

# L'euthanasie et le détournement de la clause de conscience

## *Euthanasia and the abuse of conscience clause concept*

**D. Lossignol**

Service de Médecine interne, Unité aigüe de soins supportifs, Institut Jules Bordet

### RESUME

*La loi belge qui dépénalise l'euthanasie sous conditions a quatorze ans. Depuis sa mise en application en septembre 2002, plus de 10.000 cas ont été rapportés à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCEE).*

*Le concept de clause de conscience est abordé dans sa dimension individuelle mais également dans le cadre d'un usage institutionnel potentiel. Indépendamment de l'importance que revêtent la clause de conscience et l'intégrité morale, leur usage dans le cadre des soins de santé s'avère parfois abusif et devrait davantage être encadré.*

*Rev Med Brux 2016 ; 37 : 384-9*

### ABSTRACT

*Since 2002, the Belgian legal framework authorizes the practice of euthanasia, under certain clear conditions. All cases have to be reported to the Assessment and Control Commission (ACC). To date, more than 10.000 cases have been reported since 2002.*

*The concept of individual conscience clause is of concern and its use in an institutional dimension is analysed. The role of moral integrity and conscience clause in health care should be downplayed in the field of medicine's core values.*

*Rev Med Brux 2016 ; 37 : 384-9*

*Key words : euthanasie, conscience clause*

### INTRODUCTION

La loi belge qui dépénalise l'euthanasie sous conditions a quatorze ans. Elle est entrée en vigueur le 22 septembre 2002 et le premier cas déclaré le sera le 30 septembre de la même année. Depuis, plus de 10.000 cas ont été rapportés à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCEE). Le texte de la loi précise les conditions qui encadrent la pratique. Si tous les éléments du texte sont d'égale importance, certains points méritent d'être rappelés : c'est le patient, et non une tierce personne, qui fait la demande en pleine conscience (s'il n'est plus conscient, ses volontés rédigées sous la forme de directives anticipées doivent être respectées), et nul n'est obligé de participer à une euthanasie. Les conditions relatives à l'affection (grave et incurable) ne concernent pas que la phase terminale, dont la définition temporelle rend son usage impossible, tant sur un plan juridique que pratique mais concerne toute situation grave et incurable, cause de souffrances physiques et/ou psychiques inapaisables, un deuxième médecin (lorsque le décès est prévisible à brève échéance, c'est-à-dire dans un délai de quelques jours à quelques mois), voire un troisième médecin (en cas

de décès non prévisible à brève échéance) devront donner un avis sur la situation clinique, le médecin devra rencontrer toutes les personnes désignées par le patient, s'entretenir avec l'équipe soignante. Le médecin qui pratique une euthanasie reste présent durant tout le processus et adresse ensuite, dans les 4 jours ouvrables, un rapport à la CFCEE, rapport comprenant un premier volet, confidentiel (qui ne sera ouvert qu'en cas de demande d'informations complémentaires) et un second volet anonymisé qui mentionne tous les intervenants, décrit toute la procédure, y compris la manière dont l'euthanasie a été pratiquée. Le médecin ne commet pas d'infraction si les termes de la loi sont respectés. Il n'y a donc pas de "légalisation" de l'euthanasie en Belgique<sup>1</sup>. Notons que le texte ne définit pas les concepts de souffrance, d'affection, d'incurabilité et ne donne aucune indication concernant la ou les méthodes à utiliser. Ce n'est d'ailleurs pas son rôle. De même, le texte n'est pas contraignant ni en ce qui concerne le patient (il n'y a pas de droit-créance) ni en ce qui concerne le médecin.

