GUIDE PRATIQUE POUR L'ACCOMPAGNEMENT D'UN PARCOURS D'EUTHANASIE

UN OUTIL DE RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AFIN DE SOUTENIR LES PATIENTS ET LEURS PROCHES, BASÉ SUR LES BESOINS PRATIQUES ET CLINIQUES

ÉDITION 1.0
LE 28 MAI 2025

COLOPHON

GROUPE D'AUTEURS

Dr. Romy Van Rickstal (auteur principal)

Dr. Stijn Vissers (chercheur exécutant)

Prof. dr. Kenneth Chambaere (chef de projet)

GROUPE DE PROJET

Dr. Leen Van Brussel

Dr. Sigrid Dierickx

Prof. dr. Luc Deliens

Prof. dr. Joachim Cohen

MERCI AUX ORGANISMES QUI ASSURENT UN SOUTIEN FINANCIER AU DÉVELOPPEMENT DE CE COMPENDIUM

deMens.nu

Hôpital universitaire de Gand

Faculté de médecine et des sciences médicales de l'UGent

Maatschappelijk Valorisatiefonds UGent

Recht op Waardig Sterven asbl

Unie Vrijzinnige Verenigingen asbl

GROUPE DE CO-CRÉATION

Boven Charlotte

Claeys Annick

Cosyns Marc

Coupez Veerle

Decoster Lore

De Deyn Peter

De Laat Martine

de Meyere Annemarie

Derycke Noël

Engelen Marieken

Hermans Annelies

Huysmans Gert

Meerbergen Els

Okerman Gerda

Pauwels François

Proot Luc

Pype Peter

Van Den Noortgate Nele

Verbeeck Bea

Verhaert Rigo

Viaene Annick

Watteyn Geert

MISE EN PAGE

Chiara Verschaeren

CONTACT

endoflifecare@vub.be

End-of-Life Care Research Group

Campus VUB Jette

Bâtiment K, 1er étage

Avenue du Laarbeek, 103

1090 Bruxelles

Belgique

End-of-Life Care Research Group

Campus Universitair Ziekenhuis Gent

Entrée 42 (K3), 6e étage

Corneel Heymanslaan, 10

9000 Gand

Belgique



CHER LECTEUR,

Ce document est un guide pratique servant de référence et d'assistance durant tout le parcours d'euthanasie. Il accorde une attention particulière au soutien à apporter au patient ainsi qu'à ses proches. Les auteurs de ce compendium se sont efforcés de présenter ce parcours d'euthanasie avec un grand respect pour 'l'aspect humain'.

C'est pourquoi le guide s'ouvre par un chapitre consacré au soutien aux patients et aux proches tout au long du parcours d'euthanasie. Viennent ensuite quatre parties spécifiques, respectivement consacrées au travail multidisciplinaire, à l'examen d'une requête d'euthanasie, à la pratique d'un acte d'euthanasie, et enfin, au bien-être des médecins eux-mêmes. Chaque chapitre pouvant être consulté indépendamment les uns des autres, nous avons volontairement décidé de répéter au fil des pages de ce guide les principaux éléments de soutien aux patients ainsi qu'aux proches. Indépendamment du cadre légal, ces suggestions ne doivent pas être considérées comme des consignes rigides : l'expertise clinique de chaque médecin l'autorisera à appliquer concrètement la directive selon ses propres sensibilités.

Ce guide de référence revient sur les incertitudes habituelles de la pratique professionnelle, et en particulier lorsqu'il est question d'euthanasie dans l'environnement domestique. Bien que les recommandations spécifiques pour un environnement tel qu'un hôpital ou une maison de repos et de soins soient limitées, nous estimons que de nombreux conseils sont applicables quel que soit le lieu, que ce guide couvre l'intégralité de la pratique d'euthanasie et qu'il offre une vision plus large que les seuls aspects techniques. Ceci vaut également pour les autres professionnels de la santé : bien que ce compendium ait été établi avec pour premier public cible les médecins, il sera également adapté et intéressant aux yeux des autres prestataires de soins impliqués dans la pratique de l'euthanasie. Les auteurs estiment dès lors que la lecture de ce compendium peut leur permettre de gagner du temps.

Ce document contient des soutiens issus de nombreuses recherches scientifiques (dont des études portant sur des entretiens avec les patients et les proches) et la consultation de praticiens chevronnés. Cette consultation a pris la forme d'un intense processus de co-création, dans lequel des experts de diverses disciplines se sont efforcés d'optimiser étape par étape ce compendium. Lorsque des directives majeures existent pour certains sujets spécifiques, nous avons tenu à y faire référence afin de servir de relais (c'est entre autres le cas des directives étendues portant sur l'euthanasie de patients atteints de démence ou de troubles psychiatriques). Les conseils sont basés sur la recherche scientifique et les données d'experts, mais ne remplacent nullement les textes légaux. D'ailleurs, ce document n'a aucun statut légal et n'a d'autre objectif que de servir de complément. Chaque médecin, en effet, est supposé connaître la loi. Il faut en outre être conscient que ce document n'est applicable que dans le contexte de la loi belge.

Si vous avez la moindre observation concernant ce compendium, n'hésitez surtout pas à nous le faire savoir ! Il suffit de nous envoyer un courriel à l'adresse endoflifecare@vub.be. Les auteurs tiennent en effet à ce que ce document puisse vivre et évoluer ; il sera périodiquement adapté en fonction des avancées scientifiques, des retours d'expérience de la part d'utilisateurs, des références de publications et autres liens pertinents.

Pour la lisibilité, nous n'utiliserons que le genre masculin pour désigner les patients, étant entendu qu'il s'agit également de patientes.

TABLE DES MATIÈRES

SOUTIEN AUX PATIENTS ET AUX PROCHES 6

Aptitudes générales importantes du médecin 6

SOUTIEN AU PATIENT 7

Formation psychologique 7

Continuité des soins 8

Autonomie du patient 8

Implication des proches 8

IMPORTANCE DES ENTRETIENS TANT SINGULIERS QUE COLLECTIFS AVEC LES PATIENTS ET LEURS PROCHES 9

Soins psychologiques, existentiels et spirituels 10

Besoins existentiels des patients 11

MEILLEUR SUPPORT AUX PROCHES 11

L'implication des proches et à quel moment 11

soutien psycho-émotionnel 13

Implication des enfants 13

Soins a posteriori 14

UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE 15

VALIDATION D'UNE DEMANDE D'EUTHANASIE 17

Esquisse du cadre légal 17

L'euthanasie n'est pas un droit 19

Refus de la demande 19

Obligation de réorientation 20

Implication des proches dans le parcours d'euthanasie 21

Implication d'autres professionnels de la santé dans le parcours d'euthanasie 21

Étapes de procédure durant l'examen 22

Demande écrite 23

Soins palliatifs durant le parcours d'euthanasie 23

Demande volontaire et réfléchie 24

Indépendance des deuxième et troisième médecins 25
Avis contradictoireS des médecins consultés 25
Souffrance insupportable et sans issue 25
faculté d'exprimer une Volonté 26
Souffrance psychique 27
PRATIQUE DE L'EUTHANASIE 28
fixation du moment de l'euthanasie 28
Explication de la procédure 28
Préparatifs pratiques 29
Soutien émotionnel et conseils 29
Préparatifs pratiques : conseils aux proches 30
Euthanasie en maison de repos et de soins 30
Euthanasie à l'hôpital 31
Implication d'autres professionnels des soins de santé 31
Tâches administratives 31
Actes médico-techniques 32
Actes autres que (strictement) médicaux 34
Déclaration d'euthanasie 35
BIEN-ÊTRE DES MÉDECINS 36
BIBLIOGRAPHIE 37

SOUTIEN AUX PATIENTS ET AUX PROCHES

APTITUDES GÉNÉRALES IMPORTANTES DU MÉDECIN

En guise d'introduction générale, rappelons l'importance, pour le médecin traitant, de développer les attitudes et aptitudes suivantes et de les appliquer durant tout le parcours d'euthanasie :

COMPÉTENCES PALLIATIVES. Le patient et ses proches sont en droit d'attendre que son équipe médicale dispose, tant par l'expérience que par la formation continue, des aptitudes dans divers domaines des soins (de fin de vie) : lutte contre la douleur physique et ses symptômes, soutien psycho-émotionnel, attention aux aspects sociaux, soutien dans le domaine spirituel et existentiel. De tels soins palliatifs apportent la garantie d'attention dans la façon d'appréhender (les requêtes envers) l'euthanasie. Se renseigner auprès d'une équipe palliative spécialisée peut apporter une importante plus-value lors du parcours d'euthanasie.[1]

Dans un langage compréhensible, procurez des **INFORMATIONS CLAIRES ET TRANSPARENTES** sur le parcours d'euthanasie. Une communication claire est indispensable pour que toutes les parties concernées soient dûment informées.

