DOC 56 **1887/001**

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

10 november 2026

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

wat betreft palliatieve sedatie en in het bijzonder continue diepe sedatie

(ingediend door de heren Jan Bertels en Axel Weydts)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

10 novembre 2026

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

relative à la sédation palliative, en particulier à la sédation profonde et continue

(déposée par MM. Jan Bertels et Axel Weydts)

N-VA	:	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
VB	:	*Vlaams Belang*
MR	:	*Mouvement Réformateur*
PS	:	*Parti Socialiste*
PVDA-PTB	:	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Les Engagés	:	*Les Engagés*
Vooruit	:	*Vooruit*
cd&v	:	*Christen-Democratisch en Vlaams*
Ecolo-Groen	:	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
Anders.	:	*Anders.*
DéFI	:	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
ONAFH/INDÉP	:	*Onafhankelijk-Indépendant*

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		*Abréviations dans la numérotation des publications:*	
DOC 56 0000/000	*Parlementair document van de 56e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*	*DOC 56 0000/000*	*Document de la 56e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi*
QRVA	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*	*QRVA*	*Questions et Réponses écrites*
CRIV	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*	*CRIV*	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*
CRABV	*Beknopt Verslag*	*CRABV*	*Compte Rendu Analytique*
CRIV	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*	*CRIV*	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*
PLEN	*Plenum*	*PLEN*	*Séance plénière*
COM	*Commissievergadering*	*COM*	*Réunion de commission*
MOT	*Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)*	*MOT*	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt, met een aantal aanpassingen, de tekst over van voorstel DOC 55 0421/001.

Veel mensen komen aan het eind van hun leven terecht in een medische context. In die context kunnen we spreken over een waaier van beslissingen die zouden kunnen worden genomen bij dat levenseinde: stoppen met een behandeling, een behandeling niet opstarten, de pijnstilling aanpassen (palliatieve sedatie), het leven beëindigen zonder verzoek of euthanasie toepassen.

Palliatieve sedatie is een koepelterm waaronder verschillende vormen van sedatie vallen ter verzachting van het lijden. Het kan kortdurend – gecontroleerd – worden toegepast bij een tijdelijke toestand van sedatie. Dit gebeurt onder andere bij angstige of kortademige patiënten gedurende de nacht, terwijl overdag de sedatie opgeheven wordt.

Het kan echter ook gaan over terminale of continue diepe sedatie. Dit is een vorm van palliatieve sedatie waarbij een patiënt door middel van sedativa volledig buiten bewustzijn wordt gebracht tot aan het overlijden.

Bij het levensbeëindigend handelen is continue diepe sedatie in België een grote onbekende, maar het wordt vaak toegepast. Anders dan voor euthanasie moet hierover immers niet worden gerapporteerd en bestaan er geen richtlijnen voor het handelen. Wetenschappelijke studies wijzen nochtans uit dat de grens tussen continue diepe sedatie en euthanasie soms moeilijk valt af te lijnen. Continue diepe sedatie is immers het toedienen van “verdovende middelen” tijdens de stervensfase van een patiënt als dat overlijden binnen korte termijn (een tot twee weken) wordt verwacht. De onderliggende ziekte wordt niet meer behandeld zodat de patiënt eraan overlijdt. Het overlijden wordt dan genoteerd als een natuurlijke dood.

De belangrijkste verschillen tussen continue diepe sedatie en euthanasie

— om euthanasie kan de patiënt verzoeken. Continue diepe sedatie is een behandeling die vaak wordt voorgesteld door de arts, veelal in samenspraak met de verpleegkundigen, de naasten, en, indien mogelijk, de patiënt;

— euthanasie kent een abrupte dood, continue diepe sedatie is een langer proces. Bij euthanasie is er

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reproduit, en l’actualisant, le texte de la proposition DOC 55 0421/001.

De nombreuses personnes terminent leur vie dans un environnement médical où tout un éventail de décisions peuvent être prises au sujet de la fin de leur vie: arrêter ou ne pas en entamer un traitement, adapter le protocole analgésique (sédation palliative), mettre fin à la vie sans demande, ou pratiquer l’euthanasie.