A ce sujet, le cadre légal précise que " *Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas*

*d'infraction s'il s'est assuré que (suivent toutes les conditions requises) :... " (Chapitre II, Art 3, § 1<sup>er</sup>). En particulier, le texte aborde la question de la clause de conscience mais sans la nommer : " *Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie* " et " *Aucune personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient* " (Chapitre VI, Art 14).*

Le médecin peut donc refuser de poser un geste médical mais en principe, sans que cela n'impose un préjudice envers le patient, d'où l'importance de la procédure visant à trouver un autre médecin, notamment en transférant le dossier. Le médecin ne doit mentionner au dossier que les raisons médicales de son refus et pas les autres considérations même s'il doit les exposer au patient. Ce dernier point relève de l'expression de la clause de conscience. Dans ce qui suit, nous aborderons les éléments mobilisés concernant la clause de conscience, leur application et aussi leurs limites. Il est utile de rappeler que le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (CCBB) a rendu un avis sur les aspects éthiques de l'application de la loi de 2002 (Avis N° 59) traitant essentiellement de l'usage de la clause de conscience<sup>2</sup>. Certains éléments de ce rapport seront repris dans le texte.

Une loi concernant les mineurs a été promulguée en mars 2014. A ce jour, aucun cas d'euthanasie d'un patient mineur n'a été rapporté.

## **CLAUSE DE CONSCIENCE-LIBERTE DE CONSCIENCE**

La question première est de définir ce que l'on entend par clause de conscience et de comprendre comment elle peut s'articuler au sein du colloque singulier. Il conviendra ensuite de mesurer la portée effective de celle-ci dans le cadre de décisions médicales et de déterminer si elle peut entrer en opposition avec la liberté d'autrui, si elle permet d'opposer des valeurs personnelles et des valeurs universelles.

La clause de conscience, par nature individuelle, est en lien direct avec la liberté de conscience mais la valeur qu'on lui accorde va dépendre des convictions qui animent l'agent et par-delà du contexte. (Elle ne correspond pas à l'objection de conscience qui s'applique lorsqu'il y a la volonté de s'opposer à une loi). Il peut s'agir de conceptions religieuses, philosophiques ou morales dont certaines ont valeur de dogmes intangibles, parfois au-dessus des lois comme c'est le fait de certaines religions. Le refus de l'argument d'autorité est par contre l'expression même du libre choix, en pleine conscience. L'expression de la clause de conscience est parfois invoquée dans le cadre du respect de l'intégrité morale de la personne

qui y fait référence pour justifier sa décision. Elle sera utilisée selon certaines circonstances et, en médecine, essentiellement lorsqu'il est question d'avortement, d'aide médicale à mourir ou de maintien de la vie (soins intensifs), de contraception, mais également dans le cadre d'examen physique d'une personne de l'autre sexe et plus rarement en cas de trouble de l'identité de l'intégrité du corps (*Body Integrity Identity Disorder*) et de demande d'amputation d'un membre sain (apotemnophilie). Les arguments sur lesquels s'appuie la clause de conscience ne sont pas exclusivement médicaux et peuvent parfois être en contradiction avec les valeurs fondamentales de la médecine, comme les principes de justice, d'équité, du respect de l'autonomie.

La question est de savoir si le fait de répondre favorablement à une demande d'euthanasie peut porter atteinte à l'intégrité morale du médecin. Dépénaliser sous conditions l'euthanasie constitue-t-il une action qui remet en question les valeurs de la médecine, met-elle la société en péril ? Cette question n'aurait de sens que si la loi obligeait, soit de demander, soit de pratiquer l'euthanasie, soit les deux à la fois, ce qui n'est pas le cas. Le choix de refuser le geste, s'il s'appuie sur des considérations personnelles, pose la question du respect de l'autonomie du patient, lui-même dans une situation de vulnérabilité non symétrique, excepté si on invoque le caractère sacré de la vie, valeur par ailleurs toute relative et non partagée par tous.

Si l'on s'en tient au point de vue du patient lui-même, les distinctions réflexives ou intuitives entre faire mourir et laisser mourir sont bien moins pertinentes, étant donné que c'est ce qu'attend le malade, pour autant que lui soient évitées douleur, détérioration cognitive et souffrance inutiles. Le débat est cependant tronqué pour le patient dans sa nouvelle identité de personne vulnérable, puisque la personne à qui il fait la demande, c'est-à-dire un médecin, peut lui opposer une fin de non-recevoir au nom de valeurs non partagées. Il y a bien là une inégalité de fait.