FAITES PREUVE D'EMPATHIE et de compassion envers les patients et leurs proches. Efforcez-vous de comprendre les souffrances émotionnelles et physiques du patient.

Faites preuve de compréhension et **ÉVALUEZ SANS JUGEMENT** les choix et impressions du patient ainsi que de ses proches. Reconnaissez et acceptez leurs expériences et les choix difficiles auxquels ils font face.

Privilégiez toujours **L'ÉCOUTE ACTIVE** du patient et de ses proches, pour qu'ils se sentent écoutés et compris. En faisant preuve de patience, soyez ouvert à leurs sentiments, leurs soucis et leurs questions. Accordez aux entretiens **TOUT LE TEMPS NÉCESSAIRE.**

TEMPORISEZ. Prenez le temps de mener une discussion exhaustive et attentive à propos de chaque requête. Avant de tirer vos conclusions, veillez à comprendre totalement le contexte et les antécédents de chaque requête d'euthanasie.

APPROCHE PROACTIVE. Anticipez les besoins et les soucis des patients et de leurs proches. Veillez à prendre les mesures concrètes pour les soutenir.

PRIVILÉGIEZ LA SÉRÉNITÉ tout au long du parcours d'euthanasie.

SOUTIEN AU PATIENT

Le soutien du patient dans le parcours d'euthanasie implique que **le médecin traitant s'assure que les soins et le soutien soient adaptés aux normes, valeurs, préférences, souhaits et attentes de chaque patient**. Les questions – initiales et réitérées – visant à connaître ces caractéristiques individuelles sont essentielles tout au long du parcours d'euthanasie ; elles sont par nature dynamiques et peuvent par conséquent évoluer au fil du temps, en fonction de la dégradation de l'état de santé physique du patient.

Une bonne information des patients implique qu'ils soient informés de façon complète à propos de la procédure, des conditions légales et des conséquences possibles de l'euthanasie.

Pour que les sujets sensibles puissent être discutés sereinement, il est essentiel de tisser une relation de confiance (par exemple par une communication franche et ouverte, un suivi minutieux et régulier, etc.), tant avec les patients qu'avec leurs proches. La mise en œuvre d'aptitudes (de communication) telles que décrites dans les rôles CanMEDS peut servir de point de départ à cet effet.[2]

FORMATION PSYCHOLOGIQUE

Tout au long du parcours d'euthanasie, une **information claire, ouverte et linéaire** revêt une grande importance pour le patient. Voici les bonnes pratiques habituelles :

Expliquez les critères légaux d'euthanasie dans **UN LANGAGE SIMPLE ET COMPRÉHENSIBLE**.	Informez le patient qu'un **AVIS DOIT ÊTRE MOTIVÉ PAR UN DEUXIÈME, VOIRE UN TROISIÈME MÉDECIN**, de même qu'un examen médical devra être posé et/ou le patient devra répondre à un questionnaire à cet effet.
Expliquez qu'une **REQUÊTE VERBALE OU UNE DÉCLARATION D'INTENTION ÉCRITE NE DONNENT PAS DROIT À L'EUTHANASIE.**	**EXPLIQUEZ CLAIREMENT LA PROCÉDURE D'EUTHANASIE**, y compris les étapes qui doivent être suivies et ce que le patient peut en attendre (voir plus en détail le chapitre 'Pratique de l'euthanasie').
Il est recommandé **D'INFORMER LES PROCHES QUI SONT IMPLIQUÉS** dans le parcours d'euthanasie (voir plus loin).	

La communication devra de préférence être très accessible : donnez au patient et/ou à ses proches les coordonnées auxquelles ils peuvent vous contacter. Pour éviter de n'être joignable que par voie numérique, veuillez (de préférence) donner également un numéro de téléphone.

CONTINUITÉ DES SOINS

Vu son importance sur la cohérence et sur la qualité des soins et du soutien au patient, veillez à assurer la continuité des soins, par exemple en faisant toujours intervenir, dans la mesure du possible, les mêmes prestataires de santé. Si cette continuité ne pouvait être assurée, faites en sorte que la transition d'un prestataire à l'autre soit aussi fluide et cohérente que possible.

AUTONOMIE DU PATIENT

Favorisez l'autonomie des patients en leur donnant les rênes sur le processus de décision tout au long du parcours d'euthanasie. Rappelez qu'ils ont le dernier mot sur ce cheminement, par exemple sur la nécessité de donner leur autorisation explicite avant que d'autres proches ou prestataires de santé y soient impliqués à leur tour. Attention : si une équipe d'infirmiers est en contact étroit avec le patient en environnement hospitalier, le médecin est obligé de l'informer de la requête du patient (ce qui n'est pas le cas de l'acte éventuel d'euthanasie)[3].

IMPLICATION DES PROCHES

En raison d'une opinion fréquemment émise, il est important de préciser que la législation belge n'oblige pas d'impliquer les proches dans le parcours d'euthanasie d'un patient ; leur accord ou autorisation n'est donc pas requis.

Si le patient refuse d'impliquer ses proches (souvent des membres de sa famille, mais plus généralement des personnes importantes de sa vie), le médecin traitant doit clairement lui en demander les raisons. Les motivations du patient de ne pas impliquer ses proches peuvent être très acceptables. Efforcez-vous de vous forger une opinion dans les dynamiques et relations familiales.

Dans tous les cas, laissez au patient le choix d'informer ou non ses proches à propos de sa requête d'euthanasie. Encouragez-le et soumettez-lui la possibilité que vous-même puissiez exercer en tant que médecin traitant un rôle de modérateur dans cette discussion avec les proches.

Vérifiez chez le patient lui-même comment il considère l'implication de ses proches dans son parcours d'euthanasie. L'implication est en effet une notion très large, susceptible de prendre des formes multiples. En fonction des besoins et des attentes d'un patient, les proches peuvent éventuellement :

ÊTRE ACTIVEMENT IMPLIQUÉS DANS LES DISCUSSIONS sur le soutien et les décisions de soins tout au long du parcours d'euthanasie.

SERVIR DE SOURCES D'INFORMATION À PROPOS DU PATIENT, en prenant connaissance de leurs opinions et perspectives (par exemple concernant des souffrances insupportables) et en tenant compte de celles-ci dans l'évaluation de la requête. Ceci n'implique cependant pas qu'il faille trouver de consensus entre le point de vue du médecin et celui des proches.

PARTICIPER AUX ENTRETIENS FAMILIAUX DURANT LESQUELS ILS SONT CORRECTEMENT INFORMÉS ET PRÉPARÉS, dès le stade initial du parcours d'euthanasie. Les sujets abordés durant de telles conversations dans le cadre familial portent sur les aspects médicaux, émotionnels et pratiques de l'euthanasie. Le médecin doit mettre en place un planning avisé, qui doit aussi être communiqué au patient et à ses proches afin qu'ils puissent se préparer aux étapes de la procédure. Envisagez la présence durant les entretiens familiaux d'un psychologue ou d'un autre prestataire psychosocial, afin de prodiguer un soutien émotionnel (par exemple par une équipe multidisciplinaire de soins palliatifs à domicile ou une équipe de soutien palliatif). Offrez un soutien additionnel dans les moments qui peuvent être émotionnellement pénibles à vivre, par exemple lorsqu'un médecin doit annoncer que la requête d'euthanasie ne peut pas être acceptée.

IMPORTANCE DES ENTRETIENS TANT SINGULIERS QUE COLLECTIFS AVEC LES PATIENTS ET LEURS PROCHES

Les entretiens en tête-à-tête avec le patient sont nécessaires pour s'assurer de l'absence totale de pressions externes envers la demande d'euthanasie. C'est pour éclaircir cette requête que certains entretiens devront avoir lieu en l'absence de proches.

Le professionnel de la santé peut jouer un rôle d'intermédiaire par le biais de discussions collectives, entre autres pour expliquer la souffrance insupportable du patient. Si les proches

éprouvent le besoin d'un soutien individuel, il doit également prévoir des entretiens singuliers avec chacun d'entre eux.

Dans certains cas, il est conseillé d'envisager d'impliquer (aussi) d'autres personnes que les membres de la famille proche, par exemple des aides-soignants, des amis de longue date, des voisins de confiance, etc.

- Ceci s'avère surtout important dans le cas de patient demandant l'euthanasie, mais qui n'ont peu ou plus de parents (directs) et/ou n'entretiennent plus de (bons) contacts avec eux.
- Les patients souffrant de problèmes psychiatriques ressentent plus particulièrement le besoin d'impliquer étroitement d'autres personnes que les parents proches dans leur parcours d'euthanasie, par exemple un aide-bénévole ou un ami intime qui le soutient en lui apportant de l'aide.