La sédation palliative est une notion générique qui regroupe plusieurs formes de sédation destinées à soulager la souffrance. Elle peut être administrée pour une courte durée – de manière contrôlée – dans le cadre d’une sédation temporaire. C’est notamment le cas pour les patients anxieux ou dyspnéiques durant la nuit, la sédation étant alors levée durant la journée.

Elle peut toutefois également prendre la forme d’une sédation terminale ou d’une sédation profonde et continue. Il s’agit alors d’une forme de sédation palliative, le patient étant dans ce cas plongé, au moyen de sédatifs, dans un état d’inconscience complète jusqu’à son décès.

Dans le contexte des actes de fin de vie, la sédation profonde et continue est une grande inconnue en Belgique, bien que cette pratique soit courante. Contrairement à l’euthanasie, elle ne doit en effet pas faire l’objet de rapports et aucune directive ne régit la procédure à suivre. Selon certaines études scientifiques, la limite entre la sédation profonde et continue et l’euthanasie n’est toutefois pas toujours très claire. La sédation profonde et continue consiste en effet à administrer des “anesthésiants”, à la fin de la vie d’un patient, lorsque le décès est attendu à brève échéance (une à deux semaines). La maladie sous-jacente n’est alors plus traitée, puis entraîne le décès du patient, qui est alors enregistré comme une mort naturelle.

Principales différences entre la sédation profonde et continue et l’euthanasie

— l’euthanasie peut être demandée par le patient, tandis que la sédation profonde et continue est un traitement qui est souvent proposé par le médecin, en général en concertation avec les infirmiers, les proches et, si possible, le patient;

— en cas d’euthanasie, la mort est abrupte, tandis que la sédation profonde et continue est un processus

zekerheid over het moment van overlijden, bij continue diepe sedatie niet;

— euthanasie kan worden toegepast op een moment dat het natuurlijke sterven nog weken, maanden of jaren op zich zou laten wachten. Continue diepe sedatie komt voor bij de allerlaatste levensfase. Voor artsen is het grootste verschil dat er twee andere doelen van de behandeling zijn;

— bij euthanasie gaat het om daadwerkelijke levensbeëindiging. Bij continue diepe sedatieom verlichting van één of meer symptomen.

Ook wat betreft de procedure zijn er belangrijke verschillen:

— de arts moet euthanasie registreren; bij continue diepe sedatie bestaat die verplichting niet;

— bij de uitvoering van euthanasie is een tweede arts betrokken; deze tweede arts moet de patiënt ook zien en spreken. In sommige gevallen is er ook een derde arts bij betrokken. Bij continue diepe sedatie bestaat deze verplichting niet.

De Nederlandse situatie

Dat palliatieve sedatie veel wordt toegepast blijkt uit Nederlands onderzoek naar medische beslissingen rond het levenseinde (Integraal Kankercentrum – 2013). Zo heeft 60 % van alle Nederlandse artsen wel eens een patiënt voorafgaand aan het overlijden diep gesedeerd. Het percentage sterfgevallen waarbij diepe sedatie voorafgaand aan het overlijden werd toegepast, wordt geschat op 12 % van alle sterfgevallen in het jaar 2001. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat in 2,4 % van de sterfgevallen euthanasie werd uitgevoerd. 48 % van de gevallen van terminale sedatie worden gekwalificeerd als intensieve pijn- en symptoombestrijding. In zo'n 15 % van de gevallen werden aan de patiënt middelen toegediend met het uitdrukkelijke doel zijn levenseinde te bespoedigen. Dit gebeurde meestal op verzoek van de patiënt. De overige 38 % worden door de ondervraagde artsen ondergebracht in de categorie niet-behandelbeslissingen.

De meest voorkomende redenen om te sederen waren pijn (54 %), onrust (43 %), benauwdheid (30 %) en angst (12 %) bij de patiënt. De levensbekorting werd in 51 % van de gevallen geschat op een week of minder, in 21 % op één tot vier weken en in 3 % op één tot zes

plus long. En cas d'euthanasie, le moment de la mort est connu avec certitude, mais pas en cas de sédation profonde et continue;

— l'euthanasie peut être pratiquée plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plusieurs années avant la mort naturelle, tandis que la sédation profonde et continue a lieu durant les derniers instants de la vie. Pour les médecins, la différence principale réside dans l'objectif poursuivi par le traitement;

— en cas d'euthanasie, il s'agit de mettre effectivement fin à la vie alors que, dans le cas de la sédation profonde et continue, il s'agit de soulager l'un ou plusieurs des symptômes.

