



Dossier de l'

« FATIGUE DE VIVRE » ET EUTHANASIE

OÙ EN EST LA REFLEXION EN BELGIQUE ?

Introduction :



La fatigue de vivre bouscule et interroge de plus en plus le corps médical et l'opinion publique quant à ses causes et ses conséquences.

En août 2017, désirant ouvrir un débat officiel sur la question, le député Jean-Jacques De Gucht (Open-VLD) a proposé d'élargir la loi dépénalisant l'euthanasie à toute personne qui exprime éprouver une « *fatigue de vivre* » (« *levensmoeheid* »), sans pour autant être atteinte par une affection ou maladie quelconque.¹ Le député travaille depuis lors sur une proposition d'extension de la loi euthanasie, qui « *n'inclura pas les personnes souffrant de dépression, de solitude ou d'un état de dépendance* », précise-t-il.²

Pour apprécier la justesse de la proposition, il convient de cerner ce que recouvre le concept de « *fatigue de vivre* » et de se demander s'il est réellement possible d'en exclure les causes de *dépression, de solitude ou de dépendance*, comme le suggère Jean-Jacques De Gucht. A ce jour, aucune statistique fiable ne permet par ailleurs de mesurer l'ampleur du phénomène.

Dans son Avis n° 73 sur « *l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques* », le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (CCBB) aborde la problématique de la fatigue de vivre de nos aînés du point de vue éthique.³

Le présent document tentera de retracer l'essentiel de la réflexion critique émise par divers acteurs politiques et de terrain, néerlandais et belges, qui ont inspiré le Comité Consultatif dans sa réflexion, afin de mieux comprendre les raisons qui l'ont poussé à encourager prudence et retenue sur la question.

La « *fatigue de vivre* » peut-elle constituer à elle seule une affection médicale inapaisable qui, causant une souffrance insupportable, justifie l'euthanasie de la personne ?

Le Comité argumente longuement et conclut par la négative.

¹ http://www.standaard.be/cnt/dmf20170814_03017810.

² <http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/politiek/1.3046689#>.

³ Publié en décembre 2017, cet avis est disponible sur le site : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-73-euthanasie-dans-les-cas-de-patients-hors-phase-terminale-de-souffrance-psychique-et>. Pour une synthèse de l'Avis, voir le [Dossier de l'Institut Européen de Bioéthique](#)

PARTIE I : Les contours du concept belge de « fatigue de vivre »

Les termes « *voltooid leven* » (« *vie accomplie* ») et « *fatigue de vivre* » sont utilisés, parmi d'autres encore, comme synonymes dans la littérature médicale. Renvoient-ils véritablement à une même réalité ? Ou gardent-ils chacun des nuances propres ?

En Belgique, la Fédération Flamande des soins palliatifs a étudié la « *fatigue de vivre* » en se basant sur la définition d'Elvien Delbeke (Université d'Anvers), qui la décrit comme « *La souffrance psychique d'une personne qui, en raison (d'une combinaison) de facteurs médicaux et/ou non médicaux n'a plus de qualité de vie ou une qualité de vie seulement défaillante. Conséquence de ce qui précède, cette personne préfère la mort à la vie* ».⁴

Aux Pays-Bas, différentes instances ont par ailleurs tenté de définir ce qu'ils nomment « *vie accomplie* ».

La Commission consultative « *Schnabel* », spécialement constituée en 2014 à la demande du gouvernement néerlandais pour étudier le phénomène, voit le concept « *utilisé à la fois pour signifier que tout est arrivé, que tout est fini et qu'il peut être mis fin à la vie en toute satisfaction, mais aussi dans les cas où la vie a engendré tellement de problèmes qu'on puisse l'avoir en aversion et qu'on ne veuille pas aller plus loin* » (traduction).

