de la fin de vie a pris une nouvelle dimension dans notre pays depuis la mise en application de la loi relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs en 2002.

Le texte légal, s'il précise clairement les conditions à respecter, ne mentionne pas les techniques, les produits à utiliser (ce n'est d'ailleurs pas le rôle du législateur). Toutefois, le médecin qui accepte d'aider son patient se doit d'appliquer des méthodes adéquates, en accord avec la bonne pratique médicale et les connaissances scientifiques du moment.

Des informations ont été éditées tant en Belgique, notamment par l'Association pour le Droit de Mourir

dans la Dignité (ADMD), qu'aux Pays-Bas et il existe différents sites sur la toile dédiés à cette question. Toutefois, il est utile de rappeler les éléments essentiels à considérer lorsqu'un médecin est confronté à une demande d'euthanasie ou à une aide en fin de vie.

Nous aborderons successivement le traitement de certaines complications rencontrées en fin de vie, la sédation dite " contrôlée " ou " terminale ", la pratique de l'euthanasie proprement dite et le suicide médicalement assisté. Cette précision se justifie par le fait qu'il est encore trop souvent fait un amalgame entre ces différentes pratiques et qu'il est nécessaire d'en définir les champs d'application. Enfin, il ne faudra pas passer sous silence la gestion de la charge psychologique et émotionnelle que représente une demande d'euthanasie.

Cet aspect, bien que non " technique " mérite une attention particulière et sera abordé en fin de texte. Enfin, nous ferons état des problèmes rencontrés sur le terrain en médecine générale, en tentant d'apporter des éléments de réponse.

SYMPTOMES EN FIN DE VIE

De nombreuses situations peuvent être rencontrées en fin de vie, notamment dans le cas d'affections telles le cancer ou les affections neurologiques évolutives. Il n'est pas question de décrire ici chacune d'entre elles mais nous nous efforcerons d'en cerner davantage certaines, en tenant compte de leur fréquence respective et surtout de la complexité qu'elles représentent en termes de traitement. Rappelons d'emblée que traiter ces complications ne peut être assimilé à une euthanasie et que la garantie d'une fin de vie digne fait partie intégrante des prérogatives de la médecine.

La dyspnée terminale

Les causes de ce trouble sont multiples et si son traitement s'attache à traiter la cause, les éléments causaux rencontrent rarement une solution thérapeutique efficace et durable notamment en fin de vie. Les épanchements cloisonnés, les infiltrations lymphatiques métastatiques (lymphangite carcinomateuse), les obstructions des voies aériennes provoquent des syndromes restrictifs et/ou obstructifs sévères, réfractaires aux traitements symptomatiques conventionnels. Hormis les techniques de vidange ou la mise en place d'endo-prothèses, il n'existe pas de traitement spécifique.

Le but sera avant tout de soulager le patient et de contrôler activement l'anxiété, qui constitue un facteur aggravant de la dyspnée. Les propositions thérapeutiques sont reprises au tableau 1.

Favoriser un environnement aéré Disposer d'un nébulisateur Oxygénothérapie Anxiolyse	fenêtres, ventilateur, réduction du nombre des visites
Morphine* Broncho-dilatateurs Réduction des sécrétions	sonde nasale (lunette), masque alprazolam (Xanax®) 0,5 à 1 mg lormétazépam (Témesta®) 2,5 mg midazolam (Dormicum®) 1 à 2 mg/h SC ou IV 5 à 10 mg SC ou IV lente salbutamol (Ventolin®) 100 µg glycopyrrolate (0,5 mg) + néostigmine (2,5 mg) (Robinul®)
* Majorer de 50 % si un traitement antalgique par morphinique est en cours.	

Le recours à la morphine délivrée par aérosol dans le traitement de la dyspnée ne fait pas l'objet d'un consensus, même si certains travaux soutiennent cette attitude¹.

La dose proposée est de 5 à 10 mg dans 5 cm³ d'eau, en nébulisation.

En cas d'échec, une sédation doit être envisagée et discutée avec le patient (voir *infra*).

