

# TEXTE D'ORIENTATION DU GROUPE DES FRÈRES DE LA CHARITÉ EN BEL- GIQUE SUR L'EUTHANASIE EN CAS DE SOUFFRANCES PSYCHIQUES EN PHASE NON TERMINALE

version 29.05.2017

Ce texte formule le point de vue du groupe des Frères de la Charité en Belgique sur l'euthanasie en cas de souffrances psychiques de patients psychiatriques en phase non terminale. Le texte se base sur une réflexion continue et sur les documents antérieurs consacrés à ce sujet au secteur santé mentale. Cette orientation peut être adaptée aux secteurs des soins aux personnes âgées et aux personnes avec déficience, en y apportant les modifications nécessaires. Tout d'abord, nous commencerons par présenter le point de vue éthique, ensuite sa mise en œuvre pratique dans le cadre d'un accompagnement sur deux trajectoires, puis la prudence et ses exigences, et enfin le processus décisionnel et de contrôle.

## 1. Approche éthique

### A. Valeurs fondamentales

Du point de vue éthique, trois valeurs fondamentales entrent en jeu autour de l'euthanasie : la protection de la vie, l'autonomie du patient et la relation de soins entre les soignants et le patient (Commission d'accompagnement éthique, p. 1-2). Nous décrivons ces trois valeurs, en signalant à chaque fois l'opinion absolutiste et l'opinion non absolutiste à leur propos.

La **protection de la vie** est la valeur fondamentale par excellence : la vie est le fondement et la condition de toutes les autres valeurs. Cette protection se fonde sur la vie elle-même, et non sur sa qualité. La valeur de la vie est protégée par les principes fondamentaux de la loi, des droits de l'Homme, des philosophies de vie et des religions. Certains, n'admettant nulle exception, érigent la protection de la vie en absolu intouchable ; d'autres, s'ils la considèrent comme le fondement de la vie, admettent cependant sa pondération par d'autres valeurs.

L'**autonomie du patient** est la valeur fondamentale de la société actuelle : les gens sont libres de poser leurs choix personnels à condition de ne point léser autrui. Dans les soins de santé, l'autonomie est garantie par la loi sur les droits du patient. Certains érigent l'autonomie en absolu individualiste : l'on peut disposer aussi bien de sa vie que de sa mort. D'autres reconnaissent en l'autonomie une valeur fondamentale, mais à pondérer par d'autres valeurs, compte-tenu de la solidarité et de la responsabilité humaines.

La **relation de soins** est une valeur fondamentale des soins. Il s'agit d'une relation de confiance grâce à laquelle les soignants, le patient, et, avec l'autorisation de celui-ci, ses proches, collaborent pour assurer les meilleurs soins possibles au patient. Certains, érigeant la relation de soins en absolu, veulent poursuivre les soins au nom de cette relation ; d'autres envisagent la relation de soins comme une valeur fondamentale et intégrative quand il s'agit de pondérer les valeurs en situation concrète.

## B. Tensions entre valeurs

L'importance de ces valeurs fait peut-être l'unanimité, mais pas forcément leur mise en balance. Nous voulons réfléchir et pratiquer les soins à partir d'une **éthique relationnelle**, sur des bases personalistes (Commission d'accompagnement éthique, p. 1-2). Nous n'érigions jamais une valeur en absolu, qui primerait d'office sur les autres ; cette valeur fondamentale peut être pondérée par d'autres, dans le cadre d'une vision personaliste de l'Homme. Nous n'envisageons pas non plus les valeurs d'un point de vue individualiste, mais bien relationnel : elles se construisent en relation avec autrui.