Le terme « *vie accomplie* » aurait donc un double sens. Au sens strict, cela exprime la satisfaction de voir qu'on peut mettre fin à sa vie sans regrets. Tandis qu'en Belgique, la « *fatigue de vivre* » serait une souffrance qui nuit au goût de la vie et d'où émerge le souhait d'en finir, sans nécessairement estimer que sa vie soit « *accomplie* ».⁵

L'Association néerlandaise pour le droit de mourir librement (la NVVE) parle de « *vie accomplie* » comme étant « *Une souffrance existentielle, sans fondement médical nécessaire. La personne ressent la situation comme une voie sans issue et ne voit plus de possibilités de traitement alternatif approprié. Les personnes qui ont le sentiment d'une vie accomplie ne sont généralement plus à même de se retrouver en groupe, de s'organiser et de défendre leurs intérêts. Les personnes concernées par cette situation sont d'un âge avancé, ont une sensation de détachement, vivent isolées, recluses chez elles. Leur vue et audition sont déficientes ; elles n'attendent plus que la mort* »⁶ (traduction).

La personne n'éprouverait plus aucune satisfaction, mais bien un sentiment de « *voie sans issue* », qui ne lui laisserait pas d'autre alternative acceptable que la mort. Au vu de ce qui précède, se pose la question suivante : la souffrance existentielle est-elle sous-jacente à la « *fatigue de vivre* » ?⁷

Cette fatigue ne semble en tout cas pas nécessairement provoquée par une affection médicale. Au contraire même, indique la Fédération flamande des soins palliatifs, « *la fatigue de vivre gagne en importance à mesure que des facteurs non médicaux sont indiqués comme les principales raisons de la souffrance psychique* ».⁸

⁴ Définition d'Elvien Delbeke, reprise dans: Van Den Noortgate et al., "Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen", in *Tijdschrift voor geneeskunde*, 3/2016, p. 146.

⁵ Heidi De Clercq, "Ik ben m'n leven meug' Fenomenologisch onderzoek naar levensmoeheid bij ouderen", (thesis), Tilburg school of humanities, TILBURG UNIVERSITY, p. 18.

⁶ CCBB, Avis n° 73, p. 24.

⁷ Van Den Noortgate et al 2016, p. 146.

⁸ CCBB, Avis n° 73, p.55.

Or, si l'euthanasie se traduit comme l'aval de la société quant à l'implication d'un tiers exécutant dans la mort d'une personne à la demande de celle-ci, ce geste de mort doit-il être posé par un médecin lorsque le mal de vivre n'a aucun fondement médical ?

Cette question est essentielle lorsque l'on pense à l'implication de soignants dans la procédure qui mène à l'euthanasie.

PARTIE II : Où en est la réflexion en Belgique⁹ ?

Peut-on réellement, comme le croit le Député cité plus haut, dissocier la « *fatigue de vivre* » de la dépression, de la solitude ou d'un état de dépendance ? L'expertise des soignants confrontés quotidiennement à ces questions se révèle ici indispensable.

L'Avis du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique¹⁰, fruit de trois années de réflexion, est porteur d'enseignement. Au sein du CCBB, le consensus est clair : **un fondement médical est nécessaire** pour que le médecin puisse procéder à l'euthanasie d'une personne.

Et bien qu'elle puisse donner lieu à une souffrance psychique insupportable, la « *fatigue de vivre* » à **elle seule** ne serait en aucun cas un « *fondement médical* », puisqu'elle est symptôme d'un **problème existentiel et/ou socio-économique**.

Pour nourrir et affiner sa position, le CCBB s'est inspiré du travail d'experts néerlandais, tels que la Commission consultative néerlandaise « *vie accomplie* » (la « Commission Schnabel »), la KNMG (Association royale des médecins des Pays-Bas), les Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (« RTE »), mais aussi et surtout du travail de la chercheuse **Els van Wijngaarden¹¹**.

Celle-ci a pu démontrer au terme d'une enquête menée sur le terrain à quel point la grande majorité des personnes affirmant leur « *vie accomplie* », vivent dans un état d'isolement et/ou de dépendance. Ces états sont sources d'exclusion progressive de la société et de souffrance psychique, raison pour laquelle ces personnes se « détachent » d'une vie qu'elles estiment finie et demandent la mort.