## **CODE DE DEONTOLOGIE**

Historiquement, le code de déontologie médicale de Belgique condamne toute aide médicale active à mourir. Toutefois, le code a été modifié au cours du temps afin de rester en phase avec l'évolution des idées et de la pratique. On retrouve au chapitre consacré à la vie finissante ceci : " *Le médecin informe le patient, en temps opportun et de manière claire, du soutien médical qu'il est disposé à lui apporter lors de la vie finissante. Le patient doit avoir le temps nécessaire pour recueillir un deuxième avis médical* " (Art.95). S'il n'est pas directement fait allusion à la clause de conscience, elle est implicite et le code prévoit ce cas de figure. Le soutien possible peut donc avoir ses limites décidées par le médecin.

Le code de déontologie belge devenu plus cohérent par rapport à la pratique en ne condamnant pas le geste euthanasique et en laissant au médecin le

choix de la clause de conscience, sans toutefois en préciser les limites. Cela pose cependant deux questions essentielles : 1°/ Si l'on est, par principe opposé à l'euthanasie, comment, cautionner la pratique de ce geste ailleurs, effectué par un confrère ? (Corollaire : est-il acceptable d'informer le patient sur le sujet et de l'aider dans sa démarche ?) Et 2°/ Laisser mourir est-il plus moral qu'aider à mourir ? La clause de conscience n'est pas un concept intangible ni systématiquement cohérent parce que dans la pratique, il n'y a pas d'arguments solides pour répondre à ces deux questions sans se perdre dans des contradictions. Elles renvoient au fait que la prise de responsabilités en matière de fin de vie va largement dépendre de la volonté de réflexion du médecin et qu'il est plus facile de " fermer les yeux " sur un problème en le déléguant à d'autres, un peu selon le principe du NIMBY- " *Not in My back Yard* " <sup>3</sup>, que de l'assumer pleinement. Il existe en effet un détournement moral entre " agir " et " laisser faire ", ce qui sur le fond est discutable puisque l'inaction produit un effet et dans le cadre de la seconde question, on pourrait même évoquer le culte de l'agonie ou du moins la volonté d'imposer une mort dans des conditions non souhaitées par le patient.

Toutefois, si les convictions philosophiques ou religieuses en présence sont considérées comme incompatibles, un médecin se doit d'en faire état mais sans imposer un préjudice au patient, sans le culpabiliser, ni faire pression sur lui pour qu'il renonce, ce qui serait abuser d'une position dominante et attenter à la liberté du patient. C'est bien là que se situe le problème de la clause de conscience puisqu'elle a le degré et l'ampleur que le médecin veut bien lui donner, selon les circonstances. L'influence des convictions religieuses dans le processus décisionnel médical est peu étudiée mais les quelques publications qui en font état démontrent que la neutralité éthique n'est pas toujours respectée<sup>4</sup>. Cela est d'autant plus inquiétant que les convictions et les positions éthiques des soignants ne sont pas toujours clairement affichées et qu'il n'est pas possible de savoir jusqu'à quel degré elles interviennent (traitement de la douleur, déclaration anticipée, procréation, contraception) sans parler des influences des origines ethniques ou des influences culturelles. Ce n'est pas par hasard si certains auteurs évoquent le caractère " anémique " du concept de clause de conscience lorsque celle-ci remet en question la validité des valeurs éthiques<sup>5</sup> ou le fait qu'il puisse être invoqué pour des raisons non morales<sup>6-8</sup>. De ce fait, l'argument de la clause de conscience peut s'apparenter à un refus qui n'est pas lié à des considérations éthiques mais plutôt personnelles, comme par exemple l'inconfort à accomplir une tâche qui s'avérerait fastidieuse et vécue comme un fardeau : suivi de la demande, entretiens avec les différentes parties, demandes d'avis, formalités administratives, etc. ou encore en fonction des circonstances liées au patient : en dehors de toute considération morale, ce que le médecin aurait tout loisir de nier en avançant simplement sa clause de conscience<sup>6</sup>.