Vu la complexité et l'ambiguïté des situations humaines, il n'est pas possible de rencontrer pleinement toutes les valeurs dans chaque cas concret ou dans chaque action. Les valeurs entrent inévitablement en tension. Nous nous efforçons donc de respecter et de promouvoir autant que possible les valeurs, en les menaçant ou les lésant aussi peu que possible. Nous pondérons les valeurs afin de rechercher un compromis raisonnable, le plus humain possible, dans une situation déterminée. L'intuition personaliste centrale à ce propos est d'intégrer **les valeurs** entre elles : nous mettons l'accent sur des valeurs intégratives comme la relation de soins, qui non seulement relie les autres valeurs entre elles, mais conduisent aussi à rassembler les parties concernées dans le dialogue.

Une première valeur est **la protection de la vie**. Cette valeur occupe une position privilégiée dans le groupe des Frères de la Charité. Nous considérons la protection de la vie comme une valeur fondamentale — le fondement et la condition de toutes les autres valeurs. De plus, cette valeur est d'une importance vitale dans le contexte de l'euthanasie en cas de souffrances psychiques : le patient se trouve en fait dans une phase non terminale, où la mort ne devrait normalement pas intervenir à brève échéance, tandis que l'euthanasie provoque la mort directement et de manière irréversible. Aussi fondamentale que soit la protection de la vie, elle n'est cependant pas absolue, dans le sens où elle primerait sur toutes les autres valeurs, dans n'importe quelle situation. Nous faisons donc tout ce qui est possible et raisonnable pour chercher des alternatives à l'euthanasie ; en dépit des souffrances, qu'elles soient une perspective de vie faisant sens pour le patient. Cela se concrétise au cours de l'accompagnement de la première **trajectoire, celle de la perspective de vie**.

En même temps, nous respectons pleinement la valeur **d'autonomie du patient** en prenant au sérieux son souhait de ne plus vivre avec des souffrances insupportables et sans issue, et sa demande d'euthanasie. Le patient est en effet le premier concerné. De plus, une demande d'euthanasie prise au sérieux et accompagnée avec prudence peut prévenir des formes de suicide bien plus violentes. Nous ne considérons cependant pas l'autonomie comme une valeur individualiste absolue, mais comme une valeur relationnelle fondamentale. Le dialogue avec les diverses parties concernées et l'accompagnement du patient sont donc nécessaires pour clarifier les questions sous-jacentes et examiner la situation du patient par rapport aux conditions légales. Cela conduit l'accompagnement sur une deuxième **trajectoire, celle de la demande d'euthanasie**.

C'est la valeur intégrative de la **relation de soins** avec le patient qui relie la protection de la vie au respect de l'autonomie. Nous construisons une relation de confiance grâce à laquelle nous discutons autant que possible de l'accompagnement, en dialogue avec le patient et ses proches. Cette valeur elle-même, fondamentale, n'est pas absolue. Nous ne devons

pas poursuivre le dialogue et l'accompagnement sans fin ; mieux vaut parfois que d'autres reprennent la relation de soins avec une approche renouvelée.

Nous formulons et appliquons des **exigences prudentielles** comme guide de l'accompagnement dans la relation de soins. Rejoignant les conditions légales, elles les concrétisent pour la situation spécifique de souffrances psychiques de patients en phase non terminale. Ces exigences prudentielles portent autant sur le contenu que sur la forme, et concernent les deux trajectoires, celle de la perspective de vie et celle de la demande d'euthanasie.

## 2. Accompagnement sur deux trajectoires

La vision éthique fondamentale se concrétise dans l'accompagnement sur deux trajectoires : la trajectoire de la protection de la vie et de la recherche de perspectives de vie ; la trajectoire de l'autonomie du patient et du respect de sa demande d'euthanasie (Conseil d'administration, p. 3 ; Metaforum, p. 49). La valeur de la protection de la vie étant fondamentale, le groupe des Frères de la Charité donne sa préférence à la trajectoire de la perspective de vie. Toutefois, aussi essentielle que soit la recherche de perspectives de vie, elle n'est pas non plus absolue, au sens où l'on ne devrait pas prendre la demande d'euthanasie tout à fait au sérieux. La relation de soins relie par le dialogue la trajectoire de la perspective de vie à celle de la demande d'euthanasie. Ce sont les **deux trajectoires d'un même accompagnement**.