SOINS PSYCHOLOGIQUES, EXISTENTIELS ET SPIRITUELS

Si le patient en a exprimé le besoin lorsque vous l'avez interrogé à ce propos, prévoyez également un soutien psychologique et existentiel/spirituel au patient et aux proches.

COMMENCEZ DÈS LE DÉBUT À DRESSER LA LISTE DES BESOINS EXISTENTIELS, par exemple au moyen de questions sur le sens de la vie, les convictions religieuses et les besoins spirituels. Lors de conversations individuelles et familiales, les patients et les proches peuvent évoquer les aspects psycho-émotionnels, par exemple leurs angoisses et leurs espoirs.

PROPOSEZ AUX PROCHES LA POSSIBILITÉ DE PARTICIPER aux rituels (d'adieu), moments de commémoration et activités spirituelles correspondant aux convictions du patient et de ses proches, voire de les organiser eux-mêmes, ce qui peut contribuer à leur apporter un soutien ou à faciliter l'acceptation de l'événement.

SI NÉCESSAIRE, IMPLIQUEZ UN ACCOMPAGNANT SPIRITUEL OU UN SOIGNANT MORAL (en fonction des considérations et des croyances du patient et de ses proches), qui a une expérience dans l'accompagnement de patients en phase terminale et peut garantir un support continu par des visites régulières. C'est par exemple le cas du MOPA (Migratie (Moslims) en Palliatieve Ondersteuning), un organisme flamand servant de relais entre les prestataires de soins et le patient ainsi que ses proches issus de la migration.

BESOINS EXISTENTIELS DES PATIENTS

Anticipez le fait que les patients, quelles que soient leurs croyances ou philosophies de vie, seront traversés par plusieurs questions existentielles tout au long du parcours d'euthanasie. Accordez-leur une oreille attentive et soutenez-les vous-même, ou à défaut, faites appel, pour les questions ci-dessous, à une assistance extérieure (par exemple un conseiller ou un psychologue). On recommande également d'encourager la communication à cet égard entre le patient et ses proches.

- Quel a été le sens de ma vie ?
- Comment ai-je pu faire une différence dans la vie des autres ?
- Quelle est la signification de ma souffrance ?
- Quels souvenirs voudrais-je que mes proches gardent de moi ?
- Choisir l'euthanasie, est-ce laisser tomber mes proches ?
- À quel moment l'euthanasie devient-elle légitime ?
- À quel stade la douleur devient-elle insupportable pour légitimer l'euthanasie ?
- Dans quelle mesure dois-je redouter la pratique de l'euthanasie ?
- Que dit à mon propos ce choix en faveur de l'euthanasie ?
- Comment mes proches vont-ils concevoir ma mort et la pratique de l'euthanasie ?
- Pourquoi dois-je tant souffrir ?
- Dans quelle mesure ai-je encore le contrôle sur ma propre vie et sur ma mort ?
- Que se passe-t-il après la mort ?
- Des complications peuvent-elles survenir lors de l'euthanasie en tant que telle ?

MEILLEUR SUPPORT AUX PROCHES

L'IMPLICATION DES PROCHES ET À QUEL MOMENT

Si un patient accepte d'impliquer des proches dans son parcours d'euthanasie, le médecin traitant doit coordonner la communication avec ces derniers. Il doit être conscient des écarts éventuels existant entre les besoins de chaque membre de la famille ainsi que de leur évolution au fil du temps.

DANS LA MESURE DU POSSIBLE ET MOYENNANT L'ACCORD DU PATIENT, IMPLIQUEZ aussi vite que possible **LES PROCHES DANS LE PARCOURS D'EUTHANASIE**.

INFORMEZ LES PROCHES DE LA PROCÉDURE EXACTE D'EUTHANASIE : les critères légaux, le rôle du deuxième (voire du troisième) médecin, les étapes à respecter.

Fournissez aux proches des **BROCHURES** qui renforcent l'information que vous leur avez donnée et/ou les renvoient vers des **SITES INTERNET** regorgeant d'informations de base (par exemple pour la Flandre : LEIF ou Palliatieve Zorg Vlaanderen).

Dans la mesure du possible et moyennant l'accord du patient, impliquez aussi vite que possible les proches dans le parcours d'euthanasie. C'est ainsi qu'ils pourront être reconnus dans leur relation avec le patient. Vous pouvez par exemple les informer régulièrement de l'état d'avancement de la requête d'euthanasie, du processus de décision quant à l'approbation ainsi que du rôle du médecin traitant et des autres professionnels de soins. Expliquez clairement d'où vient la souffrance insupportable du patient, y compris les facteurs physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et existentiels qui y contribuent.

Afin de leur éviter des souffrances inutiles, certains patients ne souhaitent impliquer leurs proches que si et lorsque leur requête d'euthanasie est approuvée. Une telle méthode est pourtant déconseillée, sauf en cas d'arguments solides et de considérations fondées. Le fait d'impliquer tardivement les proches peut entraîner des conséquences émotionnelles négatives à leur égard, par exemple du chagrin, de la colère, une sensation d'injustice. D'un autre côté, il ne convient pas davantage de faire pression sur le patient au point de l'inciter à impliquer ses proches : il doit être mentalement prêt pour cela et le vouloir de lui-même.

Voici quelques avantages d'une implication précoce :

- Les proches et le patient peuvent passer ensemble davantage de temps avant l'acte d'euthanasie. Ils ont ainsi la possibilité de discuter et d'expliquer des aspects de la vie encore non résolus.
- Les proches ont plus de temps pour s'habituer à l'idée de l'euthanasie, ce qui peut contribuer au processus d'acceptation, d'assimilation et de deuil.
- L'attention accordée aux besoins des proches entraîne une évaluation plus positive du décès (ou de la démarche menant au décès).

SOUTIEN PSYCHO-ÉMOTIONNEL

Tout au long du parcours d'euthanasie, offrez aux proches un soutien psycho-émotionnel, par vous-même (y compris à l'aide de questions informelles portant sur leur état) ou des tiers, en vous basant sur l'évaluation de leurs besoins psycho-émotionnels.

- Tout au long du parcours d'euthanasie, considérez et explorez les possibilités **d'implication des prestataires psychosociaux** comme des psychologues, l'équipe palliative, etc.
- Faites particulièrement **attention aux besoins psycho-émotionnels des proches** qui sont très intimes avec le patient, qui ont des antécédents de deuil difficile et/ou dont la résilience psychologique vous semble fragile.
- Planifiez des **entretiens de suivi** pour aborder les besoins psycho-émotionnels, les nouvelles questions ou les soucis des proches. Il est souhaitable de porter une attention particulière aux proches qui s'occupent beaucoup du patient.

IMPLICATION DES ENFANTS

Lorsque des enfants et/ou de jeunes adultes sont impliqués dans un parcours d'euthanasie, envisagez de préférence les pratiques suivantes :

EMPLOYEZ UN LANGAGE CLAIR ET COMPRÉHENSIBLE, des livres, des histoires ou des dessins adaptés à leur âge afin d'expliquer aux enfants ce qu'est l'euthanasie, la mort, ce qui va se produire et comment dire adieu.

Des recommandations de littérature à ce sujet peuvent être trouvées sur le site web de « Palliatieve Zorg Vlaanderen » *[Soins palliatifs en Flandre]* (par exemple, le livre électronique «de meest gestelde vragen over kinderen en de dood *[les questions les plus fréquentes sur les enfants et la mort]* par Riet Fiddelaers-Jaspers & Renske Fiddelaers, 2019).

Ne pensez pas que les besoins et attentes d'un enfant soient identiques à ceux d'un adulte. Préparez **UN QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE POUR SONDER LES BESOINS ET LES ATTENTES** des enfants ainsi que des jeunes adultes qui sont impliqués dans un parcours d'euthanasie.

Après avoir considéré le bien-fondé de leur présence lors de l'acte d'euthanasie (par exemple en fonction de leur maturité et de leur résilience), **DEMANDEZ** aux enfants, comme s'ils étaient des adultes, s'ils désirent **ÊTRE PRÉSENTS DURANT L'ACTE D'EUTHANASIE**. Respectez leur choix en leur précisant qu'ils peuvent à tout moment changer d'avis.

AIDEZ LES ENFANTS À COMPRENDRE LEURS ÉMOTIONS ET À LES EXPRIMER au moyen de conversations préparatoires et de la thérapie du jeu.

Prévoyez de toute façon **UNE PERSONNE DE CONFIANCE** qui sera capable d'apporter à l'enfant un soutien durant l'euthanasie du proche ou qui serait susceptible de veiller sur lui s'il décidait au dernier moment de ne pas y assister.