Face à ce type de contingence, il est légitime de se poser une question essentielle : La souffrance du patient aurait-elle moins de poids que les valeurs morales du soignant ? Cela reste de notre point de vue très discutable, d'autant plus que cela laisse le patient dans une situation pénible avec l'obligation de devoir se tourner vers un autre médecin dans l'espoir éventuel d'être entendu. Comme le précise Giubilini, il n'existe aucun argument permettant d'affirmer que la détresse du patient sera moindre en cas de refus, que le poids moral que devra supporter un soignant s'il accepte de poser le geste<sup>5</sup>.

Partant du principe qu'il n'y a pas une morale ou éthique supérieure aux autres, ce qui renvoie au relativisme ou au subjectivisme, l'argument de la clause de conscience ne peut être absolu. Voyons ce qu'il en est au niveau institutionnel.

### **CLAUSE DE CONSCIENCE " COLLECTIVE " OU " INSTITUTIONNELLE "**

La liberté de conscience, et sa corollaire la clause de conscience, est par nature individuelle mais si cette liberté peut conduire à l'expression d'une clause de conscience transposée à un niveau collectif, cela pose évidemment question puisqu'il faut assumer le fait que les membres de cette collectivité partagent intégralement et invariablement la même position à propos de sujets précis et que tout un chacun pense de la même manière. Il ne s'agit en fait que d'une conception communautarienne voire idéologique de la liberté de conscience, qui n'a de liberté que le nom, puisqu'elle la détourne de son sens premier. *Obéissant à des normes intangibles et imposées, l'exercice de la liberté de conscience n'est plus alors qu'un paravent sémantique pour imposer une pensée unique. Si celle-ci reste interne et limitée à la communauté, et que ses membres acceptent les règles d'une vie en autarcie, cela serait encore acceptable. Mais si cela est ensuite dirigé vers l'extérieur et vise à critiquer, condamner, interdire voire punir certaines actions par ailleurs tout à fait légales dans un État de droit, on se trouve alors dans une situation d'atteinte à la liberté d'autrui et même de négation de l'État lui-même. C'est le fait de tous les intégrismes<sup>9</sup>.*

Dans le cadre de la pratique de l'euthanasie, l'expression de la clause de conscience collective n'est pas autre chose. Cela correspond à une forme d'acharnement herméneutique visant à " décoder " la demande, ce qui est assimilable à une inquisition sur les motivations du patient dont l'objectif est de refuser toute demande d'euthanasie ou à en interdire la pratique dans un établissement de soins. Cette clause de conscience collective devient de la sorte la négation de la liberté individuelle, autant celle des patients que celle des soignants, qui seraient dépossédés de leur liberté thérapeutique et de leur sens moral. Il n'y aurait qu'une seule réponse, toujours négative, peu importe le contexte de la demande. Il n'est pas inutile de rappeler, comme le précise le CCBB dans son avis N°59, que les institutions ne sont pas les destinataires

de la loi et que par conséquent, elles ne peuvent en détourner l'esprit. De même, cela pose un certain nombre de questions dans la pratique.

Tous les patients ne demandent pas l'euthanasie et des soins palliatifs exclusifs peuvent être l'option choisie, mais on ne peut faire l'impasse sur le fait qu'un parcours médical peut se modifier de façon inattendue et mener le malade vers une situation devenue tout autant imprévisible qu'intolérable. Si cette personne exprime alors d'autres volontés et que celles-ci ne sont pas respectées, cela pose un problème éthique majeur. De plus, toutes les demandes n'aboutissent pas à un acte d'euthanasie et refuser systématiquement d'assurer le suivi de patients qui ont évoqué le sujet risque d'écarter ceux-ci de soins auxquels ils pourraient prétendre<sup>1</sup>.

