



Comment traiter une demande d'euthanasie d'un patient en psychiatrie dans le cadre de la loi actuelle ?

Avis de l'Association flamande de psychiatrie (VVP) à propos des critères de diligence raisonnable

2017

Membres du groupe de travail :

Joris Vandenberghe (co-président du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Koen Titeca (co-président du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Frieda Matthys (présidente de la VVP), Kris Van den Broeck (directeur de la VVP), Thomas Detombe (responsable de la communication de la VVP), Stephan Claes, Jonas Claeys, Jürgen De Fruyt, Marc Hermans, Gilbert Lemmens, Dirk Peeters et Rob Van Buggenhout, tous les membres du conseil d'administration de la VVP.

© 2017 Flemish Psychiatric Association

Email: info@vvponline.be

Table des matières :

- A. Résumé
 - B. Introduction
 - C. Structure de ce document
 - 1. Un processus d'évaluation minutieux associé à des soins constants
 - 1.1. Parties concernées, terminologie et exigences en matière de diligence raisonnable
 - 1.2. À propos du souhait de mourir et de la vie
 - 1.3. La responsabilité des psychiatres concernés
 - 2. Évaluation de la situation médicale désespérée
 - 3. Évaluation du caractère constant et insupportable de la souffrance physique ou psychologique.
 - 4. Analyse du caractère répété, volontaire et réfléchi d'une demande d'euthanasie
 - 5. Informer le patient
 - 6. Implication de la famille et d'autres tiers importants
 - 7. Implication des autres prestataires de soins et de santé
 - 8. Valeurs, émotions et contre-transfert éventuel
 - 9. Prise de décision finale
 - 10. Euthanasie et suicide médicalement assisté
 - 11. Diligence raisonnable dans l'exécution d'une demande d'euthanasie (Annexe A)
 - 12. Rapports (Annexe B et C)
 - 13. Soutien aux proches
- Annexe

Lorsque vous faites référence à (des parties de) ce document, veuillez citer la source suivante: Association flamande de psychiatrie (2017). Comment traiter une demande d'euthanasie en raison d'une souffrance psychique insupportable dans le cadre de la loi actuelle ? Avis de l'Association flamande de psychiatrie sur les exigences en matière de diligence raisonnable. Kortenberg, Belgique.

A. Résumé

Cet avis reflète le point de vue de l'Association flamande de psychiatrie (VVP) sur les critères de diligence raisonnable à appliquer lorsque l'euthanasie est demandée en raison de souffrances psychologiques insupportables causées par un trouble psychiatrique,

conformément au [cadre juridique actuel](#). L'avis décrit les recommandations de la VVP aux psychiatres (et autres professionnels de la santé). Ces critères de diligence raisonnable peuvent présenter une interprétation particulière des conditions légales, ou les rendre concrètes dans le contexte spécifique de l'euthanasie en psychiatrie, ou encore refléter une position prise par la VVP, dans le sens où le soin requis, tel qu'il est perçu par un groupe de professionnels dans une situation particulière, devrait aller au-delà de ces [conditions légales](#). La demande d'euthanasie doit émaner du patient et doit ne pas être suggérée par un professionnel de la santé. Nous préconisons le fait de faire preuve d'une prudence adéquate et d'accorder une attention continue à la vie et au rétablissement. Les critères légaux sont exprimés sous la forme d'exigences de diligence raisonnable, pour une application approfondie dans le cadre d'un processus d'évaluation suffisamment long et complet. Ce qui inclut une attention toute particulière accordée à l'intentionnalité et à l'analyse des motivations personnelles et relationnelles qui motivent la demande d'euthanasie. Au cours du processus d'évaluation, toutes les opportunités sont saisies pour rendre la vie plus supportable. Nous savons par expérience que de nombreux patients qui demandent l'euthanasie n'y ont finalement pas recours. La famille et les proches du patient sont impliqués dans le processus, avec le consentement du patient. La barre est placée très haut pour les critères de "désespoir médical", "impossibilité de traitement" et "intraitabilité de la souffrance". Les lignes directrices propres au diagnostic sont utilisées pour vérifier que toute perspective possible de traitement raisonnable a été envisagée. Il s'agit d'une évaluation médico-psychiatrique dans laquelle l'accent est mis sur le point de vue du psychiatre, alors que pour l'évaluation du caractère insupportable de la souffrance, le centre de gravité est du côté du patient.

Nous nous inscrivons dans l'approche néerlandaise des trois éléments nécessaires à une perspective raisonnable de traitement : une possibilité d'amélioration par un traitement adéquat, dans les limites d'un délai prévisible et dans lequel il existe un rapport raisonnable entre les résultats attendus et la contrainte du traitement pour le patient. Tout traitement fondé sur des données démontrées pour le(s) trouble(s) doit avoir été envisagé avec rigueur et dans une perspective de guérison et, dans le cas d'interventions non médicales axées sur la guérison, y compris en mettant l'accent sur une approche palliative pour les interventions non médicales axées sur le rétablissement (par exemple soutien social, changement de cadre de vie, travail (bénévolat), recherche de sens...). Tout patient a le droit de refuser une perspective de traitement raisonnable, mais il est dès lors impossible de démontrer que les critères de "désespoir médical", "d'impossibilité de traitement" et de "caractère irréductible de la souffrance" sont remplis, ce qui fait que l'euthanasie ne sera donc plus possible. En d'autres termes, l'euthanasie n'est possible qu'en tout dernier recours, dans le cas d'une demande mûrement réfléchie, répétée et persistante d'un patient consentant, en l'absence de toute perspective possible de traitement raisonnable. Au moins deux psychiatres doivent être impliqués. À tout moment, les médecins concernés et, le cas échéant, les équipes pluridisciplinaires doivent aboutir à la conviction que le patient n'a aucune perspective raisonnable de traitement, qu'il est confronté à des souffrances insupportables en raison d'une pathologie psychiatrique et qu'il demande l'euthanasie de son plein gré. Les deux

médecins consultés procèdent à une évaluation approfondie de tous les critères légaux, et pas seulement de ceux strictement prévus par le premier et le deuxième médecin consulté. Ils en rendent compte de manière exhaustive et attentive en émettant un rapport motivé et étayé. Les deux avis donnés doivent être positifs et tout avis négatif doit être pris en considération. Avant de procéder à l'euthanasie, une concertation doit avoir lieu entre tous les médecins et professionnels de la santé, actuels et anciens, en présence d'autres experts si nécessaire. Après une éventuelle application, une attention particulière est accordée à l'accueil des proches et au suivi du personnel concerné.

B. Introduction

Ce texte consultatif expose la vision de la VVP en matière de diligence raisonnable dans le cas d'une demande d'euthanasie provenant d'un patient confronté à des souffrances psychiques insupportables en raison d'un trouble psychiatrique (ci-après dénommée " euthanasie en psychiatrie "). L'euthanasie en psychiatrie est légalement possible en Belgique sous certaines conditions ([loi sur l'euthanasie de 2002](#)). Entre d'autres critères, la demande doit être récurrente, persistante et délibérée (ce qui signifie, entre autres, que le souhait de mourir n'est donc pas un symptôme du trouble). Le trouble psychiatrique doit être grave et incurable, la souffrance ne peut être soulagée et la situation est médicalement désespérée, ce qui signifie qu'il n'y a plus de perspective de traitement raisonnable. Dans le contexte psychiatrique, cela signifie donc que le patient se trouve dans une situation médicale désespérée, confronté à une souffrance psychologique persistante et insupportable, sans perspective d'amélioration, en raison d'un trouble psychiatrique grave et incurable.

Bien que l'euthanasie en psychiatrie soit réglementée par la loi, elle reste sujette à controverse. Les opinions divergent fortement et le débat est souvent passionné, tant dans la société, les médias ou au sein de la profession de psychiatre. Parmi les psychiatres flamands, il n'existe actuellement aucun consensus sur l'opportunité de l'euthanasie en psychiatrie. Certains psychiatres soutiennent la possibilité de l'euthanasie en psychiatrie. D'autres plaident pour que l'euthanasie en psychiatrie soit rendue illégale, comme elle l'était auparavant. Ils considèrent qu'elle ne peut jamais se justifier et que l'Association flamande de psychiatrie doit prendre clairement position contre l'euthanasie en psychiatrie comme l'a fait l'Association américaine de psychiatrie l'a fait. Entre ces deux positions, on trouve des psychiatres qui n'ont pas d'opinion tranchée, ou qui ont des doutes, et un groupe important de psychiatres qui soutiennent l'option de l'euthanasie en psychiatrie, mais qui préconisent la prudence et la précaution : ils ne la considèrent que comme la toute dernière option lorsque toutes les perspectives raisonnables de guérison ont été explorées.

Il existe très peu d'études qui portent sur la répartition des points de vue parmi les psychiatres flamands en tant que collectif. La seule étude dont nous disposons est une thèse de maîtrise (Shana Wouters, KU Leuven, 2017, sous la direction de Ludwina Van Bouwel, Joris Vandenberghe et Jan De Lepeleire). Cette thèse s'appuie sur un sondage anonyme auprès de 111 psychiatres et psychiatres stagiaires appartenant au centre psychiatrique universitaire de la KU Leuven (45% de taux de participation). Elle montre que 64% des participants étaient d'accord avec l'euthanasie pour une maladie psychiatrique. Cependant, ces chiffres ne sont

peut-être pas représentatifs de l'ensemble de la psychiatrie flamande, ce qui exige une recherche plus approfondie qui est actuellement en cours de préparation.

C'est précisément en raison de l'absence de consensus et de la grande disparité des points de vue des psychiatres que ce texte consultatif de la VVP n'a pas l'intention de se prononcer sur l'opportunité de l'euthanasie en psychiatrie. Ce débat - et ses arguments pour et contre - n'a pas sa place dans ce document et est amplement traité ailleurs, tant dans les médias que dans la littérature académique. Cependant, en tant qu'association professionnelle, nous souhaitons exprimer notre opinion sur les critères de soin à appliquer par le psychiatre qui décide, pour une raison ou une autre, de traiter une demande d'euthanasie en psychiatrie. Pour certains des opposants à l'euthanasie en psychiatrie, ce document ne sera pas le bienvenu, car ils y voient une légitimation implicite de l'euthanasie en psychiatrie de la part du VVP. Cela étant dit, le conseil d'administration largement représentatif de la VVP a décidé à l'unanimité, le 22 février 2016, qu'il était pertinent et important pour la VVP de publier une déclaration sur les critères de diligence raisonnable. Cette décision s'est concrétisée par la création d'un groupe de travail¹, composée de membres du conseil d'administration de la VVP de diverses obédiences, chargé d'établir des critères de diligence raisonnable pour les psychiatres confrontés à une demande d'euthanasie.

Ce document est le résultat des activités du groupe de travail, d'un feedback continu auprès du conseil d'administration de la VVP et de deux groupes de feedback largement représentatifs. Le premier groupe de feedback² s'est concentré sur les psychiatres préoccupés par la question : experts ayant vécu cette expérience, déontologues, médecins non psychiatriques, médecins LEIF (*Life's End Information Forum*), juristes, politiciens, etc. Le deuxième groupe de feedback³ s'est concentré sur un groupe plus large de psychiatres intéressés par le sujet (en tant que voix critiques et/ou par leur implication dans des demandes d'euthanasie). Après un examen approfondi, basé sur les données des groupes de feedback, le texte consultatif a été approuvé par le conseil d'administration de la VVP le 20 novembre 2017. Par conséquent, le texte consultatif tient compte d'un large éventail de données, acceptées par le conseil d'administration à la suite d'un consensus, et ne reflète pas nécessairement les opinions individuelles des membres du groupe de travail ou du

¹ Composition du groupe de travail : Joris Vandenberghe (co-président du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Koen Titeca (co-président du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Frieda Matthys (présidente de la VVP), Kris Van den Broeck (directeur de la VVP), Thomas Detombe (responsable de la communication de la VVP), Stephan Claes, Jonas Claeys, Jürgen De Fruyt, Marc Hermans, Gilbert Lemmens, Dirk Peeters et Rob Van Buggenhout, tous membres du conseil d'administration de la VVP.

² Composition du premier groupe de feedback du 3/10/2017 (y compris ceux qui ont donné leur feedback par email) : Joris Vandenberghe (coprésident du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Koen Titeca (coprésident du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Kris Van den Broeck (directeur de la VVP), Thomas Detombe (responsable de la communication de la VVP), Franky Bussche, Ann Callebert, Els De Baerdemaeker, Amy De Schutter, Wim Distelmans, Chris Gastmans, Axel Liégeois, Luc Proot, Frank Schweitser, Sigrid Sterckx, Kris Van de Gaer.

³ Composition du deuxième groupe de feedback du 16/10/2017 (y compris ceux qui ont donné leur avis par courriel) : Joris Vandenberghe (coprésident du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Koen Titeca (coprésident du groupe de travail et chargé de la prise de notes), Frieda Matthys (présidente de la VVP), Kris Van den Broeck (directeur de la VVP), Thomas Detombe (responsable de la communication de la VVP), Dorine Broekaert, Kirsten Catthoor, Marc Calmeyn, Marc De Hert, An Haekens, Georges Otte, Lieve Thienpont, Wim Van Daele, Stefan Van Muylem, Bea Verbeeck.

conseil d'administration. Les membres des groupes de feedback ne sont évidemment pas non plus liés de quelque manière que ce soit avec ce texte consultatif.