S'ils ne veulent pas être présents lors de l'acte d'euthanasie, **PROPOSEZ-LEUR DES ALTERNATIVES, COMME UN LOCAL** où ils pourraient demeurer avec une personne familière.

PLANIFIEZ UN ENTRETIEN AVEC LES ENFANTS APRÈS L'EUTHANASIE, afin d'évaluer comment ils se sentent et répondre à leurs questions éventuelles.

SOINS A POSTERIORI

Évoquez avec les proches du patient les options après la pratique de l'euthanasie. Voici quelques pistes envisageables :

- Encouragez les proches à **trouver un soutien auprès de la famille et des amis**.
- Pour évaluer l'état psychologique des proches, planifiez vous-même **une consultation** (téléphonique, à domicile ou au cabinet) dans les premières semaines **après le décès** du patient.
- **Demandez aux proches s'ils ont besoin d'une aide et/ou d'un support additionnel**, par exemple une assistance psychosociale pour le deuil, une relation d'aide, un groupe de soutien ou de parole, voire une thérapie individuelle. Si nécessaire, planifiez plusieurs entretiens pour un suivi à plus long terme. Rappelez aux proches les possibilités d'obtenir du soutien et dites-leur qu'ils peuvent également en solliciter à tout moment.
- Si l'on décèle des signes avant-coureurs **d'un deuil difficile**, faites intervenir un psychologue de l'équipe palliative pour une évaluation et un support approfondis.

UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

On adoptera de préférence une approche multidisciplinaire **dès l'amorce du parcours d'euthanasie**. Les bonnes pratiques suggèrent que le médecin traitant prenne des initiatives afin d'impliquer d'autres professionnels et experts (à l'exception du deuxième, voire du troisième médecin) pour les besoins d'éclaircissement de la requête d'euthanasie, l'appréciation des critères légaux et l'évaluation de tous les aspects de la souffrance. La mise en place d'une équipe multidisciplinaire augmente la qualité de la décision, qu'il s'agisse d'une euthanasie à domicile ou en institution[4]. L'implication d'une équipe palliative, comme forme d'une telle approche multidisciplinaire, peut être recommandée à tout moment durant le parcours d'euthanasie.

Une **réunion de coordination** organisée dans les temps est recommandée afin d'attribuer à chaque intervenant le rôle qui lui revient. Les accords établis seront documentés et accessibles à chaque intervenant. Veillez à ce que chacun connaisse son rôle dans le processus, ceci afin de garantir une méthode efficiente et coordonnée, tant au moment de l'examen que de l'acte d'euthanasie.

Afin de garantir une approche cohérente, veillez à une **communication** claire et transparente entre tous les professionnels concernés. Des discussions multidisciplinaires permettent d'aboutir à des décisions collégiales et à un programme clair.

Veillez à **enregistrer et documenter** soigneusement tous les constats, avis et conseils des prestataires et spécialistes concernés. Assurez-vous qu'ils connaissent parfaitement la réglementation nationale et régionale.

Lorsque c'est possible et réaliste, appliquez une **approche multidisciplinaire d'un bout à l'autre du parcours d'euthanasie**, incluant les soins et le soutien au patient comme à ses proches. Si elles s'avèrent nécessaires pour assurer un soin continu, optez pour des **collaborations inter-organismes**.

La concertation multidisciplinaire à plus long terme peut contribuer à coordonner le soin, à l'optimiser et à l'adapter si nécessaire.

Après une euthanasie, on recommande vivement de tenir un **débriefing multidisciplinaire**, d'une part pour évaluer les conséquences émotionnelles de l'euthanasie sur les prestataires concernés, et d'autre part en termes d'apprentissage et de perfectionnement : qu'est-ce qui s'est bien passé, qu'est-ce qui ne s'est pas bien passé et que retenir à l'avenir de cette euthanasie ?

On recommande de discuter et d'examiner chaque requête de façon multidisciplinaire, mais cela s'avère surtout nécessaire pour les patients confrontés à **une maladie qui n'est pas encore entrée en phase terminale**. Ceci peut inclure entre autres :

La **CONSULTATION DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS** en dehors des avis légaux ou de la deuxième consultation, ou de centres de consultation sur la fin de vie (exemple en Flandre : UL-team de LEIF (Wemmel) ou Vonkel (Gand)).

Implication des **MÉDECINS HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS EN MALADIES MÉDICALES**.

Consultez des **PSYCHOLOGUES ET/OU DES PSYCHIATRES** afin de mieux cerner la souffrance psychique ou de procurer un soutien psychologique aux patients ainsi qu'à leurs proches.

Collaborez entre autres avec des médecins et un psychologue de **L'ÉQUIPE PALLIATIVE**.

Conseils non contraignants d'un **COMITÉ ÉTHIQUE**.

VALIDATION D'UNE DEMANDE D'EUTHANASIE

ESQUISSE DU CADRE LÉGAL

À la demande du patient, un médecin peut pratiquer une euthanasie si toutes les conditions légales sont remplies. Il peut s'agir d'une requête actuelle présentée par un patient capable ou d'une déclaration de volonté d'euthanasie établie au préalable. Par celle-ci, une personne saine d'esprit formule le souhait d'être euthanasiée si elle devait un jour perdre sa faculté d'exprimer sa volonté. Une telle déclaration d'intention prend ses effets lorsqu'un patient n'a plus conscience de son état et que cette situation est déclarée irréversible selon l'état actuel des connaissances scientifiques[5].

Le présent compendium traite du parcours d'euthanasie dans le cas d'un patient exprimant une requête actuelle d'euthanasie (il est donc capable et conscient de son état)[6]. Cette requête peut être exprimée, quel que soit l'état de santé du patient, qu'il soit en phase terminale ou non terminale (c'est-à-dire si son décès est supposé intervenir à brève échéance ou pas)*. (Voir informations additionnelles ci-dessous.)

> ** La brochure d'information de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie[6] stipule qu'il est question de décès à brève échéance lorsqu'on estime que le décès du patient interviendra dans les prochains jours, semaines ou mois. La directive explique également que le médecin traitant du patient est le seul à pouvoir estimer si le décès interviendra à brève échéance. La loi ne dit rien de ce qu'il faut entendre par décès prévu ou non prévu à brève échéance : l'évaluation revient par conséquent aux médecins concernés.*

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE LE PATIENT EST TOUT À FAIT CONSCIENT ET RÉCLAME MAINTENANT L'EUTHANASIE	
Pour un patient en phase terminale	Avis du deuxième médecin (quelle que soit sa spécialité) Pas de délai d'attente
Pour un patient en phase non terminale	Avis du deuxième médecin Avis du troisième médecin (qui doit être psychiatre ou spécialiste des organes internes*) Délai d'attente d'un mois entre la demande écrite et l'exécution **En cas de polypathologies chez une personne âgée, le médecin généraliste peut être considéré comme spécialiste selon la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie.*

EUTHANASIE SUR BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉ**
Pour les personnes qui ont au préalable rempli leurs dernières volontés et exprimé vouloir l'euthanasie si elles se trouvaient un jour en incapacité d'exprimer leur volonté, ou plus concrètement : dans un coma irréversible. De telles déclarations de volonté établies à partir de 2020 sont valables sans limites dans le temps ; celles établies avant 2020 ne sont valables que 5 ans (sauf si elles sont entre-temps révoquées).

***Un modèle de déclaration est disponible sur le site fédéral belge de la Santé Publique ou sur le site Internet de LEIF.*

Conditions (explications plus détaillées dans le texte ci-dessous)[3,7]

Le patient est **MAJEUR** (depuis 2014, l'euthanasie peut toutefois être pratiquée sur des patients mineurs d'âge, mais sous conditions strictes)
Le patient est conscient et **CAPABLE**
Le patient exprime une demande **VOLONTAIRE, RÉFLÉCHIE ET RÉPÉTÉE**
Le patient exprime sa demande **PAR ÉCRIT**
Le patient est atteint d'une **AFFECTION GRAVE ET INCURABLE** (suite à une maladie ou un accident)
Le patient est victime d'une **SOUFFRANCE PERSISTANTE ET INSUPPORTABLE** due à son affection (physique et/ou psychique)

L'EUTHANASIE N'EST PAS UN DROIT

L'euthanasie n'est pas un droit : par conséquent, le patient ne peut jamais obliger son médecin traitant (ni aucun autre prestataire de soins) à pratiquer une euthanasie ni à exiger sa collaboration. La loi sur l'euthanasie stipule en effet la liberté de choix des médecins pour s'impliquer ou pas dans le parcours d'euthanasie d'un patient.