En matière de procédure, on note également d'importantes différences:

— le médecin doit enregistrer l'euthanasie alors que l'enregistrement de la sédation profonde et continue n'est pas obligatoire;

— en cas d'euthanasie, un deuxième médecin doit, lui aussi, ausculter le patient et lui parler et, dans certains cas, un troisième médecin intervient également, alors que cette procédure ne s'applique pas en cas de sédation profonde et continue.

Situation aux Pays-Bas

La fréquence du recours à la sédation palliative ressort d'une étude néerlandaise consacrée aux décisions médicales prises en fin de vie (Integraal Kankercentrum, 2013) selon laquelle 60 % des médecins néerlandais avaient alors déjà pratiqué une sédation profonde sur un patient avant son décès. Le pourcentage de décès précédés d'une sédation profonde était estimé à 12 % de l'ensemble des décès survenus en 2001. Selon cette étude, l'euthanasie avait été pratiquée dans 2,4 % des décès. Dans 48 % des cas, la sédation terminale était qualifiée de traitement intensif de la douleur et des symptômes. Dans environ 15 % des cas, des substances avaient été administrées au patient dans le but explicite d'accélérer sa fin de vie, le plus souvent à sa demande. Dans cette étude, les 38 % restants étaient classés, par les médecins interrogés, dans la catégorie des décisions de non-traitement.

Les motifs les plus fréquemment invoqués pour recourir à la sédation étaient la douleur (54 %), l'agitation (43 %), la détresse respiratoire (30 %) et l'anxiété (12 %) du patient. Dans cette étude, la réduction de la durée de la vie était estimée à une semaine ou moins dans 51 %

maanden. In 23 % van de gevallen werd geen enkele levensbekorting ingeschat.

Indien palliatieve sedatie wordt toegepast, is er in 66 % van de gevallen sprake van patiënten met kanker en in 17 % van patiënten met hart- en vaatziekten. In 43 % van de gevallen van terminale sedatie heeft de patiënt niet deelgenomen aan de besluitvorming, meestal omdat hij niet goed aanspreekbaar meer was. De beslissing om af te zien van kunstmatige toediening van voeding en vocht werd in 69 % van de gevallen niet overlegd met de patiënt, vaak omdat hij niet meer goed aanspreekbaar was of de beslissing vanzelfsprekend werd gevonden.

Over de beslissing om te sederen werd in 92 % van de gevallen overlegd met de familie van de patiënt. Over de beslissing om af te zien van kunstmatige toediening van voeding en vocht werd door verpleeghuisartsen in 91 % van de gevallen overlegd met de familie en door huisartsen en specialisten in 66 % van de gevallen.

Wanneer er over de sedatie niet was overlegd met de patiënt, gebeurde dat in 89 % van de gevallen wel met de familie. Voor het afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht is dat 59 %. Specialisten overlegden in 76 % van de gevallen met een collega over de sedatie, verpleeghuisartsen in 38 % en huisartsen in 29 %. Deskundigen op het gebied van palliatieve zorg werden slechts in 11 % van de gevallen betrokken bij de besluitvorming. In 27 % van de onderzochte gevallen van terminale sedatie werd alleen morfine gebruikt.

Tot slot nog twee opmerkelijke cijfers:

1. op 10 jaar tijd verdubbelde het aantal gevallen van palliatieve sedatie tot 16.000 per jaar;

2. in minstens een op de tien gevallen liep de palliatieve sedatie niet als gepland: de patiënten werden herhaaldelijk wakker en leden toch nog pijn.

Naar gewoonte heeft Nederland een uitgebreide maatschappelijke discussie gevoerd over de vraag in hoeverre continue diepe sedatie een ethisch verantwoorde keuze is om het stervensproces van de (terminale) patiënt te verlichten, en dus een “normaal medisch handelen” in het kader van de palliatieve zorg. Dan wel of het moet worden beschouwd als een “verdoken vorm” van euthanasie, of “slow euthanasia” (trage euthanasie), en dus in feite zou

des cas, à une à quatre semaines dans 21 % des cas, à un à six mois dans 3 % des cas et, dans 23 % des cas, la réduction de la durée de la vie n’a pas été estimée.