En appliquant la clause de conscience collective, on impose au patient une fin de vie non désirée, l'obligeant à accepter des soins qu'il ne souhaite plus. Le patient n'est plus respecté en tant que personne mais traité comme objet de soins, instrumentalisé au nom de valeurs imposées. Cette rigidité dans la pratique évacue toute notion de justice, d'autonomie et de bienfaisance en opposant un argument d'autorité. Dans de telles circonstances, les patients ne sont pas discriminés en tant que minorité mais en tant que personnes vulnérables. C'est tout aussi condamnable et en opposition ouverte avec la conception d'une société laïque. On peut dès lors se poser la question de la valeur morale des personnes qui décident en lieu et place du patient de ce qui est bon et juste pour lui. Une structure de soins se doit d'être pluraliste quand bien même elle dépendrait d'une autorité aux convictions philosophiques déclarées. Elle ne peut devenir un lieu de prosélytisme mais c'est ce qui risque d'advenir si la clause de conscience institutionnelle est appliquée.

La clause de conscience institutionnelle est à la fois un danger pour la liberté de conscience individuelle, mais aussi une menace pour un état laïque qui ne serait plus qu'une coquille vide entourée de structures " totalitaires " <sup>9</sup>.

Rappelons que dans son Avis N° 59, le CCBB précise que les seules politiques institutionnelles qui soient valides sont celles qui ne mettent pas en échec le droit fondamental à l'autodétermination du patient et qui soient suffisamment transparentes pour ne pas mettre ce dernier dans une impasse<sup>2</sup>. La liberté de conscience, même au sein d'une institution doit rester une valeur individuelle. Il n'est pas concevable que la clause de conscience soit systématiquement au-dessus des valeurs et des obligations qui régissent la pratique médicale<sup>10-12</sup>.

## REFLEXION PRAGMATIQUE

En regard d'une clause de conscience institutionnelle négative, qui interdit, examinons la situation sous une forme positive en envisageant trois

cas de figure à savoir, 1°/ celui d'une institution qui accepte la pratique de l'euthanasie en laissant la liberté du choix du médecin, 2°/ celui d'une institution qui imposerait la pratique de l'euthanasie à tous les médecins en cas de demande, légale par ailleurs, et enfin 3°/ celui d'une institution spécifiquement, voire exclusivement, dédiée à la pratique.

Le premier cas est celui qui rencontre le mieux le respect de la liberté de conscience de chacun et est celui qui se retrouve en Belgique, en principe, dans la plupart des institutions de soins. Cela ne concerne pas certaines unités de soins palliatifs qui sont en opposition de fait avec la pratique de l'euthanasie. Signalons toutefois que des structures palliatives laïques acceptent des patients qui font une demande d'euthanasie et que celle-ci est respectée. Le cadre légal est appliqué et le patient reste au centre du processus décisionnel. Il n'existe aucun cas qui réponde aux caractéristiques de la deuxième possibilité et c'est fort heureux. Cela serait l'autre face de la même pièce de la clause de conscience institutionnelle négative et donc tout aussi condamnable par ailleurs. Cette fiction prend des allures totalitaires que nous ne cautionnons évidemment pas.

Le troisième cas, qui n'existe pas encore dans les faits, pose un problème éthique majeur. Il s'agirait de créer une structure exclusivement destinée à la pratique de l'euthanasie, avec un personnel médical et paramédical spécifique et favorable au principe, et donc clairement identifié. Cela permettrait de répondre aux demandes refusées ailleurs ou non réalisables au domicile pour des raisons pratiques. Si l'intention est louable, elle n'en est pas moins grevée d'un certain nombre de problèmes. D'une part, il y aurait un déplacement de la responsabilité médicale vers d'autres lieux, rejoignant le " principe du NIMBY ", mais avec en plus un effacement de l'intimité de la demande du patient qui serait identifié comme " demandeur d'euthanasie " dès lors qu'il franchirait la porte de l'établissement. On voit mal comment cela serait vécu et apprécié sereinement par la personne et son entourage. D'autre part, il y a la stigmatisation du personnel et surtout son implication émotionnelle qui à termes serait certainement ébranlée par une pratique immuable. Ce dernier cas de figure n'est pas tenable et doit céder la place à une meilleure formation des soignants en matière de gestion de la fin de vie<sup>9</sup>.