La menace d'hémorragie

Le risque d'hémorragie brutale survient le plus

souvent dans les cas de cancer de la sphère ORL. Cette hémorragie est associée à une infiltration de la paroi de la carotide ou d'une de ses branches. Elle peut se produire vers l'extérieur ou vers l'intérieur de l'organisme (trachée, œsophage) et survient davantage après intervention chirurgicale, radiothérapie et bien entendu en cas de récurrence locale. C'est l'attitude préventive qui prime, en ayant recours à des pansements compressifs, à des techniques d'embolisation ou de ligature, à des médicaments qui inhibent la fibrinolyse tels l'acide tranexamique (Exacyl® ampoule de 500 mg dans 5 ml), ou encore à des transfusions de plaquettes ou de plasma frais congelé².

En cas de rupture carotidienne, une sédation rapide est requise en reprenant les dispositions décrites à l'occasion de la dyspnée terminale. Cependant, il est sans doute préférable de ne pas attendre l'accident pour réagir et une sédation préalable doit être discutée avec le patient.

Les médicaments susceptibles d'aggraver une diathèse hémorragique seront écartés. De même, les médicaments hypotenseurs n'ont pas leur place dans la prévention des hémorragies terminales, car ils ne font qu'accroître l'inconfort du patient et ne retardent en rien la survenue du saignement.

Agitation / delirium

L'agitation psychomotrice en fin de vie peut être provoquée par différents facteurs souvent concomitants. La prise en charge des troubles affectifs, de l'anxiété et du *delirium* a fait l'objet de revues exhaustives^{3,4}. Les phénomènes hallucinatoires occasionnent une souffrance extrême du patient, des proches et des soignants et imposent une attitude rigoureuse.

Un diagnostic étiologique s'impose dans chaque cas même si un traitement symptomatique doit être instauré sans tarder. Les principes de prise en charge sont repris au tableau 2. L'usage des neuroleptiques atypiques tels la clozapine (Leponex®), l'olanzapine (Zyprexa®) ou la rispéridone (Risperdal®) qui induiraient moins de symptômes extra-pyramidaux, n'a pas encore fait l'objet d'étude clinique dans ce domaine.

Informar la famille Corrections des troubles métaboliques éventuels Neuroleptiques	hypercalcémie, hyponatrémie halopéridol (Haldol®) 5 à 20 mg/j* dropéridol (Dehydrobenzperidol®) 5 à 20 mg/j prothipendyl chlorydrate (Dominal®) 40 à 80 mg
Benzodiazépines** Anticomitial	midazolam (Dormicum®) 1 à 2 mg/h clonazépam (Rivotril®) 0,5 à 1 mg IV
* La dose de neuroleptiques à utiliser dépend de la gravité du syndrome. ** Les benzodiazépines peuvent parfois induire une aggravation paradoxale de l'agitation.	

Si en outre, des phénomènes convulsifs sont présents, ils devront également faire l'objet d'un traitement spécifique, encore que le phénobarbital puisse être proposé en première intention.

En cas de troubles anxieux sévères ou d'agitation nocturne, la sédation contrôlée offre une alternative utile mais dont l'application est délicate (voir *infra*).

La sédation " contrôlée " ou " terminale "

L'application de la sédation terminale est un procédé complexe à mettre en œuvre et requiert une attention particulière quant à sa dimension éthique. En effet, l'induction d'un sommeil artificiel maintenu jusqu'au décès peut être assimilée à une euthanasie non volontaire, surtout si la mort survient en dehors d'une complication aiguë. Il est largement accepté qu'en situation d'état de nécessité (menace d'hémorragie massive, dyspnée terminale), la pratique d'une sédation s'impose, même si les moyens mis en œuvre auront pour effet de précipiter la mort (Article 96 du code de déontologie). Par contre, cette même sédation ne devrait pas être proposée en réponse à une demande d'euthanasie. Les défenseurs d'une telle attitude justifient leur geste par le fait que la demande d'euthanasie est sous-tendue par un état dépressif, pouvant être contrôlé par un sommeil artificiel comme c'est le cas dans des syndromes dépressifs sévères réfractaires (phénomène d'amnésie obtenu après usage d'électrochocs sous anesthésie générale). Ce sommeil est entrecoupé de phases de réveil afin de s'assurer de la persistance ou non de la demande. Cette position pour acceptable qu'elle soit dans le domaine de la psychiatrie ne trouve pas sa pleine justification lorsqu'elle s'applique à des patients atteints de maladie chronique à pronostic fatal. Cet acharnement à maintenir la vie à tout prix en faisant taire le patient est pour le moins critiquable. Aucune donnée n'est disponible à propos de " l'efficacité " réelle de ce procédé mais il apparaît que l'espérance de vie est particulièrement courte dès lors qu'une sédation active est entreprise (de l'ordre de 72 heures à 7 jours)⁵. Le recours trop systématique à la sédation en fin de vie sous prétexte d'assurer une euthanasie passive peut difficilement échapper à l'accusation d'hypocrisie⁶. Il n'est cependant que difficilement envisageable de mener une étude prospective sur la question mais l'expérience clinique peut déjà constituer en soi un élément de réflexion. De prime abord, la sédation terminale ne s'indique que dans les états de nécessité tels que décrits plus haut.