Dans 66 % des cas, la sédation palliative concernait des patients atteints d’un cancer et, dans 17 % des cas, des patients souffrant de maladies cardiovasculaires. Dans 43 % des cas de sédation terminale, le patient n’avait pas participé à la prise de décision, généralement parce qu’il n’était plus vraiment à même de le faire. Dans 69 % des cas, la décision de renoncer à l’alimentation et à l’hydratation artificielles avait été prise sans concertation avec le patient, soit parce que celui-ci n’était plus vraiment à même de s’exprimer, soit parce que cette décision s’était imposée comme une évidence.

La décision de recourir à la sédation avait fait l’objet d’une concertation avec la famille du patient dans 92 % des cas. Quant à la décision de renoncer à l’alimentation et à l’hydratation artificielles, elle avait fait l’objet d’une concertation avec la famille dans 91 % des cas lorsqu’elle avait été prise par un médecin de maison de repos, et dans 66 % des cas lorsqu’elle émanait d’un médecin généraliste ou d’un spécialiste.

Lorsque la question de la sédation n’avait pas été abordée avec le patient, elle l’avait été avec sa famille dans 89 % des cas. En ce qui concerne la décision de renoncer à l’alimentation et à l’hydratation artificielles, cette proportion était de 59 %. Les spécialistes avaient consulté un confrère au sujet de la sédation dans 76 % des cas, contre 38 % pour les médecins des maisons de repos et 29 % pour les médecins généralistes. Des experts en soins palliatifs n’avaient été associés à la prise de décision que dans 11 % des cas. Dans 27 % des cas de sédation terminale étudiés, seule la morphine avait été administrée.

Nous conclurons en citant deux chiffres interpellants:

1. en dix ans, le nombre de cas de sédation palliative a doublé pour atteindre 16.000 cas par an;

2. dans au moins 10 % des cas, la sédation palliative ne s’est pas déroulée comme prévu: les patients se sont réveillés à plusieurs reprises et ressentaient encore de la douleur.

Comme elle le fait habituellement, la société néerlandaise a longuement débattu de la question de savoir dans quelle mesure la sédation profonde continue constitue un choix éthiquement justifié pour soulager le patient (terminal) en fin de vie, et donc un “acte médical normal” dans le cadre des soins palliatifs, ou s’il faut considérer cette pratique comme une forme déguisée d’euthanasie, ou comme une forme d’euthanasie lente

gaan om een onverantwoorde en zelfs strafbare daad, in de mate dat de wettelijk voorgeschreven voorwaarden en procedures voor euthanasie niet worden gevolgd.

Die discussie verliep niet altijd even sereen in de mate dat voor- en tegenstanders van euthanasie soms heel uitgesproken visies verkondigen. Tegenstanders van euthanasie beschouwen de continue diepe sedatie soms als een volwaardig en ethisch verantwoord alternatief voor euthanasie. Zo publiceerde de Nederlandse bisschoppenconferentie in 2004 een document waarin wordt gesteld dat "euthanasie onethisch en onnodig is met palliatieve zorg en terminale sedatie". In tegenstelling tot euthanasie is terminale sedatie volgens dit document ethisch aanvaardbaar mits is voldaan aan een aantal voorwaarden:

1. ten eerste moet er een echte indicatie voor bestaan. Er is alleen sprake van een echte indicatie, als pijn en andere hinderlijke symptomen bij ongeneeslijk zieken op geen enkele andere behandeling voldoende reageren;

2. ten tweede moet de dosering zijn afgestemd op symptoombestrijding en daar niet bovenuit gaan. Uiteraard loopt men het risico dat hierdoor het sterven wordt bespoedigd. Dit is echter te accepteren als een bijwerking, zoals dat ook het geval is bij andere medische behandelingen. Is er geen andere mogelijkheid om de symptomen te bestrijden, dan mag men dat risico nemen;

3. een derde voorwaarde is dat de betrokken patiënt zijn sociale verplichtingen (zoals de regeling van erfeniskwesties) heeft voldaan en zich met behulp van de laatste sacramenten nog bij bewustzijn geestelijk heeft voorbereid op de eeuwige ontmoeting met God (…).