Ce texte consultatif se concentre sur les critères diligence raisonnables à appliquer en cas de demande d'euthanasie d'un patient adulte confronté à des souffrances psychologiques insupportables dues à un trouble psychiatrique. Les mineurs n'entrent pas dans le champ d'application de ce document, car l'euthanasie ne leur est accessible que sous certaines conditions, en cas de souffrance physique en phase terminale d'une maladie. Ce document ne concerne pas les demandes d'euthanasie pour des souffrances insupportables dues à des troubles neuropsychiatriques tels que la démence, car les points de divergence sont trop nombreux. Cela nécessite une analyse et une approche distinctes. Sont également exclues du champ d'application de ce document les demandes d'euthanasie de patients psychiatriques en raison d'un état physique, tout comme l'évaluation psychiatrique de patients demandant l'euthanasie en raison d'un état physique dans une phase non terminale.

Enfin, la combinaison de l'euthanasie au don d'organes dépasse également le cadre de ce texte consultatif. Le Comité consultatif de bioéthique belge prépare d'ailleurs actuellement un avis à ce sujet.

Il convient de souligner que cet avis ne constitue pas explicitement une directive, car la structure et la méthode de travail strictes permettant d'aboutir à une directive dans les règles de l'art n'ont pas été retenues. D'une part, nous pensons que le sujet, avec ses considérations principalement éthiques, ne s'y prête guère. D'autre part, l'investissement en temps qu'un tel processus requiert n'est pas réalisable sans financement spécifique. Tous les psychiatres et les intervenants externes impliqués dans ce texte consultatif ont travaillé sans rémunération.

Ce texte consultatif s'inspire largement de [la directive néerlandaise : "Demande de suicide assisté par des patients souffrant de troubles psychiatriques" \(2009\)](#). Aux Pays-Bas, la loi porte concerne à la fois l'euthanasie et le suicide assisté sous certaines conditions. Alors que notre texte consultatif en était au stade de préparation, cette directive néerlandaise a été profondément remaniée. Nous avons eu plusieurs contacts avec nos collègues néerlandais et, dans la phase finale, nous avons obtenu une copie de leur texte (*Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*). À l'époque, une version du texte a été diffusée aux Pays-Bas afin de recueillir les commentaires des professionnels et autres parties prenantes. Aux Pays-Bas, ils ont choisi de suivre la structure et les procédures requises pour une directive formelle. Étant donné que la version finale de la directive néerlandaise n'avait pas été publiée au moment de la présentation de notre texte consultatif, nous avons décidé – d'un commun accord – de nous baser principalement sur la version 2009 de leur directive et de la citer. Les deux principales références de ce texte consultatif sont donc [la loi sur l'euthanasie du 28 mai 2002](#) et le document néerlandais

«*Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*» (Association néerlandaise de psychiatrie, De Tijdstroom, Utrecht 2009).

Lorsque nous citons la directive néerlandaise «*Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*», nous remplaçons systématiquement le terme "suicide assisté" par "euthanasie". De cette façon, nous rendons les citations plus applicables au contexte belge. En effet, dans la version remaniée de leurs recommandations, nos collègues néerlandais utilisent systématiquement le terme "euthanasie" au lieu de "suicide assisté". Le présent texte consultatif examine en outre le statut du suicide assisté et du suicide médicalement assisté en Belgique (voir section 10).

À l'échéance de la publication du présent avis de la VVP, deux autres textes consultatifs seront également publiés : l'avis éthique de Zorgnet-Icuro ainsi que l'avis sur l'euthanasie et la souffrance psychologique du Comité consultatif de bioéthique belge. Chacun d'entre eux a son approche et ses particularités, mais il existe des convergences entre les parties concernées et/ou des consultations ont eu lieu entre elles.

Dans ce qui suit, **les exigences concrètes en matière de diligence raisonnable préconisées par la VVP sont indiquées en gras**. Les exigences en matière de soin peuvent présenter une interprétation particulière des conditions légales, ou les représenter dans le contexte spécifique de l'euthanasie en psychiatrie, ou encore refléter une position prise par la VVP selon laquelle les soins, du point de vue de la profession dans cette situation particulière, devraient aller au-delà [des conditions légales](#).

En conclusion, l'évaluation d'une demande d'euthanasie associée à sa prise en charge continue impose de lourdes contraintes au patient, à sa famille, aux médecins et aux professionnels de la santé. Ce qui est peut-être le plus important à cet égard ne peut pas être saisi dans les recommandations et les exigences de soins. Tout cela est influencé par le traitement, l'empathie, l'attention, la confiance, l'engagement, l'opportunité, le respect (y compris le respect mutuel) pour les limites de l'autre, la façon dont les conversations sont menées et dont les messages sont communiqués. Par exemple, "je ne suis pas prêt à donner un avis positif pour le moment" ou "actuellement les critères juridiques et les exigences de diligence raisonnable ne sont pas encore remplis" est un message très différent de "je vous donne un avis négatif".

C. Structure de ce document

Ce texte consultatif comprend une table des matières, l'introduction ci-dessus et, dans les pages qui suivent, 13 points essentiels pour traiter une demande d'euthanasie avec le soin requis. Dans le point 1, nous nous concentrons sur ce que l'on entend par un processus d'évaluation minutieux associé à des soins constants. La section 2 explique le critère de prise en charge de la situation médicale désespérée. Pour cela, la VVP se réfère à la directive néerlandaise, qui a élaboré ce critère de manière large et approfondie. La section 3 décrit le critère du "caractère constant et insupportable de la souffrance physique ou psychologique". Dans le

point 4, nous explicitons les critères de prise en charge concernant la réalisation et le caractère répété d'une demande d'euthanasie, sans pression extérieure. Le point 5 traite de la transparence entre le médecin et le patient. Le point 6 souligne l'importance de l'implication de la famille et des amis. La partie 7 met l'accent sur la nécessité d'impliquer d'autres prestataires de soins et les services sociaux. La section 8 se concentre sur la pertinence des valeurs et des émotions des médecins impliqués et sur un éventuel contre-transfert. Le point 9 concerne la décision finale. Le 10 souligne la différence entre l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. La partie 11 se concentre sur ce que l'on entend par la diligence raisonnable dans le cadre de l'euthanasie. Quant au point 12, il donne des détails supplémentaires sur les exigences en matière d'exécution minutieuse sur le plan médical et, enfin, le point 13 traite de la prise en charge des proches.

1. Un processus d'évaluation minutieux associé à des soins constants

1.1. Parties concernées, terminologie et diligence raisonnable

Le patient qui demande l'euthanasie est au centre de l'attention. Viennent ensuite les proches du patient (famille, amis, patients proches...) et les professionnels de la santé (équipes pluridisciplinaires, médecin généraliste, psychiatre ambulatoire, psychologue, psychothérapeute...) Étant donné que dans le cas d'une demande d'euthanasie en psychiatrie, le patient n'est généralement pas en phase terminale ("le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance" ; article 3. §3), la loi prévoit que trois médecins doivent être impliqués : le médecin qui pratiquera l'euthanasie éventuelle (c'est aussi ce médecin qui reçoit la demande écrite d'euthanasie et déclare l'euthanasie à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCE), et deux médecins indépendants qui sont consultés par le médecin exécutif et lui font un rapport sur le sujet de la demande d'euthanasie. Nous parlons ci-dessous du "médecin exécutif", du "premier médecin consulté" et du "deuxième médecin consulté". Le terme "médecin exécutif" ne suggère pas, même de loin, l'exécution de l'euthanasie. Ce terme n'est qu'une abréviation de "le médecin qui est prêt à pratiquer l'euthanasie, pour autant que toutes les conditions légales semblent remplies et s'il existe deux avis positifs des médecins consultés de manière indépendante et si, après ce processus d'évaluation, le patient souhaite confirmer sa demande.

Dans le cadre de la loi, le médecin exécutif peut être l'un des médecins traitants, par exemple le médecin généraliste ou le psychiatre traitant. Si le psychiatre traitant assume ce rôle, il peut être assisté (par exemple pour les aspects techniques) par un collègue (médecin ADMD 'consultations concernant la fin de vie' ; formation et accréditation spécifiques), médecin palliatif, généraliste, etc.] **Si aucun des médecins traitants n'est prêt à assumer le rôle de médecin exécutif, il sera nécessaire de trouver un autre médecin pour ce rôle. La VVP approuve les règles de l'ADMD selon lesquels cela doit se faire suffisamment tôt dans le processus pour donner au nouveau médecin l'occasion de développer une relation de**

confiance avec le patient et d'évaluer lui-même les critères légaux. Il n'est pas prudent de faire appel à un médecin seulement à la fin du processus d'évaluation pour pratiquer l'euthanasie.

Les deux médecins consultés doivent être indépendants : c'est-à-dire indépendants du patient, l'un de l'autre et du médecin exécutif. Nous examinerons la question de l'indépendance de plus près ci-dessous. **En tout état de cause, il est clair que les médecins traitants ne peuvent pas assumer la position de médecin consulté. Afin de garantir une évaluation impartiale en toute indépendance, il est également important que ces médecins consultés n'assument pas un rôle lié au traitement du patient pendant le processus d'évaluation. Toutefois, une relation de confiance peut se développer au cours du processus d'évaluation. Ils sont également autorisés à partager les recommandations de traitement avec les médecins traitants concernés.** Cela peut mettre le médecin traitant dans la position difficile de constater qu'un patient est toujours disposé à suivre un traitement, mais que sa motivation est très limitée, voire fallacieuse, c'est-à-dire que le but principal de la poursuite du traitement est de faire progresser l'évaluation de la demande d'euthanasie. Si les médecins et les professionnels de la santé estiment qu'une amélioration et une guérison sont encore possibles, mais que le patient ne partage pas cet espoir et veut simplement satisfaire au critère selon lequel toutes les options thérapeutiques ont été tentées. D'une part, cette question doit être discutée en toute transparence avec le patient et toutes les personnes concernées. D'autre part, cette motivation externe, peut-être inappropriée, peut constituer un nouveau point de départ qui, contre toute attente, aide tout de même le patient à avancer et à soulager sa souffrance ou à se rétablir. En psychiatrie, nous constatons souvent que le point de départ du traitement ait une motivation ambivalente et principalement externe, mais que cette motivation se modifie en cours de parcours de traitement (par exemple, le traitement de la dépendance).

1.2. À propos du souhait de mourir et de la vie

Pour commencer, le souhait de mourir du patient est étudié dans le cadre de la relation thérapeutique. Ce souhait de mourir contient souvent un appel à l'aide. Le désir de mourir a également une signification dans cette relation et est traité de manière thérapeutique, par l'exploration, l'expression de l'empathie, la remise en question et le questionnement. Les psychiatres travaillent quotidiennement avec des patients suicidaires. Dans le cas d'une situation aiguë de détresse suicidaire (lorsqu'une personne représente un grave danger pour elle-même) due à un trouble psychiatrique grave, il est possible de recourir exceptionnellement à des mesures de protection telles que l'hospitalisation d'office, s'il n'y a pas d'autres solutions et si le patient ne peut plus être approché ni maintenu en sécurité par des soins et de l'assistance volontaire. Toutefois, chez la grande majorité des patients suicidaires, le travail thérapeutique sur et avec ces tendances suicidaires s'effectue dans le cadre d'une relation de confiance. Ce document ne porte pas sur ce processus, mais bien sur la réponse donnée à une demande formelle d'euthanasie et la procédure qui s'ensuit. Ce processus thérapeutique se poursuit pendant cette procédure d'autorisation et d'évaluation de la demande d'euthanasie.

Une demande d'euthanasie n'est pas un souhait de mourir au sens strict du terme. Mais un souhait de ne pas (devoir) continuer à vivre dans cet état. La mort n'est qu'une option parmi d'autres. Avant tout, la requête doit être considérée comme une demande de changer ses conditions de vie actuelles et/ou ses perspectives de vie.

L'évaluation d'une demande d'euthanasie ne se limite pas à l'examen de cette demande au regard des conditions légales et des exigences de diligence raisonnable. Elle porte en elle une chance d'explorer et de mettre en œuvre de nouvelles opportunités avec le patient. Il peut d'interventions médicales ou psychothérapeutiques, de modifications de contexte psychosocial (éducation, travail, bénévolat, logement, réseau...), de contacts avec des experts qui ont vécu cette expérience, de soins palliatifs ou curatifs... Le soutien d'experts par expérience, qui construisent eux-mêmes au quotidien leur propre rétablissement d'une grave vulnérabilité mentale, peut constituer un atout considérable. En effet, le contact avec d'autres malades permet de mettre les patients en contact avec leurs propres forces, malgré leur souffrance.

Les contacts dans le cadre d'une demande d'euthanasie doivent toujours être axés sur la mort (étude et évaluation de la demande d'euthanasie) et sur la vie (vers la guérison, l'élaboration d'une vie qui a du sens malgré la souffrance et les limitations). Concrètement, cette stratégie de "double voie" sous-entend qu'un psychiatre référent et, si nécessaire, d'autres cliniciens restent toujours impliqués lors de l'approbation d'une la demande d'euthanasie. Les médecins concernés par la demande d'euthanasie insisteront pour que le patient poursuive ou reprenne ses soins durant la période d'évaluation de la demande d'euthanasie. On peut également envisager l'orientation vers des experts par expérience en matière de rétablissement. La continuité des soins pendant l'examen d'une demande d'euthanasie est importante, entre autres afin d'éviter que les médecins consultés subissent des pressions dans leur évaluation de la demande d'euthanasie, par exemple en raison de tendances suicidaires ou de situations de crise. Cela permet également d'éviter le fait que ces médecins se voient contraints de jouer le rôle de médecin traitant, d'avoir à intervenir en cas de crise, par exemple. Les médecins consultés doivent être sûrs que cela sera inclus dans le conseil continu des travailleurs sociaux toujours actifs. Les crises du patient dont la demande d'euthanasie est évaluée font obstacle à une évaluation minutieuse si le médecin consulté ne peut pas faire appel à des conseillers encore actifs. Une évaluation minutieuse n'est possible que si, en plus des médecins consultés, il y aussi un psychiatre traitant et, idéalement, d'autres conseillers impliqués activement.