Le CCBB s'est également appuyé sur (i) les travaux préparatoires de la loi euthanasie belge, (ii) les recherches du groupe de travail « *Palliatieve zorg en Geriatrie* » de la Fédération flamande des soins palliatifs¹² et (iii) les rapports de la commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE).

(i) La position du législateur belge : les travaux préparatoires de la loi

Se fondant sur les déclarations de plusieurs sénateurs et députés au moment des débats parlementaires sur la loi euthanasie, en 2001-2002, le CCBB constate que « *le législateur n'avait aucune intention de rendre l'euthanasie accessible à toute personne en proie à une souffrance constante et insupportable sans pathologie sous-jacente... Approuver de telles demandes reviendrait à ouvrir la porte à*

⁹ Un dossier complet sur la situation aux Pays-Bas est disponible sur le site de l'Institut Européen de Bioéthique : <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20180413-dossier-vie-accomplie-pays-bas.pdf>.

¹⁰ Voir la [synthèse de cet Avis](#) sur le site de l'Institut Européen de Bioéthique.

¹¹ Els Van Wijngaarden, “*Voltooid Leven, over leven en willen sterven*”, Atlas Contact, Amsterdam, 2016. Pour une synthèse de son travail, voir le [Dossier de l'IEB sur la vie accomplie aux Pays-Bas](#).

¹² http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/Aankondigingen/oud_en_moe_van_dagen_levensmoeheid_bij_ouderen.pdf

une (forme extrême de) médicalisation dans des domaines où elle est absolument injustifiée »¹³.

(ii) Les recommandations pratiques du groupe de travail « *Palliatieve zorg and Geriatrie* » (PaGe) de la Fédération flamande des soins palliatifs¹⁴ :

Le groupe de travail PaGe a tenté de rassembler sous forme de fiche pratique (« flowchart ») les tenants et les aboutissants du sentiment de « fatigue de vivre », afin de permettre aux soignants de déceler et de mieux aborder ce problème avec leurs patients.

Dans un premier temps, ses membres constatent qu'en tant que médecins, ils sont régulièrement et, dans une mesure croissante - particulièrement en Flandre -, confrontés à des demandes d'euthanasie pour cause de fatigue de vivre.

Le PaGe insiste sur le fait que l'on ne peut réellement parler de fatigue de vivre que « *lorsque les principales raisons de la souffrance psychique du patient sont des facteurs non médicaux. Tant que les facteurs médicaux jouent un rôle prépondérant, la personne est probablement fatiguée de la maladie, du traitement, de sa lutte, mais pas nécessairement de la vie en elle-même* »¹⁵

Face à une demande d'euthanasie pour fatigue de vivre, l'enjeu pour tout soignant est donc de discerner ce qui sous-tend précisément la souffrance de la personne. Il est essentiel d'accorder suffisamment d'attention aux **causes non médicales d'une souffrance**. Un diagnostic précipité peut ici aussi provoquer la mort du patient.

Le flowchart met en lumière une multitude de facteurs **physiques** (pas nécessairement pathologiques), **psychiques**, **spirituels**, **existentiels** et **socio-économiques** qui constellent la situation d'une personne fatiguée de vivre.

Pour affiner la compréhension de ce qu'est la fatigue de vivre, le groupe de travail reprend la notion de « **frailty** ». Il la décrit comme un état de ressources réduites sur les plans physique, mental, affectif et social ; un état de vulnérabilité extrême qui débouche sur une dépendance accrue puis sur le décès.¹⁶ Tout comme une affection médicale, cette situation de fragilité exerce un impact déterminant sur la qualité de vie des personnes âgées.