Étant donné que certains patients et proches sont convaincus que l'euthanasie est un droit et que l'examen de la volonté d'euthanasie n'est qu'une formalité, il est important, dès le début, de leur expliquer clairement que ce n'est pas le cas : une demande ne peut être acceptée qu'après un processus de décision minutieux et une évaluation en profondeur. En **éclairant** les **malentendus** à ce propos, vous limitez les risques possibles de déception, de frustration voire de colère chez les patients ou leurs proches si vous deviez refuser une demande d'euthanasie.

Malgré ce que les patients ou proches pensent parfois, aucun document établi de façon anticipée n'est valable dans le cadre d'une demande actuelle d'euthanasie. Ici aussi, il est préférable de corriger immédiatement cette fausse opinion.

Le fait que l'euthanasie ne soit pas un droit implique que le médecin traitant, tout comme les autres professionnels de la santé impliqués, peut à tout moment décider de se retirer du parcours d'euthanasie. Ne vous laissez jamais influencer et ne vous sentez jamais obligé de collaborer à une demande d'euthanasie, car cela augmenterait le risque de regrets de votre part.

Les bonnes pratiques suggèrent que l'examen de la demande d'euthanasie se tienne par le médecin traitant qui suit le patient depuis longtemps, d'une part en raison de la connaissance approfondie des antécédents médicaux (y compris les traitements), d'autre part en raison du lien de confiance tissé avec le patient.

REFUS DE LA DEMANDE

Le médecin traitant à qui une demande d'euthanasie est formulée doit idéalement valider la requête lui-même. S'il doit la refuser pour des objections de principe ou morales (par exemple la **liberté de conscience** ou parce qu'il n'accepte jamais de telle demande pour des motifs de souffrances psychiques), il doit répondre au patient dans les 7 jours suivants sa demande d'euthanasie. Il est toutefois **recommandé de l'avertir immédiatement** (et donc, avant le délai de 7 jours) et de lui **expliquer de façon transparente et respectueuse pourquoi on invoque, en tant que médecin, le principe de liberté de conscience** (par exemple pour des raisons idéologiques).

Si vous **refusez une demande d'euthanasie pour raisons médicales**, vous devez en **exposer les motifs au patient** (et si nécessaire à ses proches) dans les délais impartis. Par votre choix de ne pas pratiquer l'euthanasie, certains patients et proches peuvent se sentir abandonnés, ce qui peut potentiellement provoquer une rupture de confiance et/ou interrompre la relation médicale. Essayez de l'anticiper, par exemple en exposant clairement les motivations justifiant votre refus.

S'il appert après une évaluation approfondie que vous refusez la demande du patient, veuillez de préférence tenir compte des bonnes pratiques suivantes :

Expliquez clairement et de façon détaillée **POURQUOI VOUS ESTIMEZ QUE LE PATIENT NE RESPECTE PAS** les critères légaux pour obtenir l'euthanasie. Précisez quels critères spécifiques ne sont pas remplis.

Comme c'est toujours le cas, **PROPOSEZ DES SOLUTIONS DE SOINS ALTERNATIVES**, par exemple des soins palliatifs (optimisés) ou un soutien psychologique.

EXPLIQUEZ ÉGALEMENT LES AVIS DU DEUXIÈME (ET DU TROISIÈME) MÉDECIN concernant les critères légaux. Exposez et documentez les raisons pour lesquelles l'euthanasie ne sera pas pratiquée et incluez-y les entretiens qui sont menés à ce sujet. Envisagez de transmettre au patient un résumé écrit des explications, de sorte qu'il puisse lire ces renseignements ultérieurement.

Communiquez toujours avec **RESPECT ET EMPATHIE**, en tenant compte de l'état émotionnel et de la situation du patient.

Donnez au patient la possibilité **D'EXPRIMER SES RÉACTIONS ET IMPRESSIONS**, et écoutez-le de façon active.

Demandez quels sont les **BESOINS OU SOUHAITS ACTUELS DU PATIENT**, puisque sa demande n'a pas été validée.

Précisez au patient si vous êtes prêt à **CONTINUER LE SUIVI MÉDICAL ET À L'ENCADRER** dans son trajet de fin de vie.

PLANIFIEZ UNE OU PLUSIEURS CONSULTATIONS DE SUIVI pour discuter des futurs soins et soutiens et répondre aux questions éventuelles du patient, mais aussi, si nécessaire, pour l'aider à prendre rendez-vous avec d'autres médecins ou prestataires de soins.

Si le patient l'accepte, **ENVISAGEZ D'IMPLIQUER LES PROCHES** dans les entretiens concernant le refus de la demande. Ceci peut aider à procurer le soutien émotionnel et à augmenter les chances que les proches comprennent et acceptent le refus.

OBLIGATION DE RÉORIENTATION

Vous devez respecter l'obligation déontologique légale de réorientation du patient. Les **bonnes pratiques consistent à réfléchir activement aux façons de réorienter** le patient. De la sorte, lui-même et ses proches se sentiront entendus et respectés, même si vous estimez ne pas être en mesure de répondre à ses demandes spécifiques. Évaluez aussi comment le patient envisage cette réorientation et quelles sont ses préférences et attentes concrètes. Le médecin qui refuse une demande doit dans tous les cas communiquer au patient les coordonnées de centres ou d'associations spécialisés dans le droit relatif à l'euthanasie. Il est en outre obligé de transmettre au médecin, vers lequel le patient aura été réorienté, le dossier médical du patient dans les 4 jours après sa requête, afin d'analyser sa demande.[7]

IMPLICATION DES PROCHES DANS LE PARCOURS D'EUTHANASIE

Demandez explicitement au patient si ses proches peuvent être impliqués dans son parcours d'euthanasie. S'il le refuse, demandez-lui clairement quelles en sont les raisons. Ceci vous aidera à comprendre si et comment le désir d'euthanasie a pu être influencé par le contexte familial, la solitude ou d'autres facteurs sociaux et contextuels. Expliquez également au patient quelles seraient les conséquences pour ses proches découlant de leur non-implication dans le parcours d'euthanasie : deuil plus difficile, impossibilité de se préparer aux adieux, etc.

Laissez au patient le choix d'informer ou non ses proches quant à son parcours d'euthanasie. Encouragez-le et soumettez-lui la possibilité que vous-même ou un autre prestataire de soins soyez présents durant cet entretien, éventuellement comme modérateur.

IMPLICATION D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LE PARCOURS D'EUTHANASIE

L'intervention d'autres professionnels et experts de la santé pour l'évaluation des critères légaux et à titre d'éclairage d'une demande d'euthanasie est une étape indispensable. Une approche multidisciplinaire fait en sorte que tous les aspects de la souffrance du patient puissent être pris en considération et que les meilleurs soins que possible soient prodigués. *Vous trouverez des renseignements plus détaillés dans le chapitre 'Travail multidisciplinaire'*.

Consultez les spécialistes et experts tout au long du parcours d'euthanasie. **Faites bon usage de l'expertise de ces spécialistes, par exemple une équipe palliative, pour obtenir une évaluation solide et approfondie de la demande**. En cas de doute ou d'incertitude quant aux aspects de la demande d'euthanasie, sollicitez des spécialistes médicaux appropriés, tels qu'un neurologue ou un psychiatre en cas de doute sur la faculté d'un patient à exprimer sa volonté.

Lorsqu'un patient demande l'euthanasie à un médecin spécialiste hospitalier, on recommande à ce dernier de consulter le médecin généraliste du patient.

- Le médecin généraliste a souvent une vue plus complète sur les antécédents médicaux et le contexte individuel du patient, ce qui est essentiel pour une évaluation minutieuse et une prise de décision correcte à propos de l'euthanasie.
- Ceci contribue également à garantir une approche holistique des soins.
- Si le patient souhaite recevoir l'euthanasie à domicile, le médecin spécialiste doit examiner si le médecin généraliste peut éventuellement se charger de l'exécution de la demande.

Pour l'examen, il est essentiel de procéder dans tous les cas à une analyse approfondie des dossiers et antécédents médicaux (et si nécessaire, les demander aux professionnels de la santé que le patient a consultés par le passé).

ÉTAPES DE PROCÉDURE DURANT L'EXAMEN

Assurez-vous d'avoir en votre possession une documentation précise, au moins sous forme de résumés, de tous les entretiens et décisions portant sur la demande d'euthanasie. Les bonnes pratiques consistent à mener plusieurs entretiens avec le patient afin d'éclairer sa demande d'euthanasie. Comme tous les sujets nécessaires sont abordés avec le patient, **l'emploi des documents d'enregistrement** de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie sous forme de liste à cocher s'avère très utile lors des entretiens.

Il est important de toujours **NOTER AU DOSSIER MÉDICAL** quand un patient exprime durant des consultations un **DÉSIR DE MORT OU D'EUTHANASIE** et aborde le sujet avec vous. Ceci permet de mieux comprendre le contexte du souhait (par exemple la douleur, la solitude, les effets d'une chimiothérapie, etc.) et préciser de quand date la demande.