Les soignants peuvent réagir de **diverses façons** face à ces deux trajectoires. Certains soignants estiment ne pas pouvoir combiner la recherche de perspective de vie et le suivi de la demande d'euthanasie, ces deux trajectoires poursuivant des finalités différentes. Ils préfèrent confier chaque trajectoire à des soignants différents, ou bien confier la trajectoire de la demande d'euthanasie à des soignants extérieurs au groupe des Frères de la Charité. D'autres soignants estiment possible de combiner les deux trajectoires ; selon les moments et selon les situations, ils mettent plus l'accent sur la perspective de vie ou sur la demande d'euthanasie.

A tout moment de l'une ou l'autre trajectoire, il est essentiel que les soignants restent en dialogue avec le patient, entre eux et avec les autres parties concernées par les deux trajectoires. Ces deux trajectoires relèvent de l'accompagnement du patient.

### A. Trajectoire de la perspective de vie

Cette trajectoire est privilégiée au sein du groupe des Frères de la Charité.

L'accompagnement gagne en crédibilité s'il propose des **alternatives** sérieuses à l'euthanasie afin d'ouvrir une perspective de vie au patient (Conseil d'administration, p. 2-3).

Une première alternative consiste à développer et améliorer **le traitement actuel**, proposé en vertu d'une approche bio-psycho-sociale et existentielle. Par exemple, en quoi peut-on modifier la médication, les thérapies ou un emploi du temps qui fasse sens ?

Une deuxième possibilité consiste à développer la **réhabilitation psychiatrique orientée vers le rétablissement**. Que peut-on faire sur base d'une vision du rétablissement afin d'accroître l'autonomie et la participation des personnes affectées de souffrances psychiques insupportables et sans issue, tout en améliorant leur qualité de vie ?

Une troisième possibilité réside dans le recours au **palliatif psychiatrique**. En quoi les soins palliatifs, conçus pour soulager les souffrances et d'autres problèmes d'ordre somatique, psycho-social et spirituel, peuvent-ils faire sens pour des patients souffrant psychologiquement en situation non terminale ?

Une quatrième possibilité consiste à développer **l'accompagnement de la recherche de sens**. La demande d'euthanasie est en rapport avec le sens de la vie que l'on mène. Les patients peuvent trouver du sens à leur vie grâce à des personnes prêtes à l'accompagnement intensif de la relecture de leur histoire de vie, afin d'y chercher des sources de sens aidant au développement d'un but et d'un projet de vie. Il s'agit là de la mission de tous les soignants, et pas seulement des agents pastoraux.

Ces alternatives n'inventent pas de nouvelles formes de soins, mais reprennent des éléments de soins de qualité déjà existants, que les soignants évaluent à nouveaux frais, afin de les adapter et de les proposer avec davantage d'intensité. À condition que le patient accepte. De plus, il est important d'impliquer autant que possible les proches dans la démarche. Ces éléments de soins de qualité jouent aussi un rôle préventif.

## **B. Trajectoire de la demande d'euthanasie**

La deuxième trajectoire de l'accompagnement prend la demande d'euthanasie au sérieux, clarifie les éléments sous-jacents à la question, vérifie les conditions légales et suit les exigences prudentielles.

Cette clarification et cette vérification sont cruciales et se font à la lumière des **exigences prudentielles spécifiques** (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 29-51 ; Groupe central de support, 4-19). L'idée sous-jacente est la suivante : la loi est d'abord conçue pour les souffrances physiques en phase terminale ; les deux conditions supplémentaires pour les situations non terminales, à savoir la consultation d'un troisième médecin et le délai d'un mois, ne rencontrent pas la complexité de l'euthanasie de patients psychiatriques. Nous complétons donc les conditions légales par des exigences prudentielles supplémentaires pour les souffrances psychiques en phase non terminale. Nous formulons ces exigences prudentielles dans une section particulière parce qu'elles ne concernent pas exclusivement la trajectoire de la demande d'euthanasie, mais aussi la trajectoire de la perspective de vie.