L'expression "approche à double voie" n'implique en aucun cas une séparation, un découplage ou une division stricte : tous les médecins et, le cas échéant, les autres professionnels de la santé concernés prennent en considération le traitement, le rétablissement, le souhait de mourir et la demande d'euthanasie. Toutefois, l'accent sera placé différemment selon les différentes parties concernées. Plus encore qu'une démarche

concrète, l'approche à double voie est une attitude fondamentale par laquelle toutes les demandes d'euthanasie restent axées sur la mort et la vie.

Au moins trois médecins sont impliqués dans l'approbation d'une demande d'euthanasie. Dans la logique de la loi, un patient s'adresse généralement à son médecin traitant pour présenter sa demande d'euthanasie. Ce dernier vérifie si les critères légaux et les exigences de précaution ont été respectés. Le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) contacte deux médecins consultés (les médecins consultés) et leur demande leur avis. En cas d'une maladie psychiatrique, au moins deux médecins consultés doivent donner leur avis, dont l'un au moins, selon la loi dans le cas d'une maladie psychiatrique, doit être un psychiatre (Loi sur l'euthanasie, article 3 §3). Si nécessaire, le médecin traitant procède à l'euthanasie s'il est disposé à le faire. Dans ce cas, le médecin traitant devient le médecin exécutif.

Ainsi, selon la logique de la loi, le médecin traitant devient donc le médecin exécutif. Dans la pratique, les choses se passent régulièrement de manière différente lorsque le ou les médecin(s) traitant(s) ne souhaite(nt) pas, par principe, agir en tant que médecin exécutif, ce qui est évidemment leur droit. L'article 14 de la loi sur l'euthanasie stipule qu'aucun médecin ne peut être forcé à pratiquer une euthanasie et qu'aucune autre personne ne peut être forcée à y participer. Dans ce cas, le scénario alternatif suivant est souvent en jeu.

Le patient contacte lui-même ou est orienté vers un psychiatre pour l'exploration et l'évaluation de sa demande d'euthanasie. Ce psychiatre joue alors le rôle de premier médecin consulté. Après un processus d'exploration et d'évaluation, le patient est référé à un autre psychiatre qui joue le rôle de second médecin consulté. Si tous deux donnent finalement un avis positif, il y a un praticien (qui peut ou non avoir demandé l'avis lui-même), mais il n'y a pas de médecin exécutif. Ce n'est qu'à ce moment-là que l'on cherche un autre médecin qui accepte de procéder à l'euthanasie. Évidemment, ce médecin voit alors le patient plusieurs fois en consultation, évalue lui-même les critères légaux et prend les deux avis en considération.

La VVP estime que cette pratique, qui implique tardivement le médecin exécutif, n'est pas suffisamment prudente. Bien entendu, le médecin qui demande un avis doit informer le ou les médecin(s) consulté(s) de la consultation (Loi sur l'euthanasie, article 3 §2.3 et §3.1). En outre, la VVP précise qu'il doit y avoir une concertation entre les médecins concernés pour établir la position, l'attitude, les attentes et les rôles de chacun. En principe, l'avis est donné à un médecin dont le rôle est clair pour le patient et le médecin consulté. La transparence quant à la répartition des rôles peut éviter des souffrances supplémentaires pour le patient et une confusion des rôles pour le médecin. Il faut encore éviter qu'un patient dispose de conseils, mais pas d'un médecin traitant et/ou un médecin exécutif. La VVP suggère donc de respecter l'ordre juridique légal qui consiste à faire intervenir le médecin exécutif dès le début du processus, et dans lequel les médecins consultés sont sollicités en tant que conseil par le médecin exécutif et lui font rapport.

La réticence des psychiatres à pratiquer eux-mêmes l'euthanasie suscite parfois l'incompréhension de leurs collègues à qui l'on demande de la pratiquer. Un scénario alternatif possible est qu'un psychiatre occupe également la fonction de médecin exécutif, qu'il soit ou non assisté avec techniquement par un collègue expérimenté (par exemple, un médecin LEIF ou un médecin en soins palliatifs).

Quel que soit le scénario retenu, les principes juridiques suivants sont d'application. L'exploration, l'évaluation et l'exécution d'une euthanasie (demande) en psychiatrie impliquent au moins trois médecins et, de préférence, d'autres professionnels de la santé ou travailleurs sociaux. Les deux médecins consultés doivent être indépendants du patient, du médecin exécutif (article 3 §1.3) et l'un de l'autre. Ils procèdent à leur évaluation indépendamment les uns des autres. Par indépendance, il faut comprendre – notamment – qu'il n'existe pas de lien de sang, d'affinités ou de relation personnelle. **En outre, la VVP insiste aussi sur le fait que les médecins consultés ne doivent pas avoir (eu) une relation de traitement de longue durée avec le patient, et qu'il ne doit pas y avoir de relation hiérarchique entre les différents médecins impliqués.**

Compte tenu de la complexité de l'évaluation d'une demande d'euthanasie en psychiatrie, **la VVP fixe comme exigence de diligence raisonnable que sur les trois médecins impliqués, au moins deux soient psychiatres.** En effet, l'évaluation d'une demande d'euthanasie en psychiatrie nécessite, entre autres, les expertises suivantes : évaluation de la volonté ou de la capacité de décision, expertise diagnostique et thérapeutique de la condition psychiatrique en cause avec évaluation du désespoir médical, expertise psychothérapeutique relative à la stratification, aux significations et à la dynamique implicites (transfert et contre-transfert) liées au désir de mourir et à la demande d'euthanasie.

En raison de la complexité de l'évaluation d'une demande d'euthanasie en psychiatrie, il ne s'agit jamais d'un instantané, mais bien **d'un processus dans lequel on prend suffisamment de temps au fil de multiples contacts.** Le délai légal minimum entre la demande d'euthanasie et l'exécution éventuelle de l'euthanasie est d'un mois dans une phase non terminale de l'affection. **Dans le contexte d'une demande d'euthanasie pour une maladie psychiatrique, ce délai est beaucoup plus long,** ce qui se reflètera dans les exigences de diligence raisonnable qui seront élaborées et discutées plus loin dans le présent texte consultatif.

La VVP soutient également que le fait qu'un patient ait formulé demande d'euthanasie ne doit jamais être en soi une raison de lui refuser certains soins ou traitements, ou de lui refuser l'accès à certains programmes thérapeutiques. Il est parfois fait état que les patients

ayant introduit une demande d'euthanasie ne devraient pas être autorisés à participer à un certain programme thérapeutique parce qu'ils ne choisissent pas la vie ou parce qu'ils auraient un effet négatif sur les autres patients. Cela nous semble une incompréhension de la complexité, de la stratification et souvent de l'ambivalence d'une demande d'euthanasie. Bien sûr, par analogie avec les patients suicidaires, on peut demander aux patients un engagement thérapeutique clair.

Si un médecin refuse de donner suite à une demande d'euthanasie, il doit en informer le patient ou toute personne de confiance en temps utiles, en expliquant les raisons de son refus (Article 14 de la loi sur l'euthanasie). Si le refus est fondé sur un motif médical, il doit être consigné dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie doit, à la demande du patient ou de la personne de confiance, communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par le patient ou la personne de confiance.

1.3. La responsabilité des psychiatres concernés

Un médecin qui pratique l'euthanasie (médecin exécutif), doit suivre un certain nombre d'étapes prescrites par la loi ([Article 3](#)). Voici un aperçu de ces étapes.

- « S'assurer que la demande est exprimée de manière volontaire, réfléchie et répétée, sans qu'elle résulte d'une pression extérieure ».
- « S'assurer que la personne concernée doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance psychique constante et insupportable que cette souffrance résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. »
- « Informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, et le consulter au sujet de sa demande d'euthanasie et évaluer avec lui les options thérapeutiques encore envisageables, y compris les soins palliatifs, ainsi que leurs conséquences. »
- « Si une équipe infirmière (pluridisciplinaire) est impliquée et qu'elle est en contact régulier avec le patient, il convient de discuter de la demande du patient avec l'équipe ou les membres de l'équipe. »
- « Si le patient le souhaite, discuter de sa demande avec les proches qu'il a désignés. »
- "S'assurer que le patient a eu l'opportunité de parler de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer. »
- « Vérifier qu'il existe une demande écrite : le patient doit faire sa demande par écrit.»
- « Au minimum, la demande doit comporter le texte consultatif "Je veux l'euthanasie", la date de la demande, le nom et la signature de la personne du demandeur, et, si possible, le motif de la demande. »
- « Si le patient est incapable d'écrire, la demande peut être rédigée par un tiers qui n'est pas un héritier. Dans ce cas, cela doit être fait en présence d'un médecin. Il faut également noter les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en mesure de l'écrire lui-même, le nom du rédacteur et le nom du médecin présent lors de la rédaction.»

- Comme cela concerne des situations non terminales : « Laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'application de l'euthanasie. »
- « Toutes les demandes formulées par le patient, ainsi que les actions du médecin traitant et leurs résultats, y compris le ou les rapports du ou des médecins consultés, sont régulièrement consignés dans le dossier médical du patient. »

La loi décrit la tâche du premier médecin indépendant en ces termes : (littéralement de [l'article 3](#)) :

- « Déterminer la gravité et l'incurabilité du trouble. »
- « Être certain qu'il y a une souffrance physique ou psychologique persistante et insupportable qui ne peut être soulagée. »

Le mandat du premier médecin consulté est légalement défini comme suit : (verbatim de de [l'article 3](#)) :

- « Évaluer le caractère grave et incurable de l'affection. »
- « Constater la souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée." »

La VVP établit comme exigence de diligence raisonnable que les trois médecins impliqués donnent leur avis sur les mérites de tous les critères légaux et les exigences de diligence raisonnable (et pas seulement les devoirs légalement prévus pour chaque médecin comme indiqué ci-dessus), après plusieurs entretiens répartis sur une période de temps raisonnable :

- Évaluer la gravité et le caractère incurable de l'affection.
- Évaluer si l'état est médicalement désespéré (qu'il ne reste aucune perspective de traitement raisonnable).
- Évaluer si la souffrance est constante et insupportable et ne peut être soulagée.
- Évaluer la volonté ou la capacité de décision.
- Évaluer si la demande est volontaire, réfléchie et répétée.
- Évaluer si la demande n'est pas le résultat d'une pression extérieure.

L'un des deux psychiatres impliqués (médecin exécutif ou premier médecin consulté) effectue avec le patient un processus d'évaluation qui nécessite des contacts fréquents, répartis sur une période de temps suffisamment longue. Au cours de ce processus, ce psychiatre ne se contente pas d'évaluer les critères légaux et les exigences de diligence raisonnable, mais il explore en profondeur la demande d'euthanasie : les nuances de sens, la valeur apparente de la demande, mais aussi les raisons qui se cachent derrière la demande, les messages ou significations implicites, la dynamique sous-jacente (par exemple, le transfert et le contre-transfert), ... Il ou elle implique la famille et les tiers importants dans ce processus.

Dans un tel processus, une relation de confiance se développe entre le patient et le psychiatre. Cela peut donc, en raison de biais et de (contre-)transferts compliquer la position d'évaluative indépendante et plus objective de ce psychiatre. **Pour cette raison, l'intervention d'un deuxième psychiatre est indispensable, qui assume alors le rôle juridique de l'un des médecins consultés. Ce second psychiatre adopte alors une position d'évaluation plus stricte et ne voit le patient qu'à quelques reprises, au cours desquelles il évalue de manière plus concise et la plus objective possible si la demande d'euthanasie répond aux critères légaux et aux exigences de diligence raisonnable, et s'il existe plus de perspectives de guérison (en d'autres termes, si les souffrances ne peuvent être apaisées). Si nécessaire, il est toujours possible de demander des conseils supplémentaires** (par exemple, un deuxième avis d'un spécialiste de la maladie en question afin d'aider à évaluer le désespoir médical ; ou d'un spécialiste de l'évaluation de la volonté ; ou des psychodiagnosics ; des conseils psychothérapeutiques ; etc.).

Les deux médecins consultés prennent connaissance du dossier médical, examinent le patient et rédigent un rapport de leurs constatations. Ils fournissent un rapport détaillé et minutieux au médecin exécutif, avec un avis étayé et motivé. Ils mènent également un ou plusieurs entretiens avec le ou les médecins traitants (précédent(s) et/ou actuel(s)) et les autres prestataires de soins et voient le patient seul (entretien en privé) et, si nécessaire, avec sa famille.

Les éléments ci-dessus nécessitent une reconstitution précise de l'historique, de l'évolution de la maladie et du traitement déjà en cours. Demander et collecter ces informations est une mission essentielle. La coopération des collègues (praticiens actuels et anciens) pour fournir des informations de manière claire et complète est cruciale pour une évaluation minutieuse. La demande d'informations médicales peut être faite par le médecin ou le patient lui-même, conformément à l'article 9 de la Loi relative aux Droits des Patients du 22 août 2002. Selon cet article, tout patient a le droit de disposer d'un dossier soigneusement tenu, avec la possibilité de le consulter ou d'en faire une copie.

Lorsqu'un médecin réclame des informations, une déclaration de consentement signé est nécessaire. Les autres médecins et soignants, en fournissant des informations complètes, contribuent à une évaluation attentive de la demande d'euthanasie et non à une éventuelle euthanasie.

Une analyse réalisée avec exactitude se repose sur des informations vastes et détaillées : par exemple, la nature, la durée et la fréquence des traitements psychothérapeutiques ambulatoires et résidentiels, les admissions, le type, les doses, la durée, les effets et effets secondaires des médicaments, les traitements techniques, l'attention à la vie professionnelle, le logement adapté, les soins communautaires, etc.