Als de dosis hoger is dan vereist voor de symptoombestrijding, dan gaat het om doelgerichte levensbeëindiging. Feitelijk is het dan geen terminale sedatie meer, maar euthanasie. Het mag dan een langzame vorm van euthanasie zijn, euthanasie is en blijft het. Vanuit katholiek perspectief wordt dan de grens overschreden van wat ethisch toelaatbaar is.

In dezelfde zin betoogde de Nederlandse hoogleraar pijnbestrijding prof. dr. B.J.P Crul (*NRC Handelsblad*, 7 december 2005) dat euthanasie is ingegeven door medische onmacht. Dat dilemma is nu grotendeels voorbij. Euthanasie verliest de aantrekkelijkheid als symptoombehandeling, palliatieve sedatie wint terrein. "Palliatieve sedatie biedt de genade van een zachtmoedig

et, par conséquent, comme un acte injustifiable voire pénalement répréhensible dans la mesure où les conditions et les procédures d'euthanasie prescrites par la loi ne sont pas suivies.

Ce débat de société n'a pas toujours été serein, car les partisans et les adversaires de l'euthanasie défendent parfois des positions catégoriques. Les opposants à l'euthanasie considèrent parfois la sédation profonde continue comme une alternative à part entière et éthiquement justifiée à l'euthanasie. Par exemple, en 2004, la Conférence des évêques néerlandais a publié un document dans lequel elle déclare que l'euthanasie est une solution immorale que les soins palliatifs et la sédation terminale rendent inutile. Selon ce document, la sédation terminale est éthiquement acceptable, contrairement à l'euthanasie, moyennant le respect de plusieurs conditions:

1. premièrement, elle doit être précédée d'une indication réelle, laquelle n'est présente que lorsqu'aucun autre traitement ne permet de soulager suffisamment la douleur ou d'autres symptômes pénibles provoqués par une maladie incurable;

2. deuxièmement, la posologie doit être strictement adaptée au soulagement des symptômes et elle ne peut pas dépasser cette limite, ce dépassement pouvant précipiter la mort. Ce risque est cependant acceptable à titre d'effet secondaire, comme pour d'autres traitements médicaux. En l'absence de tout autre moyen de soulager les symptômes, il est accepté;

3. troisièmement, le patient concerné doit avoir honoré ses obligations sociales (par exemple en matière de succession) et s'être préparé consciemment et spirituellement à sa rencontre éternelle avec Dieu avec l'aide des derniers sacrements (…).

Si la dose administrée excède la dose requise pour soulager les symptômes, il s'agit d'une intervention visant délibérément à mettre fin à la vie. Il ne s'agit alors de facto plus d'une sédation terminale, mais bien d'une euthanasie, certes lente mais bien réelle. Selon la foi catholique, elle excède alors la limite de ce qui est éthiquement admissible.

Dans le même esprit, le professeur néerlandais B.J.P Crul, spécialisé dans le traitement de la douleur, soutenait que l'euthanasie découlait de l'impuissance médicale (*NRC Handelsblad*, 7 décembre 2005). Ce dilemme est aujourd'hui largement dépassé. On recourt moins souvent à l'euthanasie pour soulager les symptômes, et plus souvent à la sédation palliative. Selon le professeur

levenseinde en is hét medisch antwoord op ondraaglijk lijden in de stervensfase.", zegt hij.

Omgekeerd beschouwen (sommige) voorstanders van euthanasie continue diepe sedatie in vele gevallen als een gecamoufleerde of hypocriete vorm van actieve levensverkorting, een "gemakkelijkheidsoplossing" om levensverkortend handelen te verzoenen met gewetensbezwaren tegen euthanasie, en/of om de strenge voorwaarden en procedures inzake euthanasie te omzeilen. Iemand dagenlang sederen, in combinatie met het onthouden van vocht en voeding, zou bovendien mensonwaardig en nodeloos rekken van leven zijn.