L'application d'exigences prudentielles supplémentaires est **conforme à la loi**, qui dispose que les conditions légales doivent être respectées « sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention » (Loi sur l'euthanasie, art. 4, § 2).

## **C. Soutien des professionnels**

Il existe diverses possibilités pour soutenir, en premier lieu, les soignants dans l'accompagnement en deux trajectoires (Conseil d'administration, p. 3-4). Une première initiative est le **Groupe central de support en fin de vie**. Ce groupe interdisciplinaire, compétent pour les centres psychiatriques flamands du groupe des Frères de la Charité, peut faire appel à des experts extérieurs. Le médecin en charge du patient et l'équipe de soins d'un établissement peuvent demander l'avis du Groupe central de support si le patient concerné l'autorise. L'avis, portant sur les deux trajectoires de l'accompagnement, est objectif et indépendant puisqu'il provient d'une instance extérieure à l'établissement.

Le médecin et l'équipe conservent leur autonomie dans l'accompagnement du patient. Le Groupe central de support a mis au point des exigences prudentielles comme lignes directrices de l'accompagnement.

Une deuxième initiative est la mise en place de **Groupes locaux de support en fin de vie**. Ces groupes interdisciplinaires, compétents pour un seul établissement ou quelques établissements de la même région, peuvent faire appel à des personnes extérieures. Le médecin en charge du patient et l'équipe de soins peuvent faire appel au Groupe local de support pour avis et soutien, si le patient concerné l'autorise. L'avis concerne les deux trajectoires de l'accompagnement. Le Groupe local de support peut aussi offrir un appui concret. Le médecin et l'équipe conservent leur autonomie dans l'accompagnement du patient.

Une troisième possibilité est de faire appel à des **médecins du LevensEinde Informatie Forum/Forum Eol**. C'est surtout indiqué si le patient maintient sa demande d'euthanasie, si les alternatives à l'euthanasie n'ouvrent pas de perspective de vie et si l'on envisage de pratiquer l'euthanasie. Le médecin et l'équipe peuvent alors, compte tenu des avis éventuels du Groupe central ou local de support, faire appel à un médecin du LEIF des environs. Ce médecin peut donner un avis supplémentaire et proposer son appui pour la pratique de l'euthanasie.

Par ailleurs, d'autres solutions d'accompagnement internes ou externes peuvent être mises en place.

### 3. Exigences prudentielles

Afin de concrétiser les trajectoires de la perspective de vie et de la demande d'euthanasie, nous avons mis en place des exigences prudentielles. Le respect de la prudence fournit un appui concret aux soignants sur les deux trajectoires de l'accompagnement. Les exigences portent aussi bien sur la forme que sur le contenu. Prolongeant les conditions légales, elles les spécifient et les concrétisent pour les souffrances psychiques de patients psychiatriques en situation non terminale.

#### A. Exigences prudentielles quant au contenu

Nous établissons trois exigences prudentielles relatives au contenu, qui prolongent les conditions légales. Nous demandons aux médecins et aux soignants de les appliquer, afin de tendre à la plus grande prudence possible. Les deux premières concrétisent la trajectoire de la demande d'euthanasie, la troisième la trajectoire de la perspective de vie.

##### 1. Lucidité de la demande

La première exigence prudentielle concerne la lucidité de la demande : volontaire et réfléchie, répétée et réitérée. Cette exigence renvoie à la loi qui dispose que « le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande (loi sur l'euthanasie, art. 3, § 1). La loi dispose aussi que « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure » et que le médecin doit s'assurer « de sa volonté réitérée » (Loi euthanasie, art. 3, § 1-2). L'exigence prudentielle selon laquelle la de-

mande est volontaire, réfléchi, répétée et réitérée, signifie que le patient soit tout à fait lucide sur sa décision.