Pour pouvoir parler d'une demande dûment réfléchie, il est recommandé de **DISCUTER D'EUTHANASIE AVEC LE PATIENT DANS SES MOMENTS DE RELATIVE STABILITÉ**, lorsque les symptômes de la pathologie sont pratiquement sous contrôle[4].

Pour **GARANTIR L'ABSENCE DE PRESSIONS EXTERNES,** certains entretiens de validation doivent être menés sans la présence des proches.

Les entretiens permettent de mieux cerner **LES ÉLÉMENTS SOUS-JACENTS À UNE DEMANDE D'EUTHANASIE** et de mieux connaître la personne qu'est le patient : son parcours de vie, ses normes, ses valeurs, etc.

Il est important que l'examen d'une demande d'euthanasie ait lieu longtemps à l'avance et se tienne sur une longue période ('temporisation'), et non juste quelques jours avant l'acte proprement dit. Commencez à clarifier la situation sitôt que le patient demande l'euthanasie, s'il exprime un souhait explicite de mourir, voire dès qu'il emploie le terme 'euthanasie'. Il est en effet possible que des patients évoquent le sujet de l'euthanasie sans pour autant l'envisager dans leur état actuel, mais plutôt parce qu'ils souhaitent obtenir des renseignements quant aux décisions de fin de vie ou parce qu'ils réfléchissent à exprimer une demande d'euthanasie dans une phase ultérieure.

Dans le cas de patients souffrant d'un cancer en phase terminale, l'examen de la requête a souvent lieu trop tard, ce qui entraîne un grand nombre de décès avant la pratique de l'euthanasie. **Lorsque le décès est proche, il peut s'avérer nécessaire de valider la demande dans des délais plus courts** que ceux appliqués généralement (sans pour autant négliger ni bâcler les étapes).

DEMANDE ÉCRITE

Le patient doit introduire sa demande d'euthanasie par écrit. La forme importe peu : la seule exigence est que la lettre contienne la formulation suivante :

"*Je soussigné, nom et prénom, veut l'euthanasie*", suivie de la signature et de la date.

Cette lettre peut éventuellement être écrite par un tiers si le patient est capable d'exprimer sa volonté, mais physiquement incapable de rédiger l'écrit par lui-même (pour cause de faiblesse, d'analphabétisme, etc.). Cette tierce personne ne peut toutefois avoir aucun intérêt matériel dans le décès du patient. Elle devra également stipuler par écrit pourquoi le patient ne peut rédiger le texte lui-même, décliner son identité et celle du médecin traitant. Celui-ci doit de toute façon être présent lors de l'établissement du document, à l'instar du patient[3,7].

Bien que ce ne soit pas exigé par la loi, il est conseillé d'exposer les motifs de la demande d'euthanasie, d'une part pour que les entretiens ultérieurs se déroulent bien, d'autre part pour améliorer la compréhension des proches.

Si le patient n'est pas en phase terminale, il faut respecter le délai légal d'un mois entre la date de la requête écrite et la pratique de l'euthanasie. C'est durant ce délai que pourront être consultés les deuxième et troisième médecins. Autrement dit, l'attente ne se termine pas après l'obtention du deuxième ou de l'éventuel troisième avis, mais bien au terme d'un mois.

SOINS PALLIATIFS DURANT LE PARCOURS D'EUTHANASIE

Lorsque le patient exprime son souhait d'euthanasie, il faut d'abord examiner dans quelle mesure et de quelle façon il est possible de lui apporter un certain confort de vie.

Ses besoins de confort étant évolutifs, il est important d'interroger continuellement le patient à ce sujet et **D'ADAPTER LES DISPOSITIONS DE CONFORT LORSQUE CELA S'AVÈRE NÉCESSAIRE** (tant au niveau physique que psychologique). Si le médecin l'estime nécessaire, des solutions peuvent être trouvées conjointement avec une équipe palliative.

Pour les patients exprimant un 'soudain 'désir d'euthanasie, il faut d'abord examiner si ce souhait provient d'une **SOUFFRANCE CORPORELLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE SOULAGÉE** par des soins palliatifs, des antidouleurs, des aménagements de confort ou un contrôle des symptômes

Quoi qu'il en soit, il est important, durant l'intégralité du parcours d'euthanasie, de veiller au confort maximal du patient.

DEMANDE VOLONTAIRE ET RÉFLÉCHIE

Conformément aux critères légaux, la demande d'euthanasie doit être entièrement volontaire et réfléchie, basée sur la décision autonome du patient lui-même. Le médecin traitant doit par conséquent avoir la certitude que la demande d'euthanasie n'est pas exprimée suite à une pression externe, par exemple des proches. Essayez toujours de déceler d'éventuels signes de pression ou d'influence.

Bien qu'il soit rare que des patients demandent uniquement l'euthanasie pour répondre à une pression externe ou parce qu'ils estiment être une charge pour leur environnement social, toute indication allant en ce sens doit être prise au sérieux et être examinée. S'il apparaît que la pression externe est le seul motif d'euthanasie, la demande ne peut être considérée comme volontaire et doit donc être refusée. Quelques indicateurs de pression sociale ou externe susceptibles d'être détectés :

- Des remarques régulières sur la charge que représentent les soins du patient pour ses proches et/ou des tiers, ou les préoccupations qu'ils suscitent chez le patient.
- Un changement soudain dans l'attitude du patient par rapport à l'euthanasie, surtout après des conversations avec les proches.
- Des motifs vagues ou incohérents exprimés par le patient pour justifier sa demande d'euthanasie, qui semblent changer en fonction de la présence de certains proches.

Même lorsque la souffrance insupportable et persistante est bien le motif premier, il demeure toutefois possible que le patient avance des raisons externes comme motifs secondaires ou complémentaires justifiant l'euthanasie. Dans ce cas, il est d'une importance primordiale d'analyser l'impact de ces facteurs externes. Une demande peut être validée si la souffrance sociale est un motif secondaire, mais seulement après avoir entrepris tout ce qui était possible pour atténuer la pression externe. Si le patient déclare envisager l'euthanasie en raison de la charge qu'il représente pour son environnement, les bonnes pratiques consistent à discuter également de ce sujet avec les proches concernés[4]. Pour estimer l'impact éventuel de la pression sociale lors de ses entretiens individuels avec le patient, le médecin peut lui poser cette question précise : "Envisageriez-vous toujours l'euthanasie s'il n'y avait plus de pression de telle ou telle personne ?".

Après que la requête est validée, les proches peuvent mettre une certaine pression pour pratiquer l'euthanasie plus tôt que ne le souhaite le patient, ou pour au contraire la postposer. Soyez également vigilant envers ces signaux. Bien que la date d'euthanasie soit généralement planifiée en concertation entre la famille et le patient, il est important que celui-ci ait toujours le dernier mot.

Soyez conscient que le choix volontaire du patient soit posé en l'absence de pressions externes de nature financière ou économique. Ces facteurs doivent également être discutés et examinés[4]. À cet égard, le médecin peut éventuellement collaborer avec un service ou assistant social.

INDÉPENDANCE DES DEUXIÈME ET TROISIÈME MÉDECINS

Il est crucial que le deuxième médecin consulté (et éventuellement le troisième) soit indépendant, sans aucune relation professionnelle hiérarchique avec le médecin traitant ni aucune relation professionnelle avec le patient. Il ne peut davantage être un parent ou un subordonné du médecin qui pratique l'euthanasie, ni naturellement être un parent ou une bonne connaissance du patient[4].

La pratique montre qu'une notion d'indépendance des médecins s'avère efficace : "*Un médecin peut se considérer lui-même comme étant indépendant s'il s'estime en âme et conscience être capable de formuler un avis tant favorable (oui) que défavorable (non)*", indépendamment des relations existantes avec le patient ou le médecin traitant concerné.

AVIS CONTRADICTOIRES DES MÉDECINS CONSULTÉS

Même si vous estimez, en tant que médecin traitant, que le patient respecte les critères légaux pour obtenir l'euthanasie, envisagez de ne pas la pratiquer si le deuxième ou le troisième médecin remet un avis négatif.

Prenez en considération leurs raisons, demandez éventuellement à les **RENCONTRER ET/OU À OBTENIR DES INFORMATIONS** permettant d'éclaircir leur avis. Après un avis négatif (allant à l'inverse de votre avis positif), il peut être recommandé de tenir à nouveau une concertation multidisciplinaire et/ou de solliciter un avis additionnel.