Om een einde te maken aan die discussie en aan de vele onduidelijkheden rond palliatieve sedatie, zijn duidelijke richtlijnen geformuleerd:

— de *Signalering Ethiek en Gezondheid 2004* van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid van de Gezondheidsraad. Deze richtlijn is te vinden op: *www.ceg.nl;*

— de richtlijn *Palliatieve sedatie* van de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (KNMG). Te vinden op: *www.knmg.artsennet.nl.*

En de Belgische situatie

In België bestaan er geen precieze cijfers over palliatieve sedatie. Eind november 2000 verscheen een onderzoek naar de *Handelwijzen van Artsen rond het Levenseinde van Patiënten* in Vlaanderen (L. Deliens, F. Mortier e.a., *End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey*, The Lancet, 2000, 356, pp. 1806-1811). Hieruit bleek dat 4 op 10 overlijdens worden voorafgegaan door enige levensverkortende medische beslissing.

Van euthanasie in de strikte zin van het woord was slechts in 1,1 % van de gevallen sprake. In 3,2 % van de gevallen ging het daarentegen om actieve levensbeëindiging zonder verzoek. In 16,4 % van de gevallen ging het om het niet opstarten of staken van een medisch uitzichtloze behandeling aan de ene kant (waarbij het in 5,4 % van de gevallen uitdrukkelijk de bedoeling was het leven te verkorten). In 18,5 % om het opdrijven van de pijnstillingsdosis (in 3,9 % was levensverkorting mede de bedoeling en 5,8 % expliciet de bedoeling). In zekere

Crul, la sédation palliative offre la grâce d'une fin de vie apaisée et constitue la meilleure réponse médicale possible aux souffrances insoutenables des personnes en fin de vie.

À l'inverse, certains partisans de l'euthanasie considèrent que, dans de nombreux cas, la sédation profonde continue est une forme déguisée ou hypocrite de réduction active de la durée de la vie ou une "solution de facilité" qui permet de concilier des actes visant à abréger la vie avec des objections morales à l'égard de l'euthanasie, et/ou qui permet de contourner les conditions et les procédures strictes applicables à celle-ci. En outre, selon eux, maintenir une personne sous sédation pendant plusieurs jours tout en la privant d'eau et de nourriture revient à prolonger inutilement la vie dans des conditions contraires à la dignité humaine.

Pour mettre fin à cette discussion et remédier aux nombreuses imprécisions qui entourent la sédation palliative, des directives claires ont été élaborées:

— le *Signalering Ethiek en Gezondheid 2004* (Signalement éthique et santé 2004) publié par le Centrum voor Ethiek en Gezondheid (Centre pour l'éthique et la santé) du Conseil néerlandais de la santé, disponible à l'adresse suivante: *www.ceg.nl;*

— la directive *Palliatieve sedatie* (sédation palliative) publiée par la Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine), disponible à l'adresse suivante: *www.knmg.artsennet.nl.*

Situation en Belgique

Il n'existe pas en Belgique de statistiques précises concernant la sédation palliative. Selon une étude relative aux pratiques des médecins confrontés à des patients en fin de vie en Flandre (L. Deliens, F. Mortier e.a., *End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey*, The Lancet, 2000, 356, pp. 1806- 1811) publiée fin novembre 2000, 4 décès sur 10 étaient alors précédés d'une décision médicale ayant entraîné une réduction de la durée de la vie du patient.

Seuls 1,1 % des cas répertoriés dans cette étude pouvaient être considérés comme relevant de la définition de l'euthanasie au sens strict. Elle mentionne, dans 3,2 % des cas, un arrêt actif de la vie sans demande du patient et, dans 16,4 % des cas, la décision de ne pas entamer ou d'arrêter un traitement médical qui n'avait aucune chance de succès (l'objectif explicite étant, dans 5,4 % des cas, d'abréger la vie). Dans 18,5 % des cas, la dose d'antidouleurs avait été augmentée (la volonté d'abréger la vie étant l'un des objectifs dans 3,9 % des

zin zou men dit kunnen beschouwen als een vorm van continue diepe sedatie.

Onrechtstreeks valt uit de verslagen van de evaluatiecommissie euthanasie af te leiden dat het belang van continue diepe sedatie in ons land aan belang toeneemt.

Enerzijds blijft het aandeel van euthanasie over de jaren heen quasi constant, anderzijds blijven er opmerkelijke verschillen tussen de landsdelen naar aantallen verzoeken tot euthanasie. Tevens blijken er verschillen tussen de landsdelen naar de onderliggende ziektebeelden die ten grondslag liggen aan de verzoeken tot euthanasie. Tot slot kan worden vastgesteld dat er bij de verzoeken vaak wordt overlegd met het palliatief zorgteam en/of palliatieve arts.