Outre la collecte de ces informations, il est essentiel de consulter les principaux praticiens actuels et anciens au sujet de la demande d'euthanasie et des exigences de diligence raisonnable. La consultation fournit souvent plus de contexte que les rapports et offre la possibilité d'une réflexion commune. Les prises de contact avec les praticiens se font en concertation avec le patient. Toutefois, si le patient ne consent pas à ce que l'on demande des informations ou à ce que l'on prenne contact avec lui, le médecin exécutif ou le médecin consulté exécutif peuvent décider qu'ils ne peuvent pas remplir correctement leurs fonctions et procéder valablement à l'évaluation.

En outre, tous les médecins concernés, mais surtout les praticiens, doivent rester attentifs aux points suivants :

- Stimuler et soutenir le processus chez le patient pour envisager d'autres options que la mort - saisir toutes les opportunités de rétablissement et de changement – explorer les interventions susceptibles d'atténuer la souffrance dans le cadre d'une approche axée sur le rétablissement. L'implication de la famille ou de tiers importants peut être importante dans ce contexte.
- Accompagner le patient et ses proches (même si l'euthanasie doit finalement avoir lieu) : préparatifs, derniers adieux...

Sur le plan strictement légal, il n'est pas nécessaire que l'avis des médecins consultés soit positif pour procéder à l'euthanasie. **La VVP stipule comme exigence de diligence raisonnable qu'il doit y avoir deux avis positifs et que tout avis négatif doit être pris en considération.**

En résumé, la VVP stipule, en tant qu'exigence de diligence raisonnable, que lors de l'approbation d'une demande d'euthanasie en psychiatrie, il faut impliquer un médecin traitant (et, le cas échéant, d'autres praticiens), un médecin exécutif (qui peut être le médecin traitant) et deux médecins indépendants consultés. Parmi les trois médecins impliqués dans la demande d'euthanasie (le médecin exécutif et les deux médecins consultés), au moins deux d'entre eux doivent être des psychiatres. Au moins un de ces psychiatres impliqués procèdera à un long et minutieux processus d'évaluation avec le patient, impliquant plusieurs contacts et une large exploration. L'autre psychiatre impliqué (l'un des médecins consultés) peut avoir un nombre plus limité de contacts avec le patient, dans lesquels une position évaluative plus rigoureuse est prise pour vérifier les critères légaux. Cela installe une complémentarité entre, d'une part, l'évaluation et l'exploration en profondeur dans laquelle, cependant, une relation de confiance (mais pas une position de traitement) apparaît, ce qui peut rendre l'évaluation moins objective (par exemple, contre-transfert) et, d'autre part, une évaluation plus stricte des critères légaux dans laquelle, cependant, il y a moins de place pour la croissance de la confiance et la profondeur (exploration des stratifications, ambivalence...) qui l'accompagne.

Selon la loi, les médecins consultés sont consultés par le médecin exécutif et rendent compte à ce dernier. Cela signifie qu'un médecin consulté ne peut commencer son processus d'évaluation que si un médecin exécutif le consulte. En tant que médecin consulté, il n'est pas prudent de travailler avec des patients qui s'adressent eux-mêmes à un médecin, car ils risquent de faire du "shopping d'opinion". En outre, la VVP prévoit comme obligation de diligence raisonnable que chacun des médecins impliqués (l'exécutif et les deux consultés) procède à une évaluation complète de l'ensemble des critères légaux, et pas seulement de ceux strictement prévus pour le premier et le second médecin consultés. Les deux médecins consultés font un rapport détaillé et minutieux avec un avis motivé et étayé adressé au médecin exécutif et, le cas échéant, aux autres professionnels de la santé impliqués. Conformément à la loi sur les droits des patients, le patient a évidemment le droit de consulter une copie de ce rapport ou des conseils adressés au médecin exécutif. Il doit y avoir avis positifs et tout avis négatif doit être pris en considération.

2. Évaluation de la situation médicale désespérée

Le fondement de la loi sur l'euthanasie est que " le patient se trouve dans une situation médicale désespérée de souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée, et qui résulte d'une affection grave et incurable causée par un accident ou une maladie " (Loi sur l'euthanasie. Article 3, § 1).

Médicalement désespéré signifie donc que l'affection est non seulement grave et incurable, mais aussi que la souffrance persistante et insupportable ne peut être apaisée. Une situation médicale désespérée n'en fait donc pas référence à la perception subjective du désespoir par le patient, mais au manque d'options thérapeutiques et de moyens de soulager la souffrance d'un point de vue médico-psychiatrique plus objectif.

Nous citons les directives de la Société néerlandaise de psychiatrie (NVvP) en matière de situation médicale désespérée :

La souffrance est sans espoir lorsqu'il n'existe aucune perspective de la soulager, de l'atténuer ou de l'éliminer. En d'autres termes : lorsqu'il n'y a plus de perspectives de traitement. Dans certaines formes de souffrance somatique, par exemple une lésion irréversible de la moelle épinière, l'impossibilité de traiter l'affection est certaine. Dans le cas de nombreux troubles psychiatriques, il est impossible de prévoir l'évolution avec une certitude absolue. Il est, du moins en théorie, toujours possible qu'une guérison spontanée se produise après un certain nombre d'années. En outre, une fois que les traitements les plus évidents ont été tentés, plusieurs autres traitements sont souvent encore théoriquement possibles. L'impossibilité absolue de traitement n'existe

donc guère en psychiatrie, sauf lorsque le trouble psychiatrique est consécutif, par exemple, à des lésions cérébrales manifestement irréversibles. Pour cette raison, le comité considère qu'il est important de parler d'impossibilité de traitement lorsqu'il n'y a plus de perspective raisonnable de traitement [voir perspective raisonnable de traitement]. Lorsqu'on évalue la perspective de vie d'un patient qui considère sa situation comme désespérée, des considérations autres que médicales entrent en jeu. Après tout, une perspective de vie est étroitement liée aux éléments que le patient lui-même considère comme précieux, significatifs et dignes d'être recherchés. En ce sens, l'expérience du désespoir est éminemment personnelle et individuelle. Le professionnel de la santé devra tenir compte de l'ensemble des valeurs, normes et objectifs de vie du patient pour évaluer si sa souffrance est désespérée ou non.

Cet extrait montre que la NVvP considère le désespoir médical comme l'exigence de diligence raisonnable selon laquelle il n'existe plus de perspective de traitement raisonnable (ou qu'aucune autre alternative raisonnable n'est disponible). Il s'agit avant tout d'une évaluation médicale, qui prend, bien évidemment, en considération les valeurs et les expériences du patient. Mais l'accent est mis sur une évaluation médico-psychiatrique, alors que pour l'évaluation du caractère constant et insupportable de la souffrance, l'accent est mis sur le patient, complété par une évaluation par le médecin (souffrance perceptible, examen mental...). **La VVP suit la NVvP dans le sens où, d'un point de vue médico-psychiatrique, il faut démontrer qu'il n'existe plus d'options de traitement raisonnable ou de perspectives de traitement raisonnable. La VVP suit la manière dont la perspective de traitement raisonnable est décrite par la NVvP.**

Pour une perspective de traitement raisonnable, la commission fixe trois exigences. Selon les connaissances médicales actuelles, cela réunit ces trois critères :

- a. perspective d'amélioration avec un traitement adéquat ;*
- b. dans un délai raisonnable ;*
- c. et avec une relation raisonnable entre les résultats attendus et la charge que représente le traitement pour le patient.*

a. Une perspective d'amélioration avec un traitement adéquat :

*(...) Ce que le prestataire de soins de santé considère comme une amélioration ne l'est pas nécessairement pour le bénéficiaire. Quand un psychiatre peut-il dire que les possibilités de traitement ont été épuisées ? **Le principe de base est que toutes les options de traitement admissibles selon les connaissances médico-scientifiques ont été appliquées et se sont révélées inefficaces.** Il n'entre pas dans le cadre de ce document d'énumérer les traitements courants pour toutes les affections. Toutefois,*

voici quelques lignes directrices générales que le psychiatre peut prendre en compte dans son évaluation. **Selon le comité, un patient ne peut être considéré comme non traitable tant que les interventions suivantes n'ont pas été tentées :**

- **Tous les traitements biologiques standard indiqués ;**
- **Tous les traitements psychothérapeutiques indiqués ;**
- **Les interventions sociales susceptibles de rendre la souffrance plus supportable.**

Pour ce faire, le praticien doit au moins s'appuyer sur les lignes directrices et les documents de consensus établis par l'association professionnelle. Les traitements eux-mêmes doivent correspondre à l'état de l'art. Par exemple, chez un patient souffrant d'un trouble dépressif, le traitement biologique doit nécessairement inclure : un antidépresseur moderne, un antidépresseur tricyclique avec contrôle du taux sanguin, une stratégie de potentialisation comme avec le lithium, un inhibiteur classique de la monoamine-oxydase et une thérapie électro-convulsive. Le psychiatre devra également vérifier s'il y a lieu d'essayer d'autres alternatives moins courantes, mais figurant dans les directives, en particulier d'autres stratégies de potentialisation. En outre, dans le cas d'un patient souffrant de dépression, il devra vérifier si des formes standard de psychothérapie, telles que la thérapie interpersonnelle, la thérapie cognitive (comportementale) ou, lorsque cela est indiqué, d'autres formes de thérapie, ont été appliquées par un thérapeute qualifié.

Cette directive est basée sur l'état de l'art au moment de la rédaction. Les effets placebo doivent être pris en compte dans toutes les affections. Cela inclut des facteurs non spécifiques, tels que la qualité de la relation thérapeutique, les influences de l'environnement du patient et le cadre de vie dans lequel il évolue. Un transfert dans un autre cadre pourrait influencer la relation thérapeutique, la motivation du patient, l'affection et ses conséquences, et donc le désir de mourir. Enfin, il faut toujours tenir compte des possibilités raisonnables de guérison spontanée du trouble.

Une perspective de traitement raisonnable existe toujours si l'on peut raisonnablement supposer que la situation de la personne qui demande de l'aide peut s'améliorer à la suite d'interventions ciblées ou spontanément. Le psychiatre n'a pas besoin d'envisager la possibilité exclusivement théorique qu'une thérapie efficace soit disponible à l'avenir. Il peut conclure qu'il n'y a aucune perspective d'amélioration si les options d'intervention potentiellement profitables qui pourraient apporter une amélioration ont été épuisées au moment où il doit décider d'accorder ou non l'euthanasie.

Afin de déterminer si une perspective de traitement existe encore, il faut procéder à un examen détaillé de l'historique du conseil et de la situation actuelle. Les questions suivantes constituent une partie importante de cet examen.

- *Quels traitements biologiques et psychologiques et quelles interventions sociales ont été appliqués ?*
- *Ces traitements sont-ils arrivés à leur terme ou éventuellement interrompus prématurément ?*
- *Ces traitements ont-ils été appliqués selon l'état de l'art ?*
- *Quels sont les résultats des traitements ?*
- *Y a-t-il eu des circonstances qui ont empêché les traitements de fonctionner ?*

b. Délai raisonnable

Si, selon le dernier avis médical, il existe une perspective d'amélioration, mais pas dans un délai prévisible, il n'y a pas de perspective de traitement raisonnable. Ce qui constitue un terme prévisible ne peut être évalué indépendamment de la situation individuelle et des antécédents du patient. La commission estime qu'il n'est pas possible de déterminer quantitativement ce que pourrait être une "période de temps prévisible", mais elle pense que les éléments suivants – entre autres - sont importants :

- *La durée et l'étendue de l'aide antérieure ;*
- *La durée du traitement proposé (une durée pendant laquelle un protocole psychopharmacologique complet et un traitement psychothérapeutique centré sur la plainte peuvent être réalisés est, selon le Comité, dans tous les cas imprévisible).*
- *L'âge du patient ;*
- *La relation entre la probabilité d'une amélioration et la charge pour le patient.*

c. Rapport entre les résultats et la charge pour le patient

Dans le cas d'une perspective de traitement raisonnable, la charge du traitement disponible qui offre une perspective d'amélioration dans un délai prévisible est raisonnablement proportionnelle aux résultats attendus. Ce qui constitue un rapport raisonnable est difficile à objectiver. Cela doit être évalué dans chaque situation individuelle. Le comité estime toutefois que plusieurs éléments peuvent renforcer l'objectivité, à savoir :

- *La nature et l'étendue de l'amélioration et la probabilité que cette amélioration se produise.*
- *La nature et la gravité des risques et des effets secondaires du traitement, et la probabilité qu'ils se produisent.*
- *La charge pour le patient.*

Que se passe-t-il si un patient refuse une perspective de traitement raisonnable ? Peut-on parler de désespoir médical si une perspective raisonnable de traitement (par exemple, l'ECT dans le cas d'une dépression résistante à la thérapie) est refusée par le patient ? **Conformément à la directive néerlandaise, la VVP estime que tout patient a le droit de refuser une perspective raisonnable de traitement. Par conséquent, il ne peut théoriquement pas être que les critères de « désespoir médical », « impossibilité de traitement » et « intraitabilité de la souffrance » sont remplis, auquel cas l'euthanasie n'est pas possible :**

« Consentement à un traitement »

Pour qu'un traitement soit efficace, il est évidemment nécessaire que le patient y consente : il doit être disposé à prendre les médicaments, à participer à la psychothérapie et à coopérer à toute autre intervention. Des dilemmes peuvent surgir lorsque le patient refuse le traitement proposé. Selon la Cour suprême 1994 (...), le désespoir ne peut en principe exister si une alternative raisonnable pour soulager la souffrance est librement rejetée par le demandeur d'aide. Toutefois, cette décision doit être nuancée. D'après l'avis du Comité, certains traitements ne devraient jamais être refusés. Cela s'applique au moins aux traitements biologiques en psychiatrie dans toutes les situations indiquées, en raison de leur effet attendu relativement rapide et de leurs effets secondaires rarement graves. Cependant, le psychiatre devra tenir compte de la manière dont les autres traitements plus invasifs qu'il propose pourraient affecter la souffrance du patient.