SOUFFRANCE INSUPPORTABLE ET SANS ISSUE

L'une des principales tâches du médecin confronté à une demande d'euthanasie est d'évaluer si le patient subit réellement des souffrances insupportables et sans issue[8]. La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie stipule à ce sujet que bien que certains facteurs objectifs puissent indiquer une souffrance indicible, l'évaluation de ces critères demeure essentiellement subjective et dépend de la personnalité, des valeurs et des conceptions du patient[6]. En d'autres termes, celui-ci détermine lui-même ce qu'il considère comme une souffrance insupportable ; il doit cependant en convaincre le médecin traitant (ainsi que le deuxième, et éventuellement le troisième médecin) [7].

Lors de l'évaluation factuelle de la souffrance insupportable, il est crucial que le médecin, d'une part, se forge une image claire de l'évolution de la souffrance dans le temps (actuelle versus future), et d'autre part, que cette souffrance soit replacée dans le contexte spécifique au patient. Ce contexte englobe tant sa personnalité (actuelle et antérieure) que son environnement (habitat, soins extérieurs, durée de la pathologie, etc.)[8].

Quant à savoir si la souffrance peut être apaisée, il faut préciser que le patient a le droit de refuser un traitement antidouleur, et même les soins palliatifs (par exemple lorsque ceux-ci impliquent

des effets secondaires ou des modes d'administration considérés comme insupportables par le patient). Dans de tels cas, le patient et le médecin doivent débattre de ce sujet en long et en large[6]. Si le médecin rejette la demande parce qu'il existe des alternatives valables, mais que le patient refuse, il doit aussi s'en expliquer au patient.

FACULTÉ D'EXPRIMER UNE VOLONTÉ

Les patients qui formulent une requête actuelle d'euthanasie doivent être capables d'exprimer leur volonté et le rester durant toute la phase d'explication relative à l'exécution de leur demande. Cette faculté consiste en la capacité d'une personne à prendre des décisions réfléchies sur sa propre vie et sa propre mort (faculté de prise de décision).

Contrairement à la capacité physique (d'agir), la faculté d'exprimer sa volonté n'est pas une notion juridique, mais bien un terme pratique relaté aux décisions médicales. La spécificité de la faculté d'exprimer sa volonté consiste à couvrir un espace-temps continu (allant de l'absence à la présence), à être spécifique à certaines tâches (on est alors considéré comme capable d'exprimer sa volonté pour certaines décisions, mais pas pour d'autres) et à être de nature dynamique (l'aptitude pour certaines décisions peut fluctuer dans le temps). Cette faculté n'est pas un concept univoque et son évaluation a donc souvent lieu de façon subjective. Les critères d'évaluation tels que proposés par Appelbaum & Grisso (1988) sont les suivants :

- La faculté de comprendre les informations.
- La faculté de saisir et d'apprécier l'information relative à sa propre situation.
- La faculté de raisonner de façon logique.
- La faculté de poser et d'exprimer un choix.

Évaluez régulièrement la faculté du patient d'exprimer sa volonté, et en particulier s'il souffre d'affections ou s'il subit des traitements qui menacent cette faculté (par exemple les patients présentant les prémices d'un syndrome de démence).

PLANIFIEZ DES CONSULTATIONS RÉGULIÈRES À DOMICILE pour détecter suffisamment tôt les changements dans la faculté d'exprimer sa volonté. En milieu hospitalier ou en maison de repos et de soins, les bonnes pratiques consistent à surveiller la faculté d'exprimer sa volonté (par des neurologues, psychiatres, psychologues cliniques ou médecins traitants).

Lors de chaque consultation, prenez des **NOTES DÉTAILLÉES** concernant la faculté d'exprimer sa volonté, afin de détecter une éventuelle régression.

Dans la communication préparatoire d'une euthanasie opérée dans le cadre d'une demande actuelle (et donc par définition, pour un patient capable d'exprimer sa volonté), il convient de discuter avec ce patient et ses proches de la possibilité que **L'INCAPACITÉ CROISSANTE** d'exprimer sa volonté rende impossible la pratique effective de l'euthanasie ; il convient alors de discuter des alternatives[4].

Pour les patients chez qui interviendrait une diminution de l'état de conscience, après l'examen de l'euthanasie et l'établissement d'un calendrier à relativement court terme, nous recommandons de se conformer à une directive spécifique applicable aux Pays-Bas[9]. Celle-ci décrit la façon par laquelle le médecin peut agir envers les patients avec lesquels la communication se complique ou n'est déjà plus possible (par exemple suite à une maladie sous-jacente, des complications, le traitement des symptômes, etc.).

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Pour comprendre la santé mentale et la complexité de la souffrance d'un patient atteint d'une affection psychiatrique, il est essentiel d'impliquer un psychiatre et/ou un psychologue pour l'analyse de la demande d'euthanasie.

Laissez le **PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE EXÉCUTER UNE ÉVALUATION APPROFONDIE** afin de déceler les causes de la souffrance insupportable du patient et également lui permettre d'évaluer si l'affection psychique est traitée de façon adéquate et s'il existe d'autres options de traitement.

Organisez une **CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE** pour parler des constats du psychiatre/psychologue avec les autres prestataires de santé concernés. Assurez-vous d'obtenir un rapport complet et détaillé des constats, avis et options de traitement.

Fournissez au patient et à ses proches des **INFORMATIONS CLAIRES ET DÉTAILLÉES SUR LES CONSTATS ET AVIS** du psychiatre/psychologue.

Étant donné le caractère très spécifique et complexe des demandes d'euthanasie suite à des syndromes psychiatriques, nous faisons à cet effet référence à des avis détaillés. Ainsi, l'avis du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique (Avis n° 73 du 11 septembre 2017) concernant l'euthanasie pour des patients en phase terminale, atteints de souffrance psychique ou d'affections psychiatriques. En outre, nous renvoyons vers l'avis de l'Ordre national des Médecins (du 27 avril 2019) concernant les directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie sur des patients souffrant de maladies psychiques suite à une affection psychiatrique [11]. Enfin, nous renvoyons également vers la directive de la Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, '*Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader* ?' (2017)[12].

PRATIQUE DE L'EUTHANASIE

FIXATION DU MOMENT DE L'EUTHANASIE

Essayez de savoir à quel 'moment' le patient désire l'euthanasie ; c'est-à-dire sous quelles conditions il estime que ce moment est approprié.

RESPECTEZ TANT QUE POSSIBLE LE SOUHAIT DU PATIENT concernant le lieu, la date et l'heure de l'euthanasie. Choisissez ensemble un moment adéquat, et faites preuve de souplesse concernant vos propres considérations.

FIXEZ LE JOUR DE L'EUTHANASIE en concertation avec le patient et ses proches, selon **UNE DÉCISION COLLECTIVE**, mais en lui laissant suffisamment de temps pour prendre cette décision importante. Interrogez-le à propos de ses besoins et de ses désirs.

Prendre en compte les considérations suivantes vous aidera à trouver le moment opportun :

- Pratique de l'euthanasie en début de journée : Après l'euthanasie du patient, les proches peuvent encore faire appel à un encadrement et un soutien. En milieu hospitalier, ils peuvent par exemple demander une assistance du médecin exécutant, du psychologue ou du personnel infirmier. À domicile, ils peuvent solliciter l'équipe multidisciplinaire d'accompagnement ou un psychologue associé au réseau local des soins palliatifs. En maison de repos et de soins, ils pourront se tourner vers des référents pour les soins palliatifs ou pour l'éthique. Évaluez au préalable si les proches pensent avoir besoin de ces aides extérieures.
- Pratique de l'euthanasie en fin de journée : Après un acte d'euthanasie, le personnel médical impliqué peut accuser certaines répercussions mentales/psychologiques durant toute la journée, ce qui complique les consultations ultérieures et/ou les soins aux autres patients.

Communiquez toujours au patient que si, pour l'une ou l'autre raison, il estime avoir l'impression de ne pas être prêt, alors **il lui est toujours loisible de changer le moment de son euthanasie**.

EXPLICATION DE LA PROCÉDURE

Expliquez clairement au patient et à ses proches, séparément ou ensemble, comment se déroulera la journée durant laquelle aura lieu l'euthanasie.

Dressez un **APERÇU DES DIFFÉRENTES ÉTAPES** de l'acte, depuis l'accueil jusqu'à l'adieu.

Encouragez le patient et ses proches à **FAIRE CONNAÎTRE LEURS QUESTIONS** et soucis éventuels.

INFORMEZ SUFFISAMMENT TÔT LES PROCHES SUR CE QU'ILS DOIVENT ATTENDRE durant l'acte proprement dit (y compris les ultimes signes d'agonie) et rassurez-les quant au confort du patient[13].

Évoquez les **ASPECTS ÉMOTIONNELS** et apportez du soutien.

Donnez les conseils utiles pour des **PRÉPARATIONS PRATIQUES.**

Suivre scrupuleusement les consignes du **DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'EUTHANASIE** vous évitera de négliger certaines étapes de la procédure. Transmettez ce document après l'avoir rempli intégralement [4]. Lisez la suite pour en savoir plus..