La notion de clause de conscience " positive " est un concept essentiel mais en pratique, elle ne devrait s'appliquer qu'à la situation prévue par le cadre légal c'est-à-dire dans le respect de la liberté de conscience et de l'identité de chacun, mais de façon sincère et transparente. Elle reste avant tout une valeur personnelle.

## POLITIQUES INSTITUTIONNELLES, CLAUSE DE CONSCIENCE ET FIN DE VIE

En tenant compte de ce qui précède et puisque la question fait débat en Belgique, est-il malgré tout



possible d'appliquer une clause de conscience à une structure de soins autrement dit à une institution hospitalière ou une maison de repos ? Pour répondre par l'affirmative, il faudrait tout d'abord qu'une institution puisse être dotée d'une " conscience ", ce qui étymologiquement et philosophiquement est discutable. Certains rétorqueront que dans les faits, une institution peut se présenter au nom de valeurs, philosophiques ou religieuses et que par conséquent, cela correspond à une " conscience " d'institution partagée par ses membres. Ce détournement sémantique n'en est pas moins un subterfuge un peu grossier. Il faudrait plutôt parler de règlement intérieur, de code de conduite, pour autant que cela n'aille pas à l'encontre du cadre légal mais cela n'a rien à voir avec le concept de conscience. Il ne saurait donc être question de conscience institutionnelle mais bien de politique institutionnelle, terminologie finalement plus adéquate, quand bien même on évoquerait la " conscience professionnelle " qui relève de la déontologie. Pour autant, cette politique peut prendre différentes formes<sup>9</sup> :

La première consiste à dissuader autant que possible le personnel de l'institution à participer de quelque manière que ce soit à une euthanasie, soit par l'intermédiaire de messages clairs liés au règlement de travail, soit par l'intermédiaire de messages informels lors des entretiens d'embauche. Cela concerne tous les acteurs potentiels, médecins, infirmières, prestataires de soins. L'ampleur de la pression exercée reste difficilement mesurable.

La seconde consiste à imposer davantage de conditions comme le passage obligatoire par une structure de soins palliatif (" filtre palliatif "), la demande systématique de l'autorisation du comité d'éthique ou d'une autre instance dédiée à l'évaluation des demandes d'euthanasie (" Structure d'aide à la décision ") ou même à exiger que le patient renonce à sa demande s'il souhaite être soigné dans l'institution. Tous ces éléments mettent à mal la relation thérapeutique et le colloque singulier entre le médecin et le patient.

Si quand bien même une institution se positionne par rapport à la pratique de l'euthanasie, cela est rarement explicite et les patients ne sont pas systématiquement informés de la politique en vigueur, ou alors fort tardivement lors d'une demande, ce qui est une pratique arbitraire.

Imposer un " filtre palliatif " à tout patient qui évoque l'euthanasie est une position défendue par certains membres du CCBB qui estiment que des soins palliatifs de qualité feront disparaître la demande<sup>2</sup>. C'est en cela discutable puisque d'une part, les " meilleurs soins palliatifs " ne peuvent résoudre tous les problèmes de fin de vie et que d'autre part, la plupart des patients qui ont obtenu une euthanasie avaient déjà bénéficié de soins palliatifs, voir à ce sujet les différents rapports de la CFCEE dont le dernier publié en 2014<sup>13</sup>.

Enfin, suite au débat concernant l'aide médicale

en fin de vie en Colombie, la position juridique précise que l'objection de conscience ne peut aller à l'encontre du droit des gens à bénéficier d'une mort digne<sup>14</sup>. Cela n'est certainement pas sans importance.