Bien entendu, il s'agit d'une évaluation de possibilités et de probabilités, et non de certitudes. La question suivante est donc : le patient ressentira-t-il toute la pertinence de l'amélioration ? Ses valeurs, ses normes et ses objectifs de vie jouent un rôle à cet égard [voir également la section sur la souffrance sans espoir]. Si le psychiatre peut raisonnablement supposer que le patient continuera à ressentir sa souffrance comme insupportable, alors le refus du traitement devient acceptable. Dans ce cas, le refus ne doit pas nécessairement exclure la possibilité d'une euthanasie. Cependant, si le psychiatre s'attend à ce que le patient ressente le résultat et la pertinence du traitement, accorder l'euthanasie est inacceptable.

Lors de l'évaluation d'un refus de traitement, il faut prendre en compte les indicateurs de souffrance sans espoir et la perspective raisonnable de traitement [paragraphes sur la souffrance sans espoir et la perspective raisonnable de guérison]. Dans certains cas, le psychiatre peut conclure que le rapport entre la charge et les effets probables du traitement proposé n'est pas raisonnable. Prenons l'exemple d'un patient gravement traumatisé, en voie de détérioration rapide, qui a déjà été hospitalisé à de nombreuses reprises, qui s'est avéré résistant aux psychopharmacologies et a reçu un traitement psychothérapeutique à plusieurs reprises, et qui refuse maintenant un nouveau traitement stationnaire à long terme dans une clinique de référence. Si les

traitements déjà appliqués ont été réalisés selon l'état de l'art, le refus de traitement ne doit pas faire barrage à l'euthanasie."

En résumé, le VVP est en ligne avec la directive néerlandaise. Pour évaluer le désespoir médical, il faut se demander s'il est impossible d'offrir une perspective de traitement raisonnable ou des soins et interventions axés sur le rétablissement. Ce qui devrait se concrétiser par la comparaison des traitements déjà suivis avec les directives de traitement spécifiques fondées sur des preuves pour cette affection. En principe, le désespoir médical ne peut exister si le un patient refuse une perspective raisonnable de traitement. Nous notons toutefois que cette approche du désespoir médical s'écarte fortement de la perspective médicale traditionnelle. La législation a en effet tendance à privilégier le modèle médical, qui est évidemment biopsychosocial. Cependant, la souffrance est également liée au sens. En outre, le modèle médical est en pleine évolution, avec un accent de plus en plus placé sur la vision du rétablissement, qui, certainement dans le domaine de la santé mentale, motive largement les réformes en matière de soins. Dans la vision du rétablissement, l'accent est mis sur le rétablissement personnel plutôt que sur le rétablissement clinique : il s'agit de la poursuite d'une vie qui a du sens et de la qualité, malgré les limitations et les graves souffrances causées par la maladie. Le patient est encouragé à reprendre le contrôle et à réfléchir à ce dont il a besoin pour y parvenir. Ce type d'approche axée sur le rétablissement peut également motiver les patients ayant vécu de mauvaises expériences en matière de soins de santé mentale – expériences qui contribuent parfois même à leur souffrance - à rechercher de nouveaux traitements, interventions ou changements dans leur vie axés sur le rétablissement.

Parfois, un nouveau diagnostic (par exemple, trouble du spectre de l'autisme, trouble de la personnalité...) posé au cours du processus d'évaluation est considéré comme un argument supplémentaire en faveur de la gravité et du désespoir médical. **La VVP ne suit pas cette logique et avance comme exigence de diligence raisonnable qu'un nouveau diagnostic est un nouveau point de départ pour un éventuel traitement et une diminution de la souffrance. Cette comorbidité nouvellement diagnostiquée devrait alors logiquement être traitée avec l'expertise appropriée, conformément aux directives existantes pour cette pathologie. Ce n'est que lorsque le patient a eu amplement le temps de traiter et de placer ce nouveau diagnostic, et lorsque tous les traitements, y compris la psychoéducation, la formation aux compétences... ont été épuisés, que l'on peut parler de désespoir médical.**

3. Évaluation du caractère constant et insupportable de la souffrance physique ou psychologique.

La directive néerlandaise présente la diligence raisonnable concernant la souffrance insupportable et sans espoir comme suit :

« Le désespoir et le caractère insupportable de la souffrance sont souvent fortement liés. Le psychiatre devra évaluer et jauger ces deux aspects séparément et dans leur ensemble. Dans l'évaluation par le psychiatre du caractère désespéré de la souffrance, le jugement professionnel du psychiatre sur le traitement restant et la perspective de soins pour le patient joue un rôle important. Dans l'évaluation du caractère insupportable de la souffrance, l'expérience subjective du patient occupe une place plus importante.

La souffrance insupportable

La souffrance est toujours subjective et ne peut jamais être entièrement comprise par un tiers. Un certain degré de subjectivité est donc inévitable lorsqu'on évalue la souffrance d'un patient. Les patients diffèrent en termes de seuil de douleur et de résilience émotionnelle. Néanmoins, le psychiatre doit au moins être capable de comprendre le caractère insupportable de la souffrance. Il peut tenir compte de sa connaissance de la personnalité du patient, de sa biographie et de ses antécédents psychiatriques. L'évaluation de la souffrance du patient repose donc sur des éléments professionnels et objectifs importants. La mesure dans laquelle le psychiatre peut éprouver de l'empathie pour la souffrance du patient dépend en partie de la nature de cette souffrance ainsi que de la durée et du caractère de la relation thérapeutique.

Dans tous les cas, le psychiatre devra prendre note des différents aspects de la souffrance et des facteurs qui la rendent supportable ou insupportable. Outre l'expérience subjective du patient, il s'agit de la relation entre la charge et la capacité à la supporter. La capacité du patient à supporter le poids des symptômes, des limitations, du handicap et des obstacles supplémentaires doit être mise en regard de celle de son environnement social. Par ailleurs, l'origine et l'évolution de la souffrance doivent toujours être recherchées, en lien avec les facteurs somatiques, psychologiques ou sociaux qui ont initié ou entretiennent le trouble.

Même si la perception de la souffrance comme étant insupportable du patient est personnelle et subjective, le psychiatre voudra et devra se forger son propre jugement sur celle-ci. Ce jugement peut être étayé, avec le consentement du patient, en demandant à d'autres personnes leurs opinions sur la souffrance du patient.

Le caractère insupportable de la souffrance peut, dans une large mesure, être déterminé par sa longévité. Il est donc nécessaire de procéder à des évaluations répétées. Toutefois, la longévité ne signifie pas forcément que la maladie est constante. Le degré d'insupportabilité de la souffrance pour le patient peut fluctuer. De nombreuses affections psychiatriques chroniques ont une intensité variable. La souffrance peut être vécue comme insupportable en partie à cause de la perspective d'une rechute d'une psychose ou d'une dépression grave. Une demande d'euthanasie doit donc être discutée avec le patient, et évaluée à un moment où le patient va mieux.»

La VVP approuve la directive néerlandaise et ajoute que la nature intersubjective de la souffrance insupportable peut être évaluée au moyen d'entretiens répétés, d'une observation minutieuse et d'un examen du patient. Lors de la constitution du dossier médico-psychologique, une attention particulière doit être accordée à l'histoire et au contexte de vie.

4. Analyse du caractère répété, volontaire et réfléchi d'une demande d'euthanasie

Cette exigence de soins appropriés se retrouve dans l'article 3, § 1 de la loi sur l'euthanasie. La directive néerlandaise formule l'exigence de diligence raisonnable sur la base d'une demande délibérée et réfléchie comme suit :

Demande volontaire

L'exigence de consentement signifie que le psychiatre doit être convaincu que la demande a été faite indépendamment de toute influence coercitive d'autres personnes. Les patients psychiatriques sont souvent dépendants de leur entourage en raison de leur vulnérabilité psychologique et des contraintes sociales. Ils peuvent se sentir obligés, par exemple à la suite de signaux plus ou moins voilés de leurs proches, ou par sentiment de culpabilité ou d'être un fardeau, de s'adapter à leur entourage ou de le soulager en renonçant à la vie. L'examen de ces pressions subjectives ou peut-être réelles exercées par l'entourage devrait faire partie de toute évaluation du caractère volontaire d'une demande d'euthanasie.

Le psychiatre doit chercher des réponses à des questions telles que : le patient se considère-t-il comme un fardeau pour son environnement, si tel est le cas, pourquoi, et quels sont les signaux qu'il reçoit ? Existe-t-il des formes alternatives de société ou de soutien possibles lui permettant d'échapper à ces influences contraignantes ? Le changement de situation, d'ailleurs, peut également affecter la mesure dans laquelle la souffrance est vécue comme insupportable et sans espoir. L'exigence de volontariat ne sous-entend pas que le patient doive prendre sa décision sans aucune influence coercitive dans tous les cas. Il est possible de concevoir des situations dans lesquelles le patient présente des troubles du comportement si graves qu'il est impossible d'empêcher son entourage de le considérer comme un fardeau. Si le patient lui-même en est conscient, cette prise de conscience peut contribuer de manière significative à la pénibilité de la douleur. Ce type de volontariat réduit ne doit pas nécessairement être une raison de rejeter d'emblée sa demande d'euthanasie.

Demande mûrement réfléchie

L'euthanasie ne peut envisagée qu'après que le psychiatre ait acquis la conviction du fait que le patient souhaite véritablement mourir. Il s'agit d'un processus d'évaluation qui exige le maximum du psychiatre. Il doit évaluer si la demande est mûrement réfléchi. La capacité du patient à prendre une décision réfléchi, autrement dit sa volonté, joue un rôle majeur à cet égard. La barre doit donc être haute en matière de volonté. Après tout, outre les influences coercitives extérieures [paragraphe ci-dessus], il peut aussi exister des influences coercitives intérieures, de nature pathologique. En principe, l'autodétermination n'existe que lorsque le patient est libre des deux. "En principe" : en pratique, il est possible d'envisager des situations dans lesquelles le patient n'est pas capable de volonté de manière pleine et entière, mais où le psychiatre est néanmoins convaincu du bien-fondé de son désir de mourir [...]. Le principal reste toujours de vérifier si le patient a suffisamment et longuement considéré les faits et les circonstances essentiels.

Quels critères le psychiatre peut-il utiliser afin de déterminer le caractère délibéré d'un souhait de mourir ? Dans tous les cas, il lui faudra établir les éléments suivants.

- a. Le patient fait un choix manifeste en faveur de la mort.*
- b. Il a mis en balance, d'une part, le choix de continuer à vivre, éventuellement avec des limitations permanentes résultant de son trouble psychiatrique, et d'autre part, le choix de l'euthanasie, et il doit être capable d'argumenter ce désir de mourir dans la mesure de ses capacités cognitives.*
- c. Il est question d'un désir permanent de mourir.*

Ce n'est que lorsque ces trois critères sont réunis que le psychiatre peut conclure que le patient a pris une décision d'euthanasie mûrement réfléchi.

a : Un choix clair en faveur de la mort

Dans le cas d'un choix délibéré de mourir, le patient aura toujours opposé souffrance aux aspects de sa vie qui ont encore une valeur pour lui. Même lorsqu'il choisit clairement de mourir, il montrera souvent, pour ne pas dire toujours, une certaine ambivalence dans ses pensées et ses sentiments. En principe, cela n'implique pas une incapacité à la prise de décision. Cela pourrait, en revanche, indiquer que le patient est également capable d'expérimenter et de prendre en compte d'autres aspects de sa vie et de ses perspectives. De plus, même en choisissant la mort de manière mûrement réfléchi, il devra souvent encore surmonter une peur de la mort, jusque dans les derniers instants.

(...)

b : Le processus d'évaluation

Une condition préliminaire à un processus d'évaluation rigoureux est que le patient soit bien informé de sa situation et de ses perspectives [voir également c] et qu'il comprenne ces informations. Pour bien peser le pour et le contre, il faut aussi que le patient ait une connaissance suffisante de la maladie et de lui-même. La conscience de la maladie peut être définie comme la capacité d'être conscient des symptômes et des conséquences de la maladie. Le patient se rend-il compte des troubles fonctionnels dont il souffre ? Comprend-il comment ces troubles influencent son comportement et sa situation ? Comprend-il les informations qu'il a reçues de la part du clinicien, et les relie-t-il correctement à sa propre situation ?

Dans le cas de troubles dépressifs, un patient peut argumenter son choix à partir d'une vision sombre et nihiliste de lui-même, de son passé et de son avenir, dans laquelle les faits qui pourraient rendre l'avenir plus lumineux ne parviennent pas à influencer le processus de réflexion. La vision de la vie et de l'avenir est alors malade, tandis que le patient ne prend pas conscience des conséquences de son trouble. La psychose s'accompagne aussi de sentiments perturbés par la maladie en raison d'un manque de capacité à confronter ses propres croyances à la réalité et donc à les reconnaître comme pathologiques. Une demande d'euthanasie peut alors être motivée par des convictions qui n'ont aucun fondement dans la réalité.

Un patient souffrant d'une psychose ou d'une dépression grave et récurrente peut souvent être considéré comme étant capable de prendre une décision d'euthanasie mûrement réfléchie au cours des périodes de bien-être intermédiaires. En outre, certains patients sont aussi en mesure de prendre une décision réfléchie pendant les épisodes de psychopathologie. Par exemple, un patient psychotique qui souffre d'hallucinations ponctuelles, mais d'aucun autre trouble délirant apparent. Ou bien un patient souffrant de dépression chronique chez qui l'inhibition psychomotrice et un trouble du sommeil déterminent le tableau clinique en plus d'une humeur morose, mais pas la culpabilité ou les pensées nihilistes.