**Le caractère volontaire** implique que le patient ait formulé sa demande hors de toute influence contraignante (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 30). Les patients, en effet, souvent en situation de dépendance, peuvent se sentir poussés à demander l'euthanasie à cause de pressions, ou par culpabilité, ou en raison du sentiment de ne plus être qu'un fardeau.

**Le caractère réfléchi** de la demande signifie que le patient, lors de sa demande, soit libre d'influences intérieures, notamment de nature pathologique (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 30-33). Il y a deux critères. D'abord, le patient **choisit clairement** de ne plus vivre avec des souffrances insupportables et sans issue, et envisage donc la mort. Ce choix, la plupart du temps, est ambivalent ; d'où la nécessité de clarifier les significations et les messages véhiculés par la demande d'euthanasie. Ensuite, le patient entame un **processus d'évaluation** entre le fait de continuer à vivre en dépit de limitations et le fait de ne plus vivre. Le patient comprend l'information au sujet de sa situation et de ses perspectives, et il dispose d'une connaissance suffisante de lui-même et de sa maladie. Il argumente son choix dans les limites de ses possibilités intellectuelles.

En troisième lieu, la demande du patient est **répétée et réitérée** (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 33-34). La **volonté réitérée** de ne plus vivre est établie en examinant la façon dont cette volonté est née et s'est développée au cours du temps. Une période de demande réfléchi et répétée pendant quelques mois au minimum est nécessaire.

## 2. Une situation médicale sans issue

L'exigence prudentielle suivante concerne la situation médicale sans issue. Elle se rapporte à la loi qui dispose que « le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. » (Loi sur l'euthanasie, art. 3, § 1). L'exigence prudentielle spécifie le caractère insupportable et sans issue des souffrances, et son origine médicale.

**Le caractère insupportable** décrit l'expérience subjective selon laquelle les souffrances ne peuvent plus être endurées (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 34-35). Des éléments d'évaluation existent cependant. L'appréciation du caractère insupportable dépend du caractère tangible des souffrances et du rapport entre le poids du fardeau et la capacité à le porter. Le caractère continu dépend du mode d'apparition et de développement et de la persistance des souffrances.

**L'absence d'issue** signifie qu'il n'existe aucune possibilité de soulager la souffrance et que l'affection mentale est donc incurable (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 35-36). En théorie, on ne peut jamais affirmer que la pathologie restera incurable dans le futur, ou que l'état de santé ou le sentiment de bien-être du patient ne s'amélioreront pas. De nouvelles possibilités de traitement peuvent apparaître ; un

rétablissement spontané peut se produire. En pratique, les soignants ne peuvent garantir la concrétisation future de ces possibilités, alors que le patient continue à endurer des souffrances insupportables. Il est donc préférable de parler **d'absence de perspective raisonnable de traitement**, que d'incurabilité (voir la troisième exigence prudentielle).

En troisième lieu, vient **l'origine médicale** des souffrances. Elles résultent d'une affection sérieuse et incurable. Cette affection doit donc être diagnostiquée par la médecine, être considérée comme sérieuse et incurable, et résulter d'une maladie ou d'un accident.

[...]

### 3. Absence de solution raisonnable

La troisième exigence prudentielle concerne la perspective de vie ; elle pose que l'euthanasie n'est responsable que s'il n'y a pas d'autre solution raisonnable. Elle renvoie à la disposition légale suivante : le médecin « doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire » (Loi sur l'euthanasie, art 3, § 2). Ceci implique qu'il n'y ait plus de perspective raisonnable de traitement.