Le PaGe indique que le débat autour de l'euthanasie pour « *fatigue de vivre* » se voit de plus en plus marqué par l'utilisation **de termes existentiels** plutôt que médicaux. Pour ces demandes d'euthanasie, il conviendrait dès lors, de faire intervenir d'autres acteurs, tels un psychiatre-gériatre, un psychologue, un assistant social ou même un conseiller laïque ou religieux.¹⁷

¹³ Avis n° 73, p. 57. Selon la Commission consultative néerlandaise « Schnabel », la pratique aux Pays-Bas révèle néanmoins qu'il est en réalité très rare que le sentiment de « vie accomplie » d'une personne qui demande l'euthanasie ne soit pas imbriqué dans une accumulation de problèmes de santé, de telle sorte que les exigences légales ne forment obstacle qu'au désir d'euthanasie d'une petite minorité de personnes. Voir *Adviescommissie « Voltooid leven »*, *Advies*, p. 15 & 230. Est-ce le cas également en Belgique?

¹⁴ N. Van Den Noortgate et al., “Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen”, in *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 72, nr. 3, 2016, p. 145-157.

¹⁵ N. Van Den Noortgate et al., “Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen”, in *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 72, nr. 3, 2016, p. 147 (http://mailsystem.palliatief.be/accounts/15/attachments/Aankondigingen/oud_en_moe_van_dagen_levensmoeheid_bij_ouderen.pdf) ; voy. aussi l'Avis n° 73 du CCBB, p.55.

¹⁶ CCBB, avis n° 73, p. 55.

¹⁷ CCBB, avis n° 73, p. 55.

Le PaGe remarque par ailleurs que de nombreux patients qui invoquent une « *fatigue de vivre* » ne désirent pas subir un traitement médical qui la prendrait en charge. Il soutient néanmoins que l'évaluation de cette souffrance et l'offre d'une aide aux patients « *fatigués* » de vivre relèvent encore du domaine médico-professionnel, et donc du médecin. Mais parce que, dans cette hypothèse particulière, la demande d'euthanasie éventuelle **n'entre pas de soi dans le cadre légal**, il peut être avisé de faire appel à l'expertise d'autres professionnels de la santé¹⁸, voire même d'une commission éthique multidisciplinaire. Certains membres du CCBB contestent cette nécessité de faire appel à une expertise extérieure. L'évaluation d'une demande d'euthanasie ne peut selon eux se faire qu'« en bonne intelligence avec le patient »¹⁹.

Le PaGe insiste enfin sur le fait que « *la fatigue de vivre est rarement un problème lié seulement à l'individu, mais souvent également un problème de société qu'il convient de solutionner par un débat éthique et social fondamental plutôt que par sa médicalisation*²⁰ ». Cet avis est rejoint par le CCBB, qui souligne que « *notre impuissance actuelle à apporter une réponse à ces problèmes ne doit pas servir d'argument pour faciliter l'euthanasie de ces personnes* »²¹. Au sein du PaGe et du



CCBB, personne ne semble mettre en doute que, dans le cadre de la loi, un **fondement médical est exigé** pour procéder à l'euthanasie. Mais que faut-il entendre par « *fondement médical* » ? Aussi surprenant que cela puisse paraître, **les experts du CCBB ne sont pas arrivés à se mettre d'accord sur ce point essentiel**.

Tous les membres du CCBB estiment que certaines formes de « *polypathologie* », soit le cumul de plusieurs pathologies de vieillesse, peuvent justifier l'euthanasie d'une personne, à condition que la souffrance insupportable et inapaisable dont celle-ci fait état soit effectivement provoquée **par sa « polypathologie » et qu'il n'y ait plus d'espoir sur le plan médical**. Certains membres craignent par contre que la notion soit interprétée d'une manière qui permette à chaque personne de plus d'un certain âge de satisfaire aux critères légaux si elle souhaite mourir.

Dans la pratique, les critères de la **loi belge relative à l'euthanasie empêchent-ils cette dérive ?** La loi requiert l'existence d'une souffrance insupportable causée par une affection pathologique *incurable*, et médicalement *grave*. Il est difficile d'affirmer que ces exigences forment un obstacle légal réel à l'euthanasie de nos aînés lassés de leur vie et de leur fragilité.

¹⁸ N. Van Den Noortgate et al., “Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen”, in *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 72, nr. 3, 2016, p. 146

¹⁹ CCBB, Avis p. 56.