La connaissance de soi peut être définie comme suit : connaissance des caractéristiques personnelles qui exercent une influence concrète sur la qualité de vie, par exemple la tendance à éviter les interactions sociales ou à se rendre dépendant des autres. La connaissance de soi implique une prise de conscience de la manière dont certains traits de caractère influencent la perception de l'environnement et les interactions avec les autres. En cas de troubles de la personnalité, l'interaction avec le soignant peut être fortement influencée par des traits de personnalité pathologiques dont le patient n'a pas conscience. Il arrive que ces caractéristiques influencent non seulement la douleur du patient, mais exercent aussi une influence sur la demande d'euthanasie sur le plan relationnel : par exemple en insistant, sur la base de fantasmes de toute-puissance, dans le but de rendre le conseiller impuissant et saper à la fois le traitement et le maintien en vie. Parfois, ces troubles de la personnalité peuvent être si prononcés que l'on assiste à une altération de la volonté.

La prise de conscience de la maladie et la connaissance de soi requièrent parfois beaucoup de perspicacité intellectuelle et psychologique de la part du patient. Le patient et le psychiatre doivent tous deux faire un effort pour en arriver à la compréhension aussi grande que celle à laquelle on peut raisonnablement s'attendre compte tenu du contexte psychosocial et intellectuel du patient. Il peut arriver qu'une conscience optimale de la maladie et un certain degré de connaissance de soi soient essentiels à la réussite d'un plan de traitement. Selon le comité, le manque de connaissance de la maladie et la méconnaissance de soi devrait conduire à un traitement d'information et de psychoéducation à plus long terme.

Le psychiatre peut ne pas être en mesure d'éprouver de l'empathie pour le désir de mourir du patient. Toutefois, cela ne devrait pas jouer un rôle dans son évaluation du caractère réfléchi de ce choix.

Les termes 'mûrement réfléchi' et 'volontairement' font référence au processus dans lequel toutes les informations pertinentes sont prises en compte, et non au choix qui est judicieux aux yeux du psychiatre. Chez chacun de nous, il existe une différence dans les choix que l'on pose. L'important reste la manière dont le patient a traité les informations pertinentes, et non de savoir s'il a fait un "bon" choix.

(...)

c : Volonté réitérée de mourir

La possibilité qu'un psychiatre accède à une demande d'euthanasie qui a été faite sur un coup de tête doit être exclue. L'évolution du désir de mourir doit être considérée comme un processus au cours duquel certaines étapes sont franchies jusqu'à ce que la mort reste la seule option restante. Au stade initial, l'expérience est imprégnée de la prise de conscience que la situation est insupportable. Ensuite, une évolution plus ou moins rapide conduit au sentiment que quelque chose doit être fait pour y remédier, pour finalement aboutir à la prise de conscience que la mort est la seule et unique issue. Au cours de ce processus, divers événements et circonstances influencent sur la transition vers l'étape suivante. En prêtant une attention particulière à l'évolution du désir de mourir, le psychiatre peut se faire une idée de sa constance. En outre, il peut s'informer auprès de la famille du patient et de ses proches pour obtenir de plus amples informations [voir aussi la consultation des proches].

Il n'y a pas de réponse précise quant à la durée pendant laquelle un souhait de mourir doit persister pour qu'il soit considéré comme constant. Dans tous les cas, le praticien doit prendre tout le temps nécessaire après que le patient lui a fait sa demande d'euthanasie. Selon la commission, le désir de mourir d'un patient ne peut être qualifié de durable que si, au cours d'une période d'au moins plusieurs mois, le patient a exprimé sa demande de manière non équivoque, à plusieurs reprises et à des tiers.

La VVP suit les recommandations de la directive néerlandaise, mais ajoute qu'il est également souhaitable d'impliquer les proches du patient afin de vérifier, par le biais de l'hétéroanamnèse et de l'observation des échanges, si oui ou non une pression est exercée sur le patient.

La VVP fait également valoir qu'une évaluation minutieuse et complète de la capacité à exprimer sa volonté devrait être effectuée par les trois médecins impliqués et reflétée dans le rapport. À cette fin, ils utilisent une vision globale de la notion de capacité de volonté ou de décision dans le contexte de la nature réfléchie de la demande. Les termes 'volonté' ou 'capacité de décision' renvoient à la capacité réelle du patient, qui fait l'objet d'une évaluation clinique et qui se distingue de la capacité légale en tant que concept juridique. Le patient est-il capable d'une appréciation et d'une évaluation raisonnable de ses intérêts ? Est-il capable de faire un choix réfléchi, fondé sur la compréhension de sa situation ?

L'affection psychiatrique est susceptible de réduire la capacité d'une personne à prendre certaines décisions. Par exemple, le souhait de mourir peut être un symptôme de la maladie et non un choix mûrement réfléchi. Mais un trouble psychiatrique n'implique pas automatiquement que le patient est incapable de prendre une décision. Pour chaque patient qui fait une demande d'euthanasie, il convient d'examiner dans quelle mesure le trouble psychiatrique affecte la capacité du patient à formuler cette demande délibérément.

La volonté ou la compétence décisionnelle est par conséquent une évaluation clinique par rapport à une décision, un choix ou une demande spécifique. Il convient de tenir compte les capacités de la personne concernée. Premièrement, il faut évaluer les capacités cognitives, émotionnelles et sociales du patient. Deuxièmement, il faut évaluer si le patient dispose d'une connaissance suffisante de lui-même et de sa maladie. Troisièmement, il faut se familiariser avec l'historique du vécu du patient. En outre, il faut prendre en compte la complexité de la décision et de ses éventuelles conséquences. Une demande d'euthanasie implique une décision de vie ou de mort. Cette évaluation de la volonté spécifique ou de la capacité de décision n'est pas un instantané, mais un processus.

Le projet de texte de la nouvelle directive néerlandaise (*Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis - directive relative à l'interruption de vie sur demande chez les patients atteints de troubles mentaux*) est éclairant en ce qui concerne l'appréciation de la volonté en distinguant quatre points de vue distincts, qui soulignent certains aspects. Nous reproduisons la traduction du projet de texte sans références :

La volonté dépend de la nature de la décision : les choix plus radicaux exigent un degré de volonté plus élevé.

Dans la littérature, on retrouve différentes approches de la volonté, avec des critères différents :

- *Dans l'approche cognitive, la volonté dépend de la présence de capacités cognitives suffisantes chez le patient. Quatre critères sont retenus : la capacité de faire et d'exprimer un choix, la capacité de comprendre des informations, la capacité de transposer des informations à sa propre situation et la capacité de raisonner. Dans cette optique, si une personne manque ou n'a pas la maîtrise de l'une de ces capacités, on parle d'incapacité.*
- *Une deuxième approche souligne l'importance d'un choix vécu, accompagné d'émotions appropriées. De ce point de vue, il remet en question la capacité de volonté d'une personne qui peut faire un choix raisonné sans s'y identifier émotionnellement.*
- *Une troisième approche souligne que la volonté peut être limitée lorsqu'une personne fonde son choix est basé sur une valeur pathologique, par exemple, un patient anorexique qui accorde plus d'importance à sa maigreur qu'à sa survie.*
- *Une quatrième approche est fondée sur la rationalité pratique, c'est-à-dire sur la capacité à donner forme à des valeurs importantes dans la vie.*

Dans le cas d'une demande d'une fin de vie active, conformément à l'approche cognitive, il convient de considérer les capacités cognitives du patient. Le patient est-il capable de comprendre les informations sur ses perspectives et de fonder sa décision sur celles-ci ? Les émotions du patient sont également à prendre en compte : le patient est-il capable de réfléchir aux alternatives ? Troisièmement, le patient ne doit pas être motivé par des facteurs pathologiques, par exemple ceux liés à une dépression (il s'agit de l'absence d'influence sur la demande, comme décrit plus haut dans la section relative au caractère volontaire). Quatrièmement, le patient doit être capable de placer sa demande dans le contexte des valeurs qui sont importantes dans sa vie. Ce qui n'implique pas forcément que la personnalité du patient soit totalement équilibrée.

La VVP approuve cette approche.

Enfin, la VVP ajoute qu'une demande durable n'implique pas qu'il ne doit plus y avoir d'ambivalence dans le désir de mourir et la demande d'euthanasie. Au contraire, l'ambivalence est tout à fait normale dans ce processus décisionnel complexe et aux multiples niveaux. L'ambivalence et le doute peuvent être des leviers pour que le patient se recentre sur la vie et la guérison. Si le souhait de mourir et la demande d'euthanasie, avec une ambivalence décroissante, apparaissent plus forts et plus clairs, alors le critère de "demande durable" est rempli.

5. Informer le patient

Ceci correspond à l'article 3, § 2 de la loi belge sur l'euthanasie. La directive néerlandaise formule l'exigence de diligence raisonnable suivante concernant l'information, la situation et les perspectives (p. 36) :

« Pour parvenir à une décision éclairée, le patient doit disposer de toutes les informations pertinentes sur sa maladie. Le psychiatre devra donc lui fournir des informations complètes et compréhensibles sur sa situation et ses perspectives :

- *explication de la pathologie à l'origine de sa souffrance ;*
- *options pour soulager ou réduire sa souffrance ;*
- *effets souhaités et non souhaités probables de la démarche ;*
- *pronostic en l'absence de traitement complémentaire.*

Le psychiatre ne doit pas tenir compte uniquement des limitations psychologiques et cognitives du patient. Les divergences sociales et culturelles entre le psychiatre et le patient peuvent également nuire à une bonne communication.

L'exigence d'information implique que le patient est disposé à être informé et à peser le pour et le contre des différentes perspectives dans leur contexte. Il a le devoir de faire un effort suffisant pour recevoir et s'imprégner de l'information. Au cours de cette démarche, il faut prévoir suffisamment d'espace pour aborder la dimension émotionnelle de la demande et de l'anticipation d'une éventuelle euthanasie, tant pour lui-même que pour les autres. Pour sa part, le psychiatre a le devoir d'aider le patient à traiter l'information sur le plan intellectuel et émotionnel et d'évaluer s'il est capable de le faire. S'il perçoit que le patient n'est pas en mesure de restituer les informations proposées, il doit tenter d'autres moyens de l'informer de manière adéquate. Si nécessaire, la famille peut être impliquée dans cette démarche. »

La VVP approuve cette vision et ajoute que le patient doit également être informé de manière transparente, dès le départ, de la manière dont sa demande d'euthanasie sera traitée, de sa propre position dans le processus et du fait que le processus qui suit une demande d'euthanasie nécessite du temps et divers contacts, ainsi qu'une collecte d'informations, l'implication de plusieurs médecins et de proches...

6. Implication de la famille et d'autres tiers importants

La loi prévoit que le médecin discute de la demande d'euthanasie du patient avec les proches de son choix " si le patient le souhaite " (article 3 §2.5). D'autre part, la loi permet également au médecin d'imposer des conditions supplémentaires (article 3 §2) et celles-ci peuvent inclure, par exemple, l'implication la famille ou d'autres tiers. L'implication des tiers est importante, non seulement pour leur permettre de faire leurs adieux, mais aussi parce que cette implication peut offrir des possibilités de guérison et peut également initier ou faciliter le rétablissement des liens. **La VVP insiste pour que la famille du patient et des proches soient impliquées, sauf s'il existe des raisons valables de ne pas le faire. Dans ce cas, au moins une personne de l'entourage du patient et désignée par ce dernier doit être impliquée. L'implication de la famille ou d'autres tiers importants se fait avec le consentement du patient. Cependant, le refus d'un patient d'impliquer des tiers peut avoir pour conséquence que les médecins impliqués ne soient pas en mesure d'exercer correctement leurs fonctions. C'est pourquoi la VVP pose comme exigence de diligence**

raisonnable que les médecins concernés fixent comme condition supplémentaire que l'entourage soit impliqué en accord avec la logique et les principes décrits ci-dessus. Il n'est évidemment pas nécessaire que la famille consente à l'euthanasie ; il n'est pas même pas souhaitable que ce consentement soit demandé. Mais on prendra note des réactions, des pensées et des sentiments de la famille et des proches, du degré de compréhension qu'ils manifestent à l'égard de la demande... Il faut éviter que la famille ait l'impression de devoir donner son approbation. Cette responsabilité ne leur appartient pas et ils ne devraient pas porter ce "fardeau". En outre, cela pourrait compliquer l'éventuel processus d'adieu et de deuil.

7. Implication des autres prestataires de soins et de santé

La cause de la souffrance, une affection psychiatrique, relève du domaine médical et son modèle biopsychosocial. Dans ce contexte, le psychiatre n'est souvent pas le seul professionnel de la santé impliqué.

La loi stipule que s'il existe une équipe soignante, en contact régulier avec le patient, la demande du patient doit être discutée avec l'équipe ou les membres de l'équipe (Article 3 §2.4). La loi permet au médecin d'imposer des conditions supplémentaires (Article 3 §2), telles qu'un entretien au sujet de la demande avec les prestataires de soins actuels ou antérieurs. **La VVP suggère de contacter également, en toute transparence avec le patient, les autres professionnels des soins et de la santé importants qui sont ou ont été impliqués, sauf s'il existe de bonnes raisons de ne pas le faire. Il n'est pas nécessaire de restreindre cette démarche à l'équipe soignante comme le stipule la loi.**

8. Valeurs, émotions et contre-transfert éventuel

La VVP souligne qu'un médecin ou une équipe doit examiner -pour ce qui le ou la concerne- l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu lorsqu'il s'agit de décider si un patient est déclaré apte à cette décision, d'évaluer les autres critères légaux et les exigences de diligence raisonnable et, plus largement, de décider d'accepter ou de refuser la demande. En effet, dans le contexte d'une demande d'euthanasie et de la question de la capacité, leurs propres valeurs, normes et émotions entrent toujours en jeu. Cela vaut pour le médecin traitant, les médecins consultés ainsi que le médecin exécutif.