Une **perspective raisonnable de traitement** doit satisfaire à trois conditions (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 37-39). D'abord, **le traitement adéquat ouvre une perspective d'amélioration**. Par traitement adéquat, l'on entend la mise en œuvre réelle de tous les traitements biologiques et psychologiques, de toutes les interventions sociales, et de l'accompagnement de la recherche de sens qui sont appropriés à la problématique du patient. Ensuite, l'amélioration doit être possible **dans un laps de temps prévisible**, compte tenu de la durée du traitement précédent et de celle du traitement proposé. Enfin, **il faut un rapport raisonnable entre les résultats et les inconvénients**. Il s'agit du rapport entre, d'une part, l'ampleur du traitement et ses chances de déboucher sur des résultats pour le patient, et, d'autre part, sa pénibilité et ses effets secondaires. L'évaluation de ces conditions ne peut pas conduire à l'acharnement thérapeutique. Cette exigence prudentielle est de la plus haute importance : elle établit le lien avec la première trajectoire de la perspective de vie pour le patient.

Ensuite, il est nécessaire que le patient donne son **consentement** au traitement, qu'il y soit disposé et qu'il trouve du sens à continuer à s'impliquer dans son traitement (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 39-40). Si le patient refuse, il faut évaluer ce refus à la lumière du caractère raisonnable de la perspective de soins. Il ne peut être question de caractère sans issue si le patient refuse une perspective de soins raisonnable. En cas de refus d'une perspective de soins raisonnable, on ne peut pas pratiquer l'euthanasie.

Enfin, le **transfert et le contretransfert** peuvent jouer un rôle en cours de délibération (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 40-41). Il faut être attentif à exprimer les sentiments de contretransfert, les sentiments d'angoisse ou d'impuissance, ou le syndrome du sauveur.

## B. Exigences prudentielles formelles

Les exigences prudentielles formelles font suite aux conditions légales formelles, mais en les spécifiant et les concrétisant pour les souffrances psychiques de patients en phase non terminale.

### 1. Concertation avec le patient

La première exigence prudentielle formelle est la concertation avec le patient. Elle se rapporte à la loi qui dispose que le médecin « doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences ». (Loi sur l'euthanasie, art. 3, § 2). En cas d'euthanasie en phase non terminale, interviennent encore d'autres conditions légales : « laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie » (Loi sur l'euthanasie, art 3, § 3).

Il s'agit ici d'informer le patient sur sa situation, ses perspectives et les traitements possibles (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 36). Il est nécessaire de prévoir **des temps d'entretiens fréquents et intensifs** pour prendre ce processus de concertation au sérieux. Le médecin doit être attentif au retentissement cognitif et émotionnel de l'information donnée au patient. Il est nécessaire de prévoir une longue période au cours de laquelle se dérouleront ces entretiens. Dans le cas d'euthanasie en situation non terminale, un mois est trop court ; **il en faut au moins six**.

### 2. Consultation de médecins

La deuxième exigence prudentielle concerne la consultation de deux médecins. Le médecin en charge du patient « doit consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation » (Loi sur l'euthanasie, art. 3, § 2). En cas de situation non terminale, le médecin doit « consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée ». Les tâches du troisième médecin sont les mêmes que celles du premier médecin consulté, si ce n'est que ce médecin doit en plus s'assurer « du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande » et ce médecin doit aussi être indépendant « à l'égard du premier médecin consulté » (Loi sur l'euthanasie, art 3, § 3).

L'exigence prudentielle formelle consiste en ce que les trois médecins examinent le patient et que chacun contrôle indépendamment **les trois exigences prudentielles relatives au contenu** : la lucidité de la demande, la situation médicale sans issue et la conviction qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable. De plus, il est essentiel que les trois médecins s'entretiennent verbalement, et cherchent le consensus en évaluant les trois exigences prudentielles relatives au contenu. Les

médecins consultés doivent être **indépendants** à l'égard du patient et du médecin en charge du patient, ainsi que l'un à l'égard de l'autre. Cela signifie que les médecins consultés ne soient ni impliqués dans le traitement du patient, ni ne travaillent dans le même établissement que le médecin en charge du patient (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 41-45).

### 3. Concertation en équipe interdisciplinaire

L'exigence prudentielle suivante concerne la concertation en équipe interdisciplinaire. La loi confie la mission suivante au médecin : « s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci » (Loi sur l'euthanasie, art 3, § 2).