## CONCLUSION

La liberté de conscience est un droit tout comme l'expression de la clause de conscience dont elle est une des manifestations. Cette dernière n'est cependant pas un droit absolu et se doit d'être pondérée en fonction des valeurs en présence.

Dans le cadre de l'euthanasie, et même si le législateur laisse une grande latitude aux médecins pour refuser de poser un geste " contre sa conscience ", il convient avant tout de ne pas perdre de vue qu'il y a une dissymétrie de fait entre le patient et le médecin et que temporalités et souffrances en présence ne sont pas du même ordre. Affirmer le contraire est une erreur et laisser le patient dans un désarroi duquel il ne pourra se soustraire, ou alors au prix d'un parcours pénible, pose une question éthique majeure. D'autre part, refuser un geste au nom de valeurs morales non partagées mais accepter qu'il soit posé ailleurs questionne le fondement même de ces valeurs.

Si la clause de conscience peut malgré tout s'exprimer à titre individuel, son application à l'échelle d'une institution s'apparente davantage à un diktat totalitaire qu'au respect du libre exercice d'une profession qui, faut-il le rappeler, est avant tout " au service du malade ". Le détournement de la clause de conscience relève de l'abus de pouvoir et ne devrait pas être accepté dans un pays démocratique.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lossignol D : Euthanasia 2002-2014 : The situation in Belgium. *Rev Mal Respir* 2015. pii : S0761-8425(15)00370-8. Doi : 10.1016/j.rmr.2015.10.006 (Epub ahead of print)
2. Comité consultatif de Bioéthique de Belgique : Avis n°59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie
3. Shem S : *The House of God*. London, Black Swan, 1985
4. Curlin FA, Nwodim C, Vance JL, Chin MH, Lantos JD : To die, to sleep : US physician's religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal life support. *Am J Hosp Palliat Care* 2008 ; 25 : 112-20
5. Giubilini A : The paradox of conscientious objection and the anemic concept of 3 conscience 3 : Downplaying the role of moral integrity in health care. *Kennedy Inst Ethics J* 2014 ; 24 : 159-85
6. Deans Z : Might a conscience clause be used for non-moral or prejudiced reasons ? *J Med Ethics* 2016 ; 42 : 76-7
7. Brock DW : Conscientious refusal by physician and pharmacist : who is obligated to do what, and why ? *Theor Med Bioeth* 2008 ; 29 : 187-200

8. Wicclair MR : Conscientious objection in medicine. *Bioethics* 2000 ; 14 : 205-27
9. Lossignol D : En notre âme et conscience. Fin de vie et éthique médicale. Bruxelles, Espace de libertés, 2014
10. Sulmasy DP : What is conscience and why is respect for it so important ? *Theor Med Bioeth* 2008 ; 29 :135-49
11. Berlinger N : When policy produces moral distress : Reclaiming conscience. *Hastings Cent Rep* 2016 ; 46 : 32-4
12. Cribb A : Integrity at work : Managing routine moral stress in professional roles. *Nurs Philos* 2011 ; 12 : 119-27
13. De Bondt W, De Groot E, Englert M, Herremans J, Proot L, Thomas JM : Sixième rapport aux chambres législatives (Année 2012-2013). Bruxelles, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, 2014.  
[http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale\\_controle\\_en\\_evaluatiecommissie\\_euthanasie-fr/19097638\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/19097638_fr.pdf)

14. Rodrigues Torres JH : The right to die with dignity and conscientious objection. *Colomb Med* 2015 ; 46 : 52-3

**Correspondance et tirés à part :**

D. LOSSIGNOL  
Institut Jules Bordet  
Service de médecine interne, Unité aigüe de soins  
supportifs  
Boulevard de Waterloo121  
1000 Bruxelles  
E-mail : dominique.lossignol@bordet.be

Travail reçu le 3 juin 2016 ; accepté dans sa version définitive le 28 juin 2016.