La directive néerlandaise (2009, p. 40-41) peut aider à trouver une aide à cette autoréflexion sur le transfert et le contre-transfert. Elle traite de la signification d'une demande d'euthanasie dans la relation avec le médecin et les autres soignants, ainsi que des émotions qu'elle suscite chez le patient et les soignants, mais aussi, par exemple, de la mesure dans laquelle les soignants sont ou ne sont pas "infectés" par le désespoir du patient, ou peuvent ou ne peuvent pas supporter ou "endurer" le désespoir du patient.

« La décision d'accorder l'euthanasie peut être motivée par le fait que le praticien peut se mettre très facilement dans la situation du patient. Il s'agit là d'un argument dangereux, car il peut être associé à sa propre peur du déclin, de l'isolement et de la maladie. La peur de sa propre mort peut faire obstacle à une discussion ouverte sur le

désir de mourir. Le désir de mourir du patient peut devenir un point de conflit dans la relation thérapeutique.

Un psychiatre peut décider d'accorder l'euthanasie pour se soulager de ses sentiments d'impuissance et de désarroi, avec le sentiment d'avoir au moins pu agir contre la souffrance. D'autre part, les fantasmes irrationnels de sauveur du conseiller peuvent jouer un rôle dans le refus de l'euthanasie. Certains professionnels de la santé considèrent le suicide comme un échec personnel.

(...)

Une souffrance insupportable et une demande d'euthanasie suscitent toutes sortes de sentiments, conscients et inconscients, chez le psychiatre consulté, notamment parce que l'euthanasie par un psychiatre relève encore du droit pénal. Il peut donc penser, par exemple, qu'il respecte le souhait de mourir du patient, mais arriver à plusieurs reprises à la conclusion que les exigences en matière de soins n'ont pas été satisfaites, alors que son intention dissimulée est son opinion personnelle qu'un seul choix est possible, le choix de vivre.

Dans l'évaluation de la souffrance du patient, le transfert et le contre-transfert peuvent également jouer un rôle. Le psychiatre doit toujours être attentif à cela et s'enquérir chez les autres des réactions du patient. Le rapport destiné au médecin consulté doit inclure ses propres observations et toutes les questions qu'il se pose à leur sujet. De nombreux motifs et sentiments que le patient fait ressentir chez le psychiatre peuvent entrer en jeu dans la décision d'accorder ou non l'euthanasie.

(...)

Ces situations de contre-transfert problématiques peuvent rapidement apparaître. Il est donc important que le psychiatre traitant décrive, ou aborde avec le médecin consulté, sa propre réaction à la demande d'aide. Si de tels sentiments ont perturbé la relation de travail professionnelle, la supervision, l'orientation ou éventuellement une admission ailleurs peuvent créer une situation dans laquelle une évaluation plus neutre de la demande du patient est possible.

Les motivations inconscientes entrent toujours en jeu dans les relations entre psychiatres et patients. Lorsqu'un patient demande l'euthanasie, c'est une raison suffisante pour rester attentif à la possibilité de transfert et de contre-transfert. La commission est d'avis qu'un psychiatre agissant avec toute la prudence requise est capable de reconnaître, de traiter ou au moins de prendre en compte le transfert et le contre-transfert chez le patient et chez lui-même. Il devrait, le cas échéant, demander une évaluation sur ce point. Une procédure minutieuse, notamment l'obligation pour un second psychiatre de s'entretenir avec le patient, constitue, de l'avis de la commission, une garantie suffisante sur ce point. »

Ces processus de transfert et de contre-transfert peuvent entacher le processus d'évaluation et nécessitent une expertise thérapeutique (par exemple, une expertise thérapeutique personnelle et/ou des avis de psychothérapeutes ou une collaboration avec

ces derniers), une réflexion, une transparence et, surtout, un travail d'équipe et une coopération collégiale dans une atmosphère ouverte d'intervision.

9. Prise de décision finale

Bien que la décision finale appartienne au patient et au médecin exécutif, la VVP suggère également que, dans l'idéal, tous les médecins et travailleurs sociaux concernés soient réunis autour d'une table pour en discuter ouvertement et prendre toutes les décisions ensemble. Une telle table ronde peut également prendre la forme d'une consultation éthique ad hoc, à laquelle participent une représentation d'un comité d'éthique, complétée par les professionnels de la santé et les praticiens impliqués (dont évidemment le médecin généraliste et les psychothérapeutes impliqués, mais aussi les travailleurs sociaux, centre d'aide sociale, travailleurs de rue...), les psychiatres consultés et le médecin exécutif et, si nécessaire, et d'autres experts (par exemple, une expertise spécifique concernant la capacité du patient à donner un consentement éclairé, ou concernant la pathologie en question, ou une expertise psychothérapeutique...). **Une telle table ronde, accompagnée d'un examen et d'un échange de points de vue et d'opinions sur la demande d'euthanasie, élargit la base d'évaluation et accroît ainsi le niveau de diligence. Une large consultation ou une table ronde peut également s'avérer extrêmement utile au début du processus d'évaluation.**

Lorsque le médecin exécutif a reçu l'avis positif de deux collègues et que des consultations ont eu lieu, la décision finale sur l'exécution de l'euthanasie est entre les mains du patient et du médecin exécutif. L'expérience montre qu'à ce stade - ou parfois plus tôt dans le processus d'évaluation - le patient trouve un certain apaisement ou réconfort : sa demande a été entendue et prise au sérieux, et il y a une perspective de réalisation de l'euthanasie. **La VVP soutient que cette situation doit être pleinement exploitée afin d'explorer si cet apaisement et ce réconfort peuvent constituer une base suffisante pour se recentrer - temporairement ou non - sur la vie et la guérison, et non pour concrétiser immédiatement la mise en œuvre ou le report de l'euthanasie. Cela implique de dire explicitement que la procédure peut être mise en attente ou interrompue à tout moment, et qu'elle peut être arrêtée jusqu'au dernier moment. De cette manière, tout est mis en œuvre pour éviter de toute pression implicite ou explicite en faveur d'autres mesures 'maintenant que l'on a franchi ce cap dans la procédure d'évaluation'. Là encore, l'implication de la famille et/ou des proches, pour qui tout ce processus peut également être particulièrement difficile, est importante.** Si le patient choisit de ne pas procéder (immédiatement) à l'euthanasie, la question se pose de savoir combien de temps les avis positifs des médecins consultés restent valables. Après tout, la logique de la loi est qu'il s'agit d'une "demande d'euthanasie actuelle" et non d'une demande d'euthanasie pour une mise en œuvre future. En effet, l'euthanasie fondée sur une volonté écrite préalable n'est possible que dans le cas d'un coma irréversible. **Par conséquent, la VVP indique que, si plus d'un an s'écoule entre la remise des deux avis et l'éventuelle mise en œuvre, un nouvel entretien avec les médecins consultés aura lieu. Ceux-ci s'assureront que les conditions légales et les exigences de**

diligence raisonnable sont toujours respectées et établiront un rapport actualisé. Ils examineront aussi les causes du retard dans la mise en œuvre et se demanderont si d'autres ajournements pourraient se produire.

10. Euthanasie et suicide médicalement assisté

Par suicide médicalement assisté, nous entendons un suicide en présence et sous la direction d'un médecin, au terme d'un processus d'évaluation approfondi et selon les mêmes critères et exigences de diligence raisonnable que l'euthanasie. La loi belge actuelle sur l'euthanasie ne régleme nte pas le suicide médicalement assisté. L'article 2 de la loi décrit l'euthanasie comme "l'acte intentionnel de mettre fin à la vie d'une personne autre que la personne concernée, à la demande de celle-ci". L'article 3 stipule en outre que seuls les médecins peuvent pratiquer l'euthanasie. Néanmoins, même en Belgique, en ce qui concerne la mise en œuvre pratique de tout acte de fin de vie, certains médecins préfèrent le suicide assisté si le patient est capable d'ingérer un médicament ou d'ouvrir une perfusion efficacement lui-même. C'est généralement le cas pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, mais cela s'applique également à de nombreux autres patients qui demandent à mettre fin activement à leur vie. La volonté du patient de le faire lui-même peut être considérée comme l'expression ultime de son désir de mourir. Le suicide médicalement assisté est également plus acceptable pour certains médecins que l'euthanasie, sur la base de leurs convictions personnelles. D'un point de vue éthique et émotionnel, pour de nombreux médecins, il existe une différence substantielle entre accomplir l'acte létal et assister un patient qui l'accomplit lui-même.

Bien que le suicide médicalement assisté – contrairement aux Pays-Bas - ne soit pas formellement régleme nté par la loi, il est assimilé déontologiquement à l'euthanasie (Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, 22 mars 2003) et par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (sixième rapport aux chambres législatives, 2012 - 2013), pour autant que les conditions et procédures légales concernant l'euthanasie soient respectées et que l'acte se déroule sous la responsabilité du médecin traitant, qui peut intervenir si nécessaire. L'argument est que la loi ne prescrit pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. Le suicide médicalement assisté est donc considéré comme un moyen de pratiquer l'euthanasie. Cette position est en contradiction avec le libellé de la loi qui stipule que l'euthanasie est pratiquée par une personne autre que la personne requérante, alors que dans le cas du suicide médicalement assisté, elle est au moins partiellement réalisée fait du patient. Sur le plan juridique, il reste donc une certaine incertitude quant au statut du suicide médicalement assisté. Néanmoins, le suicide médicalement assisté est actuellement pratiqué en Belgique en le liant aux conditions légales et aux exigences de diligence raisonnable pour l'euthanasie, comme mentionné ci-dessus. Ainsi, une partie des déclarations d'euthanasie, comme cela est rapporté et indiqué dans les documents d'enregistrement, sont en fait des suicides médicalement assistés. De facto, la différence est faible : on passe par la même procédure et ce n'est pas le médecin qui accomplit l'acte, mais le patient lui-même (il ouvre le robinet de perfusion ou boit lui-même la boisson létale). Mais comme nous l'avons mentionné, pour certains médecins ainsi que pour certains patients, il

existe une énorme différence sur le plan des émotions, des principes et/ou de la théorie. **En tout état de cause, la VVP recommande que le choix entre l'euthanasie et le suicide physiquement assisté se fasse d'un commun accord entre un patient bien informé et son médecin exécutif, et que les dispositions à ce sujet soient prises suffisamment tôt dans le processus.**

11. Diligence raisonnable dans l'exécution d'une demande d'euthanasie

Le VVP souhaite mettre l'accent sur la diligence raisonnable à appliquer quand une euthanasie est pratiquée. Cette diligence commence par impliquer suffisamment tôt les médecins consultés, les prestataires de soins et les proches en concertation et en totale transparence avec le patient.

En plus des obligations de diligence raisonnable prévues par la loi, la VVP donne la priorité aux points repris dans le document LEIF (*Leif draad voor een zorgvuldige uitvoering van euthanasie. Wim Distelmans, versie 2017*). Un aperçu de ces points du document LEIF figure dans **l'annexe A**.

La VVP souhaite également mettre l'accent sur la diligence, l'expertise, la sérénité et le traitement respectueux. Il est extrêmement important d'être bien préparé. Si nécessaire, le médecin exécutif peut être assisté par une infirmière/un infirmier ou un collègue expérimenté. Bien entendu, la présence de membres de la famille ne signifie pas qu'ils remplissent un rôle actif dans la mise en œuvre ou l'assistance à la mise en œuvre.

Après l'euthanasie, le médecin exécutif procède naturellement à la déclaration de l'euthanasie (voir plus loin) avec les documents prévus à cet effet et conformément à la procédure prévue par la loi.

12. Rapports

1. Rapport du médecin consulté

Le rapport du médecin consulté au médecin exécutif doit respecter les exigences de diligence raisonnable telles que décrites au point 1 de la déclaration et telles que développées dans le présent texte consultatif de la VVP. Étant donnée la grande importance du résultat de ce rapport, la VVP conseille un rapport écrit d'expert après une concertation verbale entre les collègues concernés.

Toutefois, ce rapport n'est pas seulement une vérification des critères de diligence raisonnable, il s'agit aussi d'un rapport médical. Cela signifie qu'il doit contenir toutes les données nécessaires qui motivent la prise de décision. Le modèle de rapport figurant à l'annexe B peut servir de guide. Il fusionne le rapport médical et les exigences de diligence raisonnable en un ensemble cohérent. Ce modèle de rapport peut également être utile pour demander des informations essentielles aux praticiens, de sorte qu'une grande partie de ces informations peuvent être extraites de facto des dossiers.