PRÉPARATIFS PRATIQUES

L'organisation des aspects pratiques de l'acte d'euthanasie à domicile peut prendre un certain temps, souvent plusieurs jours.

Expliquez au patient et à ses proches que, même si sa requête a été acceptée, **L'ACTE D'EUTHANASIE NE PEUT ÊTRE PRATIQUÉ DIRECTEMENT LE JOUR MÊME**. Le médecin doit en effet régler plusieurs points préalables. C'est pourquoi il lui est recommandé d'anticiper tant que possible les besoins, par exemple en commandant et réceptionnant les médications, en se concertant avec les autres professionnels de la santé et en préparant tous les documents administratifs.

Aidez le patient et ses proches à se forger des **ATTENTES RÉALISTES** quant aux délais.

Informez-les des **PROGRÈS ET RETARDS ÉVENTUELS** dans la procédure.

Conseillez le patient et ses proches à propos **DES PRÉPARATIFS QU'ILS PEUVENT DÉJÀ PRENDRE**, par exemple organiser le cadre domestique souhaité pour l'euthanasie et informer les gens qu'ils souhaitent avertir. Dans cette période préparatoire, le patient et/ou ses proches peuvent éventuellement prendre déjà contact avec les pompes funèbres.

SOUTIEN ÉMOTIONNEL ET CONSEILS

Soutenez le patient et ses proches sur le plan émotionnel en leur laissant le temps de se préparer eux-mêmes mentalement et émotionnellement. Dans la mesure du possible, il est préférable

que le médecin ou un autre professionnel de la santé se rende en consultation au domicile du patient, quelques jours avant l'euthanasie, afin d'évaluer son état et celui de ses proches.

Si le patient et ses proches en expriment le désir, vous pouvez les encourager à prévoir un rituel qui les aidera à se dire adieu de façon belle et digne.

Faites comprendre aux proches comment **LE RITUEL D'ADIEU** peut contribuer à une meilleure assimilation du deuil, en créant un souvenir personnel et significatif.

Demandez aux personnes concernées dans quelle mesure elles souhaitent que **LES SOIGNANTS ET/OU INTERVENANTS SPIRITUELS OU RELIGIEUX** jouent un rôle (de modérateur) dans le rituel d'adieu. Respectez les souhaits du patient et de ses proches. Vous pouvez aussi leur proposer de jouer vous-même un rôle de modérateur.

Donnez au patient et à ses proches des **EXEMPLES** sur les possibles façons d'organiser un **RITUEL D'ADIEU** significatif et/ou mettez-les en contact avec un expert en la matière. Afin de leur laisser suffisamment de temps, les conseils ci-dessous peuvent déjà leur être fournis avant de fixer la date de l'euthanasie : un dernier repas, d'écrire des lettres, un album souvenirs (par exemple Amfora), une projection de photos, dias ou vidéos.

PRÉPARATIFS PRATIQUES : CONSEILS AUX PROCHES

Indiquez aux proches que s'ils le souhaitent, ils peuvent déjà prendre contact avec les pompes funèbres lors des préparatifs de l'euthanasie.

Si l'euthanasie a lieu à domicile, demandez au patient et à ses proches de réfléchir à propos de **ce qu'ils comptent faire du corps du défunt**, et par exemple, combien de temps ils souhaitent le conserver à domicile.

Si le patient décède en milieu hospitalier, efforcez-vous de savoir à l'avance **si les proches désirent revoir le patient après son décès**. Si oui, assurez-vous qu'ils aient une dernière image aussi belle que possible du corps du défunt, ce qui facilite le processus de deuil[13].

EUTHANASIE EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Si l'euthanasie a lieu en maison de repos et de soins, le médecin veillera, après avoir obtenu l'autorisation explicite du patient, à annoncer l'euthanasie au personnel et aux autres résidents. Si nécessaire, organisez un rassemblement du personnel et des résidents pour qu'ils puissent dire adieu au patient dans un cadre paisible et respectueux.

Évoquez à l'avance avec le patient ce qu'il souhaite faire de son corps et quels sont les protocoles éventuels en vigueur dans la maison de repos et de soins. Pendant l'euthanasie

proprement dite, assurez-vous qu'aucun autre professionnel de la santé et a fortiori aucun autre résident n'entre dans la chambre du patient.

EUTHANASIE À L'HÔPITAL

Si l'euthanasie a lieu dans un hôpital, essayez de tenir compte de la fréquentation et de l'occupation du département. Ainsi, on recommande de la pratiquer un jour de semaine, lorsque le personnel est présent en suffisance pour s'occuper des autres patients du département.

S'il s'agit d'un hôpital universitaire, vous pouvez envisager de demander la présence d'un médecin assistant, pour lui servir d'apprentissage. La même remarque vaut à l'égard d'un *médecin généraliste en formation*, quand l'euthanasie est pratiquée à domicile. Si le patient marque son accord, il est opportun d'inviter le patient et le médecin assistant (ou *médecin généraliste en formation*) à faire connaissance avant l'euthanasie.

Sachez que l'euthanasie est toujours couverte par le secret professionnel, y compris lorsqu'elle a lieu à domicile. La procédure décrite dans la loi euthanasie[3] stipule que "*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 ;" (Art3,§2,4°)*. L'exception légale au secret professionnel pour une procédure d'euthanasie ne concerne que la demande, et en aucun cas l'acte proprement dit.

À propos de ce qui précède, concertez-vous toujours suffisamment tôt avec les patients et les proches.

IMPLICATION D'AUTRES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Moyennant l'accord explicite du patient, le médecin traitant informe de l'euthanasie prochaine les autres soignants professionnels concernés (par exemple l'équipe de soins à domicile). Ainsi, eux aussi auront – à leur tour – la possibilité de formuler leurs adieux au patient.

Demandez-lui s'il désire que ses soignants soient présents lors de l'acte d'euthanasie, ou qu'ils peuvent éventuellement effectuer un travail préparatoire ou de soutien en fonction de l'acte proprement dit. Efforcez-vous de savoir à cet effet avec quels soignants le patient entretenait les plus forts liens de confiance (par exemple l'équipe de soins à domicile, l'équipe palliative, etc.), et tenez-en évidemment compte.

TÂCHES ADMINISTRATIVES

Réfléchissez à l'avance pour fixer dans quelle mesure vous désirez être rémunéré pour pratiquer une euthanasie, et parlez-en suffisamment tôt et en totale transparence avec le patient et ses proches. Tous les accords administratifs et financiers doivent être clairement fixés au préalable : il est indécent de ne demander que le jour même une intervention financière en vue d'une

euthanasie. Sachez qu'il n'existe pas encore de numéro de nomenclature pour la pratique d'une euthanasie. Le comité d'assurance de l'INAMI a cependant décidé en février 2025 d'y remédier à l'avenir. Les médecins (généralistes ou spécialistes) pourraient obtenir une indemnité de 180,24 € pour la pratique d'une euthanasie, via le régime du tiers payant [14]. Les autres indemnités pour les consultations, visites à domicile, avis, etc. peuvent encore être combinées à ces nouveaux codes de nomenclature. (*À titre d'info : ces codes n'entreront en vigueur qu'après approbation de l'arrêté royal par le conseil des ministres et sa publication au Moniteur belge.*)

Réduisez tant que possible les tâches administratives le jour de l'euthanasie et remplissez au maximum l'acte de décès de façon anticipée. Rappelez-vous qu'un décès par euthanasie est considéré comme une mort naturelle [4]. Il ne faut indiquer nulle part que le patient est décédé d'une euthanasie, car cela relève du secret médical.

ACTES MÉDICO-TECHNIQUES

Une bonne collaboration avec le pharmacien est importante. Vérifiez si toutes les substances utilisées pour l'euthanasie sont disponibles en pharmacie et/ou quel est le délai de réception d'une commande. Souvenez-vous que les pharmaciens peuvent aussi vous refuser leur collaboration en invoquant des objections de principe. Ils devront alors vous relayer vers un confrère. Dans tous les cas, avertissez le pharmacien suffisamment tôt de l'euthanasie future, pour lui éviter de travailler à la hâte.

Vérifiez chez le pharmacien si **TOUTES LES SUBSTANCES UTILISÉES POUR L'EUTHANASIE SONT DISPONIBLES** et quel en est le délai de livraison éventuel. Fixez une date à laquelle la médication peut être réceptionnée (obligatoirement par le médecin) et examinez comment procéder de façon discrète. Même chez les médecins les plus expérimentés, des erreurs peuvent survenir dans l'octroi de la médication. C'est pourquoi il est vivement recommandé, en particulier lors d'une euthanasie à domicile, de commander tous les produits