²⁰ Idem, p 153 (traduit par le CCBB, avis n° 73, p. 54.

²¹ CCBB, Avis n° 73, p.58.

(iii) Ce que révèlent les rapports de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'euthanasie :

Depuis que la loi euthanasie a été adoptée en 2002, son champ d'application n'a cessé d'être élargi par voie d'interprétation.

Les travaux préparatoires de la loi indiquent que les patients dépressifs, déments ou atteints de la maladie d'Alzheimer n'étaient initialement pas visés par la loi²². Il s'agit aujourd'hui de diagnostics courants avant une euthanasie²³, approuvés par la CFCEE.

Luc Van Gorp, directeur des Mutualités chrétiennes, soutient même que dans les faits, les *euthanasies, ont de plus en plus lieu en maison de repos et en raison d'une « fatigue de vivre »*²⁴.

Si cela s'avère exact, ces dossiers d'euthanasie-là sont également évalués par la CFCEE dans le cadre de sa mission de contrôle. Pourquoi n'en fait-elle pas état? Si les termes « *fatigue de vivre* » n'apparaissent pas dans les causes ayant justifié une euthanasie, les symptômes qui la caractérisent sont par contre bien énoncés dans les rapports de la Commission.



Les derniers rapports de la Commission ont été analysés par deux médecins membres de celle-ci, Luc Proot et Willem Distelmans. Selon eux, 870 personnes ont été euthanasiées pour cause de « *polypathologie* » entre 2012 et 2015. Parmi elles, 40 % ont fait état de leur **souffrance existentielle** (perte de sens et d'espoir) et 40 % de souffrance **psycho-émotionnelle** (déprime et sentiment d'indignité). Près de 220 personnes (25 %) ont également partagé leur **souffrance sociale**.

Pour **47 personnes**, ces souffrances psychiques ont été la raison principale de leur euthanasie. La CFCEE semble avoir jugés tous ces cas comme étant conformes à la loi.

La fatigue de vivre comme cause explicite d'euthanasie d'une personne n'est pas inconnue de la CFCEE. Madame Jacqueline Herremans, membre de la CFCEE et présidente de l'ADMD, estime que « *si le diagnostic posé est « fatigue de vivre », on (la Commission) écrit au médecin pour dire que ce n'est pas un diagnostic pouvant à lui seul justifier une euthanasie. Le législateur demande la cause, l'affection médicale grave et incurable qui est à l'origine des souffrances invoquées par le patient* ».²⁵ Si le ton se veut rassurant sur la qualité de contrôle exercé par la CFCEE, cette intervention confirme les propos tenus par Luc Van Gorp, repris ci-dessus.

²² Avis CCBB n° 73, p. 52, citant le Projet de loi relatif à l'euthanasie, *Doc. Parl, Chambre 2001-02, n° 50, 1488/005, 9.*

²³ Voy. CFCEE, Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015, p. 36.

²⁴ <https://www.knack.be/nieuws/belgie/cm-topman-luc-van-gorp-de-volgende-generaties-zullen-euthanasie-vragen-voor-ze-zorgbehoedend-worden/article-longread-928817.html>

²⁵ *Journal du Médecin*, n° 2526, 26 janvier 2018, p. 11

Au-delà de ce constat, se pose également la question de la forte augmentation des euthanasies pour cause de « **polypathologie** » depuis 2013. Celle-ci représente aujourd’hui le **second diagnostic** menant à l’euthanasie **en termes de fréquence**, indique le septième et dernier rapport de la CFCEE. Dans la moitié des cas, pas une seule des affections dont était atteinte la personne n’était terminale²⁶. La « polypathologie » se rencontre principalement chez des personnes de 70 ans et plus. La liste des affections médicales que recouvre cette « **nouvelle** » maladie de vieillesse est vaste²⁷. La réaction que la CFCEE adopte face à ces euthanasies inquiète une partie du CCBB. Dans son rapport de 2012-2013, la Commission annonçait en effet, que « *chez les patients d’âge avancé, la distinction entre les souffrances liées à des pathologies et celles qui seraient “normales” pour l’âge, a parfois donné lieu à des divergences de vues entre la majorité de la commission et certains de ses membres* ».²⁸