La publication de règles concernant les indications de la sédation a provoqué des réactions en sens divers, démontrant le malaise qu'implique cette attitude^{7,8}.

D'aucuns avancent même la possibilité d'un contrôle de la pratique de la sédation dans les unités de soins, au même titre que le contrôle de la pratique de l'euthanasie.

Les médicaments proposés sont repris au tableau 3. L'usage de plusieurs molécules permet d'éviter de saturer un type de récepteur, ce qui réduit le risque d'effets secondaires indésirables. Devant le phénomène de tolérance, il est judicieux de majorer les doses de 30 % toutes les 6 à 12 heures.

Tableau 3 : Sédation contrôlée.

Midazolam (Dormicum®)	2 mg/h IV ou SC - Dose à adapter sans dépasser 10 mg/h
Halopéridol (Haldol®)	20 mg/24 h IV ou SC
Propofol ** (Diprivan®, Propofol®)	
Opiacés	200 à 500 mg par 24 h en IV
Prométhazine (Largactil®)	En fonction des antécédents, des traitements antalgiques * 50 à 100 mg/24 h IV

* Les traitements antalgiques doivent être maintenus.

** Uniquement en usage hospitalier (coût !).

L'EUTHANASIE ACTIVE

Dans un souci de concision, nous nous limiterons à décrire les moyens efficaces permettant de répondre à une demande d'euthanasie. Quelques remarques préalables s'imposent. Toute demande d'euthanasie telle que précisée dans le texte légal doit faire l'objet d'une analyse approfondie et aucune décision ne peut être prise dans l'urgence.

Les modalités de la procédure seront discutées avec le patient, et sa participation au processus ne sera pas éludée : le patient prendra-t-il un des médicaments par voie orale, actionnera-t-il le robinet de la perfusion, s'attend-t-il à un effet immédiat ou souhaite-t-il un délai qu'il estime raisonnable ?

Si les connaissances médicales en matière de toxicologie permettent de déterminer la dose létale de chacun des médicaments, force est de constater que rares sont ceux qui peuvent garantir à la fois une efficacité absolue, une absence de souffrance, et une accessibilité sans contrainte.

Même si un médicament quelconque peut entraîner la mort d'un patient en fonction d'une dose précise, supra-thérapeutique, il ne peut toutefois pas garantir une fin digne et sans souffrance. Par exemple, la colchicine est létale à la dose de 20 mg mais une injection rapide de 2 mg l'est également. Toutefois, les circonstances de la mort sont particulièrement pénibles et elles excluent *de facto* ce médicament dans la pratique de l'euthanasie. Il en est de même de la dose létale de morphine, estimée à 200 mg, ce qui dans la pratique est nettement supérieur aux doses moyennes utilisées dans le traitement de la douleur.

Rappelons qu'en soi, les doses de morphine n'affectent pas l'espérance de vie⁹.

Les règles fondamentales pour une pratique correcte de l'euthanasie sont reprises au tableau 4. Elles ne sont pas exhaustives. Le médecin doit être présent lors de la préparation des médicaments et, au

besoin, il effectuera lui-même les dilutions.

Les médicaments à utiliser en première intention sont les barbituriques (thiopental, sécobarbital, pentobarbital), les curarisants, et les anxiolytiques, essentiellement les benzodiazépines.