In zijn boek, uitgegeven in oktober 2017, geeft professor Wim Distelmans een aantal onduidelijkheden aan. Hij betoogt dat palliatieve sedatie in de praktijk meer en meer een containerbegrip dreigt te worden voor het verhogen van pijnstilling en/of levensbeëindigend handelen. Hij geeft ook aan dat de grens, door de interindividuele verschillen, niet altijd duidelijk te trekken valt (bijvoorbeeld de diepte van de sedatie is zeer moeilijk te bepalen en verschilt bij elk individu).

Voor ons is palliatieve sedatie een waardevolle medische handeling, die eventueel levensbeëindiging kan inhouden, op voorwaarde dat de zelfbeschikking van de patiënt wordt gerespecteerd.

Ons voorstel

Wij vinden het aangewezen om ook in ons land een ruimer inzicht te krijgen in de toepassing van palliatieve sedatie in een ziekenhuisomgeving. Daartoe stellen wij voor om een aantal proefprojecten op te starten waarbij de beweegredenen van artsen om over te gaan tot palliatieve sedatie en het verloop van de sedatie worden geregistreerd.

Het UZ Brussel is bijvoorbeeld in 2018 al op eigen initiatief gestart met de registratie van overlijdens na palliatieve sedatie.

De resultaten van deze projecten kunnen vervolgens ter discussie worden voorgelegd aan de Kamercommissie voor de Volksgezondheid.

cas et l'objectif avéré dans 5,8 %). Ces différents actes pourraient, dans une certaine mesure, être considérés comme des formes de sédation profonde continue.

Il ressort indirectement des rapports de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie que la sédation profonde continue gagne en importance dans notre pays.

D'une part, la proportion des euthanasies demeure relativement stable au fil des années. D'autre part, des différences notables subsistent entre les régions en ce qui concerne le nombre de demandes d'euthanasie. Des divergences régionales existent par ailleurs en ce qui concerne les pathologies sous-jacentes à l'origine de ces demandes. Enfin, on constate qu'une concertation avec l'équipe de soins palliatifs et/ou un médecin formé aux soins palliatifs a fréquemment lieu dans le cadre de ces demandes.

Dans un ouvrage publié en octobre 2017, le professeur Wim Distelmans relève plusieurs zones d'ombre. Il soutient que la sédation palliative risque, en pratique, de devenir de plus en plus un concept général recouvrant l'augmentation des doses d'analgésiques et/ou certains actes visant à mettre fin à la vie. Il souligne également que la frontière entre ces pratiques n'est pas toujours claire en raison des différences interindividuelles (par exemple, la profondeur de la sédation est particulièrement difficile à apprécier et varie d'un individu à l'autre).

Nous estimons que la sédation palliative est un acte médical important qui peut éventuellement inclure la décision de mettre fin à la vie pour autant que le droit à l'autodétermination du patient soit respecté.

Notre proposition

Il nous apparaît souhaitable de disposer également, dans notre pays, d'une vue d'ensemble de la pratique de la sédation palliative en milieu hospitalier. C'est pourquoi nous proposons la mise en place de plusieurs projets pilotes visant à enregistrer les raisons pour lesquelles les médecins recourent à la sédation palliative ainsi que son déroulement.

Par exemple, l'UZ Brussel a commencé, de sa propre initiative, dès 2018, à enregistrer les décès survenus à la suite d'une sédation palliative.

Les résultats de ces projets pourront ensuite être examinés en commission de la Santé publique de la Chambre des représentants.

De mogelijke palliatieve sedatie in een thuiszorgsituatie laten we in dit proefproject voorlopig buiten beschouwing.