En effet, « *dans de rares cas de patients d’âge très avancé atteints de pathologies incurables multiples, certains membres de la commission ont estimé que la souffrance et la demande d’euthanasie étaient liées aux conséquences naturelles liées à l’âge plutôt qu’aux affections dont ces patients étaient atteints.* » Malgré les doutes émis par certains de ses membres, la CFCEE a jugé toutes ces euthanasies conformes à la loi. Mais « *cela ne signifie absolument pas que la Commission considère l’âge avancé comme étant une maladie ! En l’absence d’affections médicales graves et incurables, l’âge avancé ou la fatigue de vivre ne justifient pas l’euthanasie* »²⁹.

Toutefois, si l’accumulation fort fréquente en fin de vie de plusieurs affections liées à l’âge suffit à remplir les exigences légales encadrant l’euthanasie, ne permet-elle pas à l’immense majorité des personnes vieillissantes d’entrer en ligne de compte pour l’euthanasie si elles le

²⁶ CFCEE, Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015, p. 5 à 7 :

http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf.

²⁷ La CFCEE cite comme exemple, dans son septième rapport, p.26 :

- o les **troubles de la marche et de la mobilité** consécutifs à une polyostéoporose, fractures par compression (tassemement) des vertèbres, chutes, etc. qui s’accompagnent de douleurs prononcées ou non et d’une forte limitation des mouvements du patient, résultant en une perte d’autonomie ;
- o les **troubles de la vue, allant jusqu’à une cécité** bilatérale, avec pour conséquence que le patient n’est plus en mesure de lire un journal ou un livre ou de regarder la télévision, qu’il devient de plus en plus dépendant des soins et que cela a pour effet de l’isoler de ses contacts sociaux ;
- o les **maladies du système nerveux** telles que la maladie de Parkinson ou les séquelles d’une thrombose (AVC) aggravant la dépendance aux soins des patients concernés ;
- o les **troubles de l’audition**, allant jusqu’à une surdité complète, qui empêchent le patient d’avoir des contacts ;
- o les **pathologies cardiaques avancées à terminales** et les **affections pulmonaires chroniques** (classée « GOLD » 3 à 4) qui limitent les capacités physiques du patient concerné et réduisent l’espace de vie à une seule pièce. La vie sociale s’en trouve réduite à un tel point que la solitude s’installe ;
- o l’**incontinence à la fois urinaire et fécale**, ce qui est ressenti par certains comme une atteinte à leur dignité ;
- o le **début de démence** qui fait craindre à la personne âgée un long déclin mental et cognitif avec, au final, la perte de sa personnalité ;
- o la **cachexie et le dépérissement physique** marqués irréversibles et intraitables, donnant lieu à un alitement continu.

²⁸ Voy. CFCEE, Sixième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015 , p. 27, disponible via http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluati_ecommissie_euthanasie-fr/19097638_fr.pdf.

²⁹ Voy. CFCEE, Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015 , p. 27, disponible via http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf.

souhaitent ? interrogent certains membres du CCBB.³⁰ On s'éloignerait drastiquement ici, craignent-ils, de la volonté initiale du législateur de garder l'euthanasie comme option de 'dernier ressort'.³¹ Le Docteur Nele van den Noordgate, chef de service de gériatrie à l'UZ Gent, reconnaît que parmi ses collègues, certains approuvent la demande d'euthanasie d'une personne âgée dès qu'ils constatent que ses facultés auditives et visuelles sont atteintes, sans qu'il y ait, selon elle, de réel lien entre cette affection et la demande d'euthanasie formulée³².

Dans quelle mesure la CFCEE peut-elle par ailleurs contrôler *post mortem* que la « *polypathologie* » déclarée comme cause d'une euthanasie était la principale source de souffrance?