Tableau 4 : Pratique de l'euthanasie.

- Garantir l'intimité du patient : chambre seule à l'hôpital
- Assurer une voie d'accès intraveineuse
- S'assurer que toutes les personnes concernées ont été contactées
- S'assurer que les médicaments sont disponibles et en quantité suffisante
- S'assurer que les préparations sont correctement effectuées
- Garantir une présence médicale
- Ne pas déléguer l'acte
- Consigner au dossier l'ensemble de la procédure

L'attitude recommandée est l'injection intraveineuse de 1 à 2 g de pentobarbital ou de thiopental, suivie d'une injection de 20 mg de dibromide de pancuronium, après que le patient ait perdu conscience¹⁰.

Cette attitude trouve un large écho en Belgique, où les différents rapports de la Commission de Contrôle ont montré le recours quasi généralisé à cette technique.

L'administration préalable de lorazépam ou de midazolam se fera en fonction des attentes du patient (tableau 5 pour les dosages).

Tableau 5 : Médicaments recommandés pour la pratique de l'euthanasie.

Lorazépam (Témesta®) ou	2,5 à 5 mg IV lente ou sublingual
Midazolam (Dormicum®)	2 à 3 mg SC ou IV
Thiopental (Penthotal®)	1 à 2 g en IV*
Pancuronium bromure (Pavulon®)	20 mg en IV
* L'injection IM ou SC est douloureuse.	

Le recours à la voie sous-cutanée ou intramusculaire ne peut s'envisager que si les injections sont indolores, même lorsque le patient est inconscient. A ce propos, le thiopental ne peut être injecté qu'en intraveineux.

La prise orale de 9 g de sécobarbital sodique, dissout dans 20 ml d'alcool et 15 ml d'eau et aromatisé à l'écorce d'orange (50 ml) est proposée, avec les mêmes précautions concernant le risque de vomissement.

En complément de ce qui précède, il existe d'autres attitudes parfois proposées en réponse à une demande d'euthanasie. Si dans l'absolu, le décès survient invariablement, il n'est en aucun cas possible de garantir une issue confortable dénuée de toute souffrance. Elles sont reprises au tableau 6. En

Tableau 6 : Techniques à proscrire (elles ne garantissent ni une fin de vie digne, ni un décès rapide).

Arrêt de tout apport alimentaire	Extrêmement discutable si la patient est conscient
Arrêt de l'hydratation	Risque de convulsions, d'hallucinations
Augmentation progressive des antalgiques	Pronostic imprévisible, risque majeur de phénomènes toxiques (myoclonies, hallucinations)
Proposer le suicide sans assistance médicale	Incompatible avec le rôle du médecin
Envisager des options "violentes" (chlorure de potassium)	Incompatible avec le rôle du médecin
Estimer que les complications métaboliques garantissent une fin de vie confortable (insuffisance rénale ou hépatique)	Cette affirmation ne se vérifie pas dans la réalité

particulier, il apparaît essentiel de proscrire formellement l'injection létale de chlorure de potassium, qui induit une mort violente, pénible et inhumaine.

De ce fait, ces attitudes sont en contradiction avec l'éthique médicale.

LE SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE

Le recours au suicide médicalement assisté est considéré comme une réponse adéquate à la demande d'euthanasie. Toutefois, l'expérience hollandaise montre que cette pratique pose plus de problèmes au médecin, celui-ci devant invariablement rester présent tout au long du processus tout en devant intervenir de façon active dans près de 20 % des cas : réveil du patient, échec de l'induction du coma, vomissements¹¹. Il n'y a pas de différence éthique entre le suicide médicalement assisté et l'euthanasie, à condition que le médecin puisse garantir que la mort survienne dans de bonnes conditions⁸.

Toutefois, il est évident que le patient doit être capable d'effectuer lui-même le premier geste (pas de paralysie, pas d'occlusion intestinale).

Il reste à discuter si l'association des deux techniques ne peut représenter la meilleure approche, à savoir une initiation du processus par le patient, qui ingère lui-même le produit létal, suivie d'une intervention du médecin qui administre un myorelaxant.