Jan Bertels (Vooruit)
Axel Weydts (Vooruit)

La sédation palliative pratiquée dans le cadre des soins à domicile sera, à ce stade, exclue du champ de ce projet pilote.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Kamer van volksvertegenwoordigers,

A. gelet op het feit dat er in België niet moet worden gerapporteerd over palliatieve sedatie en in het bijzonder continue diepe sedatie, waardoor er ook geen officiële cijfers voorhanden zijn;

B. gelet op het feit dat schattingen voor België ervan uitgaan dat continue diepe sedatie wordt toegepast bij één op de acht overlijdens in België en dus wel een veel gebruikte medische praktijk zou zijn;[1]

C. overwegende dat er in Nederland wel studiemateriaal werd verzameld dat aanleiding was voor een maatschappelijk debat en finaal ook voor duidelijke richtlijnen;

D. overwegende dat zowel continue diepe sedatie als euthanasie volwaardig erkenning verdienen als levensbeëindigende medische praktijken, maar om monitoring en richtlijnen mogelijk te maken er wel registratie en cijfermateriaal nodig is, wat vandaag enkel het geval is bij euthanasie,

— onderschrijft de noodzaak om inzicht te krijgen in de aard en de praktijk van palliatieve sedatie in ons land en verzoekt de federale regering daartoe:

1. een duidelijke, ondubbelzinnige definitie uit te werken voor het algemene begrip “palliatieve sedatie” en het specifiekere begrip “continue diepe sedatie”;

2. in elk landsdeel, in samenspraak met de ziekenhuissector, twee onderzoeksprojecten van twee jaar op te starten, evenwichtig verdeeld tussen de publieke en private sector, waarbij de beweegredenen van artsen om over te gaan tot palliatieve sedatie en het verloop van de sedatie worden geregistreerd en dit op basis van een uniform registratieformulier;

3. de resultaten van de onderzoeksprojecten over te maken aan de commissie Gezondheid van de Kamer van volksvertegenwoordigers;

4. te overleggen met de deelstaten teneinde te investeren in de vorming van artsen inzake de verschillende vormen van legale levensbeëindiging en in het bijzonder de bestaande klinisch-ethische criteria bij palliatieve sedatie;

[1] Artikel in *De Tijd* 4 november 2026, Sedatie als sluipweg naar het levenseinde.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

La Chambre des représentants,

A. considérant qu’en Belgique, la sédation palliative, en particulier la sédation profonde et continue, ne doit pas obligatoirement être déclarée, si bien qu’il n’existe pas de chiffres officiels à ce sujet;

B. considérant que, selon les estimations, la sédation profonde et continue serait pratiquée dans un cas de décès sur huit en Belgique et qu’elle constituerait donc bien une pratique médicale courante;[1]

C. considérant qu’aux Pays-Bas, des données ont été recueillies et qu’elles ont donné lieu à un débat de société et, finalement, à l’élaboration de directives claires;

D. considérant que tant la sédation profonde et continue que l’euthanasie méritent d’être pleinement reconnues comme des pratiques médicales de fin de vie, mais que, pour permettre le suivi de ces pratiques et l’élaboration de directives, il convient de prévoir un enregistrement et de disposer de chiffres, ce qui n’est aujourd’hui le cas que pour l’euthanasie,

— reconnaît la nécessité de comprendre la nature et la pratique de la sédation palliative dans notre pays et demande, à cet effet, au gouvernement fédéral:

1. d’élaborer une définition claire et univoque de la notion générale de “sédation palliative” ainsi que de la notion plus spécifique de “sédation profonde continue”;

2. de lancer dans chaque région du pays, en concertation avec le secteur hospitalier, deux projets de recherche de deux ans, répartis de manière équilibrée entre le secteur public et le secteur privé, visant à enregistrer, sur la base d’un formulaire uniforme, les raisons pour lesquelles les médecins recourent à la sédation palliative ainsi que son déroulement;

3. de transmettre les résultats de ces projets de recherche à la commission de la Santé publique de la Chambre des représentants;

4. de se concerter avec les entités fédérées en vue d’investissements dans la formation des médecins en ce qui concerne les différentes pratiques de fin de vie légalement encadrées et, en particulier, les critères clinico-éthiques applicables à la sédation palliative;

[1] *De Tijd*, Sedatie als sluipweg naar het levenseinde, 4 novembre 2026.

5. te overleggen met de deelstaten om gelijkaardige projecten op te zetten in de woonzorgcentra.

19 oktober 2026

Jan Bertels (Vooruit)
Axel Weydts (Vooruit)

5. de se concerter avec les entités fédérées en vue de la mise en place de projets similaires dans les maisons de repos.

19 octobre 2026

Centrale drukkerij - Imprimerie centrale