L'évaluation d'une demande d'euthanasie pour « *polypathologie* » est extrêmement complexe, souligne Willem Lemmens, éthicien à l'Université d'Anvers. Comment déterminer avec certitude si la cause réelle du désir d'euthanasie est la pathologie ou une perte de goût à la vie ? Dans la pratique médicale, constate-t-il, l'euthanasie pour fatigue de vivre est devenue quelque chose d'évident. Certains médecins apportent d'eux-mêmes, probablement inconsciemment, précise-t-il, les raisons médicales, afin de pouvoir approuver la demande d'une personne profondément lassée de vivre.³³

Force est de constater que la plupart des personnes en demande d'euthanasie pour « *fatigue de vivre* » cumulent en réalité souffrance existentielle et médicale, ce qui permet de procéder à l'euthanasie d'une partie probablement significative de ces patients-là.

Ne faut-il pas empêcher que cette superposition des motifs ne détourne le politique des causes véritables sous-jacentes à cette souffrance existentielle ?

Pour l'instant, la seule solution politique proposée contre le problème de « *fatigue de vivre* » a été d'élargir la loi relative à l'euthanasie. Mais est-ce une bonne manière de régler les souffrances existentielles qui se cachent ici ? Pouvons-nous considérer cette « *fatigue* » comme un « fait accompli », sans issue ? Où se situe, à son égard, la responsabilité de la société ?

Il s'agit ici à nouveau, tel que l'avait exprimé le Dr Joris Vandenberghé au sujet de patients psychiatriques euthanasiés, d'éviter que des personnes ne meurent trop tôt, alors qu'il était encore possible de leur venir en aide.

Conclusion

Si des personnes désirent d'autant plus mourir qu'elles souffrent de leur vulnérabilité, de leur solitude et de leur dépendance, la manière dont la société tout entière prend en charge ces fragilités peut se révéler décisive.

Le professeur Wim Distelmans (VUB), médecin oncologue à l'UZB, souligne que l'accompagnement proposé en maison de repos et de soins ne répond pas aux aspirations légitimes de toute personne. A défaut d'y remédier, la demande d'euthanasie pour « *fatigue de vivre* » ne fera qu'augmenter selon lui.³⁴

³⁰ CCBB, Avis, p. 58.

³¹ CCBB, Avis, p. 59.

³² <http://leif.be/data/press-articles/Knack.be - Willen we bejaarden helpen met zelfdoding 23-08-17.pdf>

³³ <http://leif.be/data/press-articles/Knack.be - Willen we bejaarden helpen met zelfdoding 23-08-17.pdf> p. 2.

³⁴ <http://www.knack.be/nieuws/belgie/euthanasiespecialist-wim-distelmans-lijdend-in-je-hoofd-is-het-echte-ondraaglijke-lijdend/article-longread-960679.html>

Autoriser l'euthanasie comme **réponse à une souffrance non pathologique** pourrait affecter gravement le regard que nous portons sur la médecine et sur l'ordre sociétal, souligne encore le CCBB.

Que proposer aux personnes âgées qui voient leur environnement social se dégrader et pensent n'avoir plus rien à offrir à la société ?³⁵

Els van Wijngaarden a montré à quel point la « décision » prise par une personne lassée de vivre est ambivalente. Hors du circuit des relations et détachée de tout ce qui pourrait la rattacher à la vie, elle ne peut poser de choix réellement libre, puisqu'aucune alternative ne s'offre à elle. À partir d'un certain niveau de dépendance, ces alternatives doivent être offertes par l'entourage, lui-même soutenu par la collectivité.

Il est possible que même dans l'environnement le plus compréhensif, apaisant et soutenant, des personnes persistent dans leur souhait d'euthanasie. Néanmoins, n'est-il pas de la responsabilité de la collectivité de garantir avoir tout fait pour éviter qu'un patient n'en vienne, de par son isolement, à considérer sa mort accélérée comme l'unique voie possible.

³⁵https://www.standaard.be/cnt/dmf20171202_03220767