Constatons que dans l'absolu, cette démarche reste une euthanasie active.

Enfin, il est à conseiller de ne pas laisser le patient seul avec sa décision. Au-delà d'une demande d'euthanasie, il est nécessaire de prévenir tout accès de mélancolie ou de dépression susceptible de provoquer un passage à l'acte irréflecti. Le caractère fluctuant de l'humeur chez certains patients en fin de

vie doit être pris en considération^{12,13}.

APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Il convient d'insister sur l'importance majeure du soutien psychologique, tant auprès des proches que du personnel soignant. Si ceci peut être garanti en milieu hospitalier, le médecin généraliste se retrouve souvent seul face à la charge émotionnelle des familles. Cette situation peut même devenir un obstacle à la pratique de l'euthanasie, aux détriments du souhait du patient.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de programmes ou de structures spécifiques destinés à ce problème. Le Forum EOL (pendant francophone des *Leif-artsen*) organise des réunions de travail où ces questions sont abordées, mais des études prospectives devraient être menées pour évaluer l'impact que représente un acte d'euthanasie sur la pratique médicale ultérieure.

Une analyse interne effectuée à l'Institut Jules Bordet (résultats non publiés) montre que, même si l'acte est chargé émotionnellement, le médecin a le sentiment d'avoir accompagné son patient en respectant son désir et en lui garantissant une mort digne.

Le médecin accomplit de la sorte le dernier geste d'humanité envers son patient.

Il reste toutefois à analyser en profondeur l'impact à long terme que représente la pratique de l'euthanasie tant chez le médecin, qu'au sein de la famille du patient, et que chez les membres de l'équipe soignante.

D'autre part, des médecins identifiés comme ouverts aux demandes sont de plus en plus sollicités dès qu'un patient évoque le sujet, et la multiplication de ces situations pourrait nuire à la sérénité du colloque singulier. Là encore, le développement de réseaux multidisciplinaires tant en milieu hospitalier qu'en médecine générale se doit de répondre à cette forme de dérive.

EN MEDECINE GENERALE

Les problèmes rencontrés sont de deux ordres, techniques et humains. L'accès aux produits actifs tels que décrits plus haut est compromis par le manque de disponibilité de ceux-ci en officine. Il n'y a pourtant pas de raison pour qu'un pharmacien refuse la délivrance de médicaments nécessaires, même s'il est clair que certains produits sont d'un usage hospitalier comme les barbituriques injectables ou les curares. A ce titre, un groupe de travail a élaboré la liste des spécialités et des produits utiles à laquelle tout médecin peut se référer. Rappelons que c'est le médecin qui se fournira en médicaments et non le patient ou ses proches.

De par sa position, le médecin généraliste se retrouve plus isolé face à une demande d'euthanasie. Faire appel à un second médecin et au besoin

demander l'avis d'un spécialiste de la pathologie concernée ou un psychiatre (en cas de décès non prévisible à brève échéance) n'est pas toujours aisé en médecine générale. S'il existe dans le Nord du pays un réseau de médecins identifiés (*Leif-artsen*) disposés à aider un consœur ou un confrère, cela n'est encore que trop marginal en Wallonie, même si le développement du Forum EOL va dans ce sens. C'est aussi par le biais des GLEMS, des dodécagroupes, des conférences que l'information peut circuler et dès lors sensibiliser les soignants à une participation active au sein du débat.

Enfin, il est essentiel que toute euthanasie soit rapportée auprès de la Commission de Contrôle. Les données actuelles qui font part d'une disparité entre le Nord et le Sud révèlent indirectement le non accomplissement de cette tâche, pourtant utile, citoyenne et finalement respectueuse de la personne qui a confié sa demande à son médecin¹⁴.

Est-il nécessaire de rappeler que le Code de déontologie prévoit maintenant les dispositions en matière d'euthanasie, élément neuf mais hautement symbolique.

CONCLUSIONS

Les techniques rendant la pratique de l'euthanasie volontaire possible existent et doivent être disponibles auprès du corps médical. Leur utilisation appelle à une rigueur tant sur la procédure à suivre qu'en ce qui concerne la pharmacologie. De nombreux médicaments peuvent entraîner un décès à des doses supra-thérapeutiques mais seuls quelques-uns garantissent une fin de vie sans souffrance, dans le respect de la dignité humaine. Connaître les doses efficaces et les modes d'administration n'implique ni une apologie de l'euthanasie ni une attitude intolérante, bien au contraire.