La VVP est bien consciente que ces rapports peuvent demander beaucoup de travail et représenter une charge conséquente. **Toutefois, compte tenu de la complexité de la demande et de la prudence avec laquelle elle doit être traitée, un rapport soigné et détaillé**

est la trace d'un travail minutieux et approfondi. Il est important que les médecins et les travailleurs sociaux impliqués fournissent ces informations au patient et à ses proches, pour autant que le patient y consente. En même temps, **les exigences de diligence raisonnable** doivent être pratiques et utiles : le médecin consulté n'apporte pas grand-chose s'il se contente de répéter dans son rapport au médecin exécutif toutes les informations que ce dernier lui a fournies. **L'accent est donc placé sur la qualité du contenu du rapport : intégration des informations avec les résultats des entretiens et de l'examen du patient, pondération des résultats, vérification par rapport aux critères légaux et aux exigences de diligence raisonnable et justification des conseils et des décisions.**

2. La déclaration (par le médecin exécutif)

L'article 56 de la loi du 28 mai 2002 stipule que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie doit en informer le Comité fédéral de contrôle et d'évaluation (CFCE), dans les quatre jours ouvrables, au moyen d'un document d'enregistrement dûment rempli (<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-d-une-euthanasie-dun-patient-majeur-ou-mineur-emancipe-word>). Cette démarche doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le document d'enregistrement se compose de deux parties. La première partie est strictement confidentielle et contient des informations personnelles sur le patient, les médecins et le pharmacien concernés. Cette partie doit être remplie et scellée par le médecin qui a pratiqué l'euthanasie. Cette partie est ouverte par Le CFCE uniquement lorsqu'il souhaite demander des informations complémentaires au médecin exécutif. La seconde partie est également strictement confidentielle, mais doit en outre être anonyme. Anonyme signifie ici que le rapport ne mentionne pas les noms des patients, médecins, soignants, hôpital ou autre. Cette partie décrit les conditions (y compris le diagnostic et un résumé des avis) et la procédure suivie. Il est examiné par la CFCE.

Le formulaire de déclaration (Chapitre V Article 7)

Les questions de ce formulaire de déclaration se trouvent intégralement à **l'annexe C**, complétées par les points d'intérêt ajoutés par la VVP. Ces points d'intérêt sont les conditions minimales auxquelles doit répondre le rapport au CFCE. Il est important que le psychiatre qui pratique l'euthanasie tienne soigneusement et chronologiquement le dossier, y compris l'évolution de la demande, ses démarches et les motivations de la décision. Ce dossier peut être préparé en se référant à la vue d'ensemble des rapports présentée au point 2.

13. Soutien aux proches

Dans la directive néerlandaise (2009, p. 50), on trouve ce qui suit au sujet du « soutien aux proches » :

*« En tout état de cause, il convient d'apporter la même attention à l'assistance aux proches que celui qui est habituel dans le cas d'un suicide pour lequel aucun soutien n'a été proposé. Dans la mesure du possible, le psychiatre doit consulter au préalable la famille et le médecin généraliste sur la façon dont le suivi peut être assuré. **Pour le traitement ultérieur, il est très important qu'il consulte les proches avant l'euthanasie et tienne compte de leurs opinions et de leurs sentiments. Le patient doit évidemment consentir à cette démarche.***

Après l'euthanasie, le psychiatre traitant informe la famille et l'invite à un entretien. Il peut parfois être judicieux de faire appel à un médecin généraliste, à un professionnel de la santé ou, par exemple, à un conseiller spirituel, ou intégrer les proches avec lesquels aucun entretien préalable n'a eu lieu auparavant. Même dans ce cas, cela devrait être accompagné d'une invitation du psychiatre traitant pour une consultation de suivi. »

La VVP ajoute qu'il y a là une autre raison pour laquelle il est crucial d'impliquer la famille et/ou les tiers importants au préalable, et de coopérer ou du moins se coordonner avec le médecin généraliste. L'impact potentiel d'une euthanasie sur tous les médecins et soignants impliqués appelle également à un débriefing systématique et à la prise en charge de chacun.

Annexe A (Leif draad voor een zorgvuldige uitvoering van euthanasie. Auteur :

Wim Distelmans, versie 2017)

Au préalable :

- *Le patient a-t-il mis de l'ordre dans ses affaires ? (par exemple, un testament, règlement de litiges, faire ses adieux, organisation des funérailles, qui le patient désire voir présent lors de l'euthanasie...)*
- *Discussion avec les proches (par exemple, sont-ils à l'aise vis-à-vis de l'euthanasie ; leur donner l'occasion d'exprimer leurs sentiments (contradictaires) ; qui souhaite être présent ; que dire aux amis, aux*

connaissances, aux jeunes enfants de la famille, un suivi est-il nécessaire ou mis en place ?)

- *Discussion avec le patient (et ses proches) au sujet de l'exécution technique (...)*
- *Commander et collecter les produits nécessaires à l'euthanasie EN TEMPS VOULU*
- *Convenir du jour et de l'heure avec le patient (et ses proches) (éviter les "jours spéciaux", tels que l'anniversaire de mariage d'un membre de la famille)*

Le jour même :

En arrivant pour procéder à l'euthanasie :

Au préalable (!), préparer le médicament euthanasique ; un sédatif pour le(s) proche(s) si nécessaire ; arriver quelques minutes à l'avance (attendre dans la voiture ou au centre hospitalier si nécessaire) ; vérifier que la perfusion est bien en place, ou l'installer (...) éteindre la sonnerie, le téléphone portable ou le téléphone fixe ; les adieux ont-ils été prononcés ? Y a-t-il assez de chaises dans la salle ? Répéter les " derniers" mots.

Au moment convenu :

- *Demander au patient comment il se sent et s'il souhaite vraiment l'euthanasie (les derniers mots sont importants, y compris pour les proches en deuil)*
- *Demander si tout le monde est présent comme convenu*
- *Le patient est-il confortablement installé ?*
- *Prendre congé (attention à la communication non verbale : pas de rupture de style avec les contacts précédents !) et faire preuve de discrétion ("s'effacer") afin que les proches puissent faire leurs adieux à leur manière*
- *Attention aux proches : calmement les informer que la respiration s'est interrompue (par exemple, mentionner la possibilité d'une "toux ou d'un hoquet"), et qu'après plusieurs minutes, le cœur s'arrête par manque d'oxygène et qu'ensuite le corps se décolore (hypostase)*
- *Après l'injection, durant le coma : vérifier comment se sentent les personnes présentes ; les tenir informées de la situation*
- *Rester présent, calmement et de manière "professionnelle", jusqu'à ce que le patient soit décédé. Vérifier discrètement si le patient est décédé (par exemple, pulsations carotidiennes ; décoloration du visage) et ne pas recourir à une aide technique (comme un stéthoscope)*

Après le décès :

- *Annoncer aux personnes présentes que le patient est décédé et leur présenter des condoléances*
- *Confirmer que les souhaits du patient ont été respectés*
- *Laisser les personnes présentes faire leurs adieux seules*

- Rassembler tout le matériel (seringue, etc.), remplir le formulaire, rédiger le certificat de décès ("mort naturelle")
- Prendre congé de ceux et celles présents et insister sur le fait que vous serez toujours disponible "plus tard" (demain, la semaine prochaine, l'année prochaine) pour en parler "à nouveau" avec eux.

Annexe B (issue de <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/fcee-registratiedocument-voor-de-euthanasie-van-een-volwassen-minderjarige-en-ontvoogde-0>)

Partie I : informations personnelles

1. Nom, prénoms et adresse du patient.
2. Nom, prénoms, numéro de registre INAMI, adresse et adresse électronique du médecin traitant.
3. Nom, prénoms, adresse, numéro de registre INAMI et date de la consultation avec le premier et le deuxième médecin consulté.
4. Nom, prénoms, qualité, adresse et date de consultation de toutes autres personnes consultées.
5. Euthanasie réalisée sur la base d'une déclaration intentionnelle : les personnes de confiance désignées, le cas échéant.
6. Nom, prénoms, numéro de registre INAMI, adresse du pharmacien qui a fourni les produits nécessaires à l'euthanasie. Les produits fournis et leur quantité. L'excédent, le cas échéant, qui a été retourné au pharmacien.

La partie I doit être datée, signée et tamponnée par le médecin exécutif.

Partie II : conditions et procédures suivies

1. Lieu de naissance, date de naissance et sexe du patient.

Ne pas indiquer son nom (anonymat)

2. Date, heure et lieu du décès.

Ne pas indiquer l'adresse ou le nom de l'hôpital ou de l'institution

3. Nature de l'affection grave et incurable, résultant d'un accident ou d'une maladie, dont le patient a souffert.

Établir le diagnostic exact

Quand le diagnostic a-t-il été posé ?

Décrire les symptômes et les limitations qui font partie du tableau clinique.

4. Nature et description de la souffrance persistante et insupportable.

Symptômes et limitations faisant partie du tableau clinique qui ont été perçus par le patient comme insupportables (les décrire du point de vue du patient).

5. Les raisons pour lesquelles la souffrance ne peut être soulagée.

Pronostic du tableau clinique.

Traitements appliqués et leurs résultats (traitements biologiques, psychothérapies et interventions sociales).

Soins palliatifs administrés.

Justifier pourquoi il n'existe pas de perspective raisonnable de traitement ou de soins.

6. Sur la base de quels éléments a-t-il été constaté que la demande était volontaire, réfléchie et répétée et qu'elle n'a pas été faite suite à une pression extérieure ?

Pourquoi le patient était-il apte à décider ? Décrire les composantes et les justifier.

Pourquoi pas en raison de pressions extérieures ?

Pourquoi réfléchi et répété ?

7. Heure prévue du décès

Cocher

8. Démarche suivie par le médecin

Cocher et indiquer la date de la demande écrite d'euthanasie.

9. Qualité, date de consultation et avis des médecins consultés obligatoires (ne pas indiquer les identités)

Résumer le rapport écrit du médecin.

L'avis et la justification du médecin concernant la souffrance persistante et insupportable ; le caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande ; la capacité de volonté ; le diagnostic ; la sévérité et l'incurabilité ; le caractère désespéré sur le plan médical, l'impossibilité de soulager la souffrance et l'absence de perspective raisonnable de traitement ; ...

10. Qualité et date de la consultation des autres personnes ou instances consultées (ne pas mentionner l'identité)

11. Manière dont l'euthanasie a été administrée et médicaments utilisés.

Nom, quantité et mode d'administration.

12. Informations supplémentaires que le médecin souhaite préciser.

Facultatif.

Annexe C (Prototype de rapport recommandé par la VVP)

Données relatives au patient

Précisez la majorité ou minorité émancipée au moment de la demande (HII Art3 §1).

Données relatives du médecin qui sollicite l'avis

Nom et prénom

Date de la demande

Motif de la consultation

Quel est son propre rôle ?

Quelle est la requête du patient ?

Quelle est la requête du médecin qui sollicite l'avis ?

Indépendance

*En quoi êtes-vous indépendant vis-à-vis du médecin qui sollicite l'avis, du patient ou autres ?
La transparence sur une éventuelle dépendance est ici une exigence (évitez toute apparence de non-dépendance).*

Travail effectué et explications

Comment et quand les informations ont-elles été recueillies ?

Une conversation en privé avec le patient est ici une exigence.

La consultation des prestataires de soin est ici une recommandation (avec qui et comment ?)

Comment avez-vous constitué et examiné le dossier ?

Conversation avec les personnes de confiance (avec qui et comment ?)

Antécédents médicaux

Diagnostic (quand et par qui ?)

Anamnèse sociofamiliale

Décrire l'historique de vie du patient.

Ce faisant, tenir compte des figures de soutien, des situations de perte, des traumatismes et des traits de personnalité.

Diagnostic(s) précis pour lesquels le patient demande l'euthanasie

Définir précisément le(s) diagnostic(s)

Décrire les symptômes et les limitations faisant partie du tableau clinique

Par qui le diagnostic a-t-il été établi ?

Comment le diagnostic a-t-il été établi ?

Quand le diagnostic a-t-il été établi ?

Origine et évolution du tableau clinique ?

Par qui le patient a-t-il été informé de son tableau clinique ?

Tableau clinique actuel

Status praesens mentalis

Traitement actuellement en vigueur

Biologique, psychothérapeutique et socio thérapeutique

Nature et description de la souffrance insupportable

Symptômes et déficiences faisant partie du tableau clinique qui ont été perçus par le patient comme insupportables (les décrire du point de vue du patient).

Préciser si cette souffrance est perceptible pour vous

Quels facteurs environnementaux pourraient influencer cette souffrance ?

Pourquoi n'y a-t-il plus de perspective raisonnable de traitement ou de soins pour le patient ?

Raisons pour lesquelles cette souffrance ne peut être apaisée

Pronostic du tableau clinique

Description chronologique des traitements suivis et de leurs résultats (biologiques, psychothérapeutiques et sociaux)

Motivation et conformité thérapeutique ?

Décrire et exposer les raisons pour lesquelles il n'y a plus de perspective raisonnable de traitement ou de soins

Des traitements ont-ils été refusés ? Pourquoi ces traitements ont-ils été refusés ? Justifier qu'aucune option raisonnable de traitement n'a été rejetée.

Quels soins palliatifs ont été proposés ?

La demande (volontaire, réfléchi et répétée)

Pourquoi le patient est-il apte à décider ? Pourquoi estimez-vous que tel est le cas ? Pourquoi le médecin qui sollicite l'avis considère-t-il que ce soit le cas ? De quoi peut-on déduire cela ?

À quand remonte la première demande d'euthanasie ? Avec qui cette demande a-t-elle été discutée ?

Avec qui et quand le patient a-t-il discuté de sa demande ?

Quelles sont les conclusions des personnes avec lesquelles le patient a discuté de la demande ?

Le patient a-t-il été informé de son tableau clinique, du pronostic et des options de traitement ? De quoi a-t-il été discuté avec le patient et par qui ?

De quoi avez-vous déduit que le patient a pris en compte ces informations dans sa demande ?

De quoi avez-vous déduit que la demande n'a pas été motivée par la pression d'un tiers ?

De quoi avez-vous déduit que le patient a pesé les conséquences de sa demande ?

Interprétation et analyse des significations et dynamiques sous-jacentes de la demande d'euthanasie, en relation avec l'affection psychiatrique.

Conclusion

La conclusion doit découler logiquement des descriptions ci-dessus.