L'exigence prudentielle pose que cette concertation ne soit pas facultative, mais indispensable et que l'équipe soignante soit élargie à l'équipe interdisciplinaire. Des **moments de concertation suffisamment fréquents et intensifs** sont nécessaires pour que cette concertation soit prise au sérieux. Le médecin et l'équipe interdisciplinaire recherchent le **consensus** en évaluant les trois exigences prudentielles relatives au contenu. Avec l'accord du patient, le médecin peut aussi consulter les soignants précédents et le médecin de famille (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 46).

### 4. Concertation avec la famille et les proches

La quatrième exigence prudentielle est la concertation avec la famille et les proches désignés par le patient. La loi confie la mission suivante au médecin : « si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ; s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer » (Loi sur l'euthanasie, art. 3, § 2).

La concertation avec la famille et les proches est une exigence prudentielle importante. Ce sont les **proches concernés** par le patient. La concertation avec eux est essentielle pour le médecin et les soignants. Le médecin en charge du patient les éclaire à propos de la trajectoire de la perspective de vie et de celle de la demande d'euthanasie ; eux, de leur côté, peuvent lui fournir des informations complémentaires, et se préparer au deuil lié à l'euthanasie. Si le patient refuse la concertation, les soignants cherchent les motifs sous-jacents de ce refus et essayent de les clarifier (Ass. néerl. de psychiatrie, p. 46-47).

### 5. Avis du groupe de support

La dernière exigence prudentielle est spécifique au groupe des Frères de la Charité ; elle tient en ce que le médecin en charge du patient demande un **avis au groupe central ou au groupe local de support à la fin de vie**. Cet avis, indicatif, est non contraignant pour le médecin en charge du patient.

## 4. Processus de prise de décision et de contrôle ex ante

### A. Décision en âme et conscience du médecin

Lorsque le médecin en charge du patient, au terme du processus de contrôle des conditions légales et des exigences prudentielles de l'euthanasie arrive à la conviction que ces conditions et exigences sont satisfaites, il en vient à devoir décider s'il va pratiquer ou non l'euthanasie. Sur base de sa **conscience**, le médecin a la totale liberté de décider de pratiquer ou non l'euthanasie. De toute façon, la loi garantit au médecin sa liberté de conscience. De la même façon, la loi garantit la liberté de conscience des autres soignants qui pourraient être amenés à collaborer à l'euthanasie. La loi dispose explicitement : « Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie » (Loi sur l'euthanasie, art. 14).

Si le médecin, en raison d'une objection de conscience, refuse de pratiquer l'euthanasie, il est important qu'il le déclare **à temps et explicitement** au patient, afin d'éviter des attentes indues. Le médecin confie alors le patient à temps à un autre médecin de l'établissement ou à un autre médecin qui n'est pas lié au groupe des Frères de la Charité.

## **B. Point d'attention supplémentaire pour l'euthanasie en contexte résidentiel**

Le médecin et le patient déterminent ensemble quel est **l'endroit le mieux approprié** pour pratiquer l'euthanasie. Le mieux est de se concerter avec la famille, les proches, et l'équipe interdisciplinaire. En évaluant si l'établissement est l'endroit le mieux approprié, ils tiennent compte des autres patients, de leur éprouvé et de leur cadre de vie.

Un établissement de soins psychiatriques est aussi une communauté de vie et d'habitat. Une euthanasie peut traumatiser d'autres patients. Il est donc nécessaire que le médecin et l'équipe soignante cherchent **un procédé qui prévienne et limite autant que possible l'impact traumatisant sur les autres patients**, aussi bien pour la préparation et la mise en œuvre de l'euthanasie, que pour ses suites.