Sortir la pratique de l'euthanasie de la clandestinité ne peut que garantir une approche humaine et respectueuse du souhait des patients tout en évitant dérives et pratique inadéquate.

Une attention particulière doit être apportée à l'impact psychologique que représente l'acte d'euthanasie et il faudra garantir aux médecins une aide à la fois logistique et humaine pour chaque cas.

EPILOGUE

Il n'y a pas si longtemps, un patient écrivait ceci.

“ La mort me guette et certaines nuits sont des enfers. Ne soyez pas horrifiés, c'est mon ordinaire. Un jour pas très lointain, je le sais et mon médecin aussi, je mourrai étouffé, noyé dans mes propres sécrétions. Comprenez-vous cela ? Pouvez-vous comprendre l'atrocité d'une telle attente ? Avez-vous le courage de vous imaginer à ma place ? Ou d'imaginer ainsi l'un de ceux que vous aimez ? Je n'ose croire que vous

puissiez, en âme et conscience, me refuser le droit de partir dans la dignité et la paix retrouvée. Dois-je supplier de me laisser partir avec la seule noblesse qui me reste. Celle de l'esprit".

Face à de telles paroles, pouvait-on rester insensible et ne pas garantir à cet homme une autre fin que celle tant redoutée ? Le cadre légal belge, la connaissance des techniques médicales font que de tels propos ne seront plus vains et sans espoir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mazzocato C, Buclin T, Rapin CH : The effect of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer : a randomized double-blind controlled trial. *Ann Oncol* 1999 ; 12 : 1511-4
2. Pereira J, Mancini I, Bruera E : The management of bleeding in cancer patients. In : Portenoy RK, Bruera E, eds. *Topics in palliative care*. Oxford University Press 2000 ; 4 : 163-83
3. Ronson A, Razavi D : Affective and anxiety disorders in patients with cancer. *CNS Drugs* 1999 ; 12 : 119-33
4. Reich MG, Razavi D : Mental confusion syndromes in oncology. *Bull Cancer* 1996 ; 83 : 115-28
5. Fainsinger R, Miller MJ, Bruera E, Hanson J, Maceachern T : Symptom control during the last week of life on a palliative care unit. *J Palliat Care* 1991 ; 7 : 5-11
6. Materstvedt LJ, Kaasa S : Is terminal sedation active euthanasia ? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000 ; 120 : 1763-8
7. Quill TE, Lo B, Brock DW : Palliative options of last resort : a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997 ; 278 : 2099-104
8. Quill TE, Byock IR : Responding to intractable terminal suffering : the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End of Life Care Consensus Panel. *Ann Intern Med* 2000 ; 132 : 408-14
9. Bercovitch M, Waller A, Adunsky A : High dose of morphine use in the hospice setting. A database survey of patients characteristics and effect on life expectancy. *Cancer* 1999 ; 86 : 871-7
10. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G : Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *N Engl J Med* 2000 ; 342 : 551-6
11. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D : Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354 : 816-9
12. Lossignol D, Obiols M, Mancini I, Body JJ : Supportive care, sedation and euthanasia (Abstract). *Support Care Cancer* 1999 ; 7 : 163
13. Drumel J : Ethique et soins palliatifs. *La pensée et les hommes " Mourir dans la dignité "* 2000 ; 45 : 91-6
14. Englert M, Hanson B, Lossignol D : La pratique légale de l'euthanasie en Belgique : comparaison avec les Pays-Bas et rapport préliminaire sur l'application de la loi dans une unité de soins supportifs. *Rev Med Brux* 2005 ; 26 : 145-52

Correspondance et tirés à part :

D. LOSSIGNOL
Institut Jules Bordet
Unité de Soins Supportifs et Palliatifs
Rue Héger Bordet 1
1000 Bruxelles
E-mail : dominique.lossignol@bordet.be

Travail reçu le 16 mai 2008 ; accepté dans sa version définitive le 30 mai 2008.