## **C. Contrôle ex ante**

Lorsque l'euthanasie se passe dans l'établissement des Frères de la Charité, un contrôle ex ante des exigences prudentielles est indispensable. La raison en est que, d'un côté, nous voulons respecter la liberté thérapeutique du médecin, mais que d'un autre côté nous ne voulons laisser pratiquer l'euthanasie qu'avec **la plus grande prudence possible** dans un établissement des Frères de la Charité. Le contrôle ex ante fait le lien entre la liberté thérapeutique et la plus grande prudence. La loi ne prévoit actuellement qu'un contrôle ex post : « Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi. » (Loi sur l'euthanasie, art. 5). Ce contrôle, très formel, n'a lieu qu'après l'euthanasie. Seul un contrôle ex ante peut tendre à la plus grande prudence.

Ce contrôle ex ante se fait tout d'abord par le médecin en charge du patient lui-même. Nous lui demandons une **motivation écrite et circonstanciée** de sa décision de pratiquer l'euthanasie, en motivant les quatre éléments suivants : (1) les conditions légales ; (2) les exigences prudentielles spécifiques ; (3) la décision de pratiquer lui-même l'euthanasie ou de la faire pratiquer dans l'établissement et (4) le point d'attention sup-

plémentaire dans le cas d'une euthanasie en contexte résidentiel. Le but de cette motivation vise avant tout la réflexion personnelle et la responsabilisation du médecin.

La forme écrite permet à d'autres de contrôler cette motivation. Nous demandons donc au médecin d'adresser sa motivation écrite au médecin chef qui a l'obligation légale de vérifier le respect de la prudence de la pratique médicale dans l'établissement. Le médecin chef convoque une **commission d'évaluation**. Cette commission, interdisciplinaire, compte un nombre raisonnable de membres. Elle est composée : de collaborateurs de l'établissement concerné (le médecin en charge du patient, le médecin chef, et deux autres collaborateurs dont l'un au moins n'est pas médecin) ; d'au minimum deux collaborateurs du groupe des Frères de la Charité ayant une expertise en cette matière et ne travaillant pas dans l'établissement en question, et enfin d'au minimum deux personnes extérieures au groupe des Frères de la Charité, expertes en cette matière. Le médecin chef de l'établissement coordonne la commission d'évaluation.

Si cette commission d'évaluation juge que la motivation des quatre éléments susmentionnés est **suffisamment prudente**, le médecin en charge du patient peut, en concertation avec le patient, la famille, les proches et l'équipe, pratiquer ou faire pratiquer l'euthanasie à l'endroit le plus approprié et adapté. Si la commission juge que la motivation manque de prudence, elle demande instamment à ce médecin de renoncer à l'euthanasie. Celui-ci conserve néanmoins sa liberté thérapeutique.

\*        \*  
  
\*

## Sources

Cette synthèse est basée sur la réflexion continue et sur les documents antérieurs sur le sujet produits dans le groupe des Frères de la Charité, parmi lesquels les notes suivantes sont les plus importantes :

- Begeleidingscommissie ethiek GGZ Broeders van Liefde, *Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie*, 2006, voir : <http://www.fracarita.org/document/ethiek/Ethisch%20advies%20GGZ%20-%20%20Euthanasie%20060111.pdf>
- Raad van Bestuur vzw Provinciaal der Broeders van Liefde, *Standpunt euthanasie bij psychisch lijden van psychiatrische patiënten in een niet-terminale situatie*, Gand, notes inédites, provincialat des Frères de la Charité, 2012.
- Centrale Supportgroep Levenseinde, *Zorgvuldigheidsvereisten voor euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening in een niet-terminale situatie*, notes inédites, 2014.

Autres documents importants en rapport avec l'euthanasie et la souffrance psychique :

- *Loi sur l'euthanasie*, 2002, voir : [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052837&table_name=wet)

- Association néerlandaise de psychiatrie, *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*, Utrecht, De Tijdstroom, 2<sup>e</sup> édition revue, 2009, voir : [http://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding\\_NVvP-2009.pdf](http://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding_NVvP-2009.pdf).
- Werkgroep Metaforum, *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid*, KU Leuven, 2013, voir : [https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg\\_9\\_n.pdf](https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_9_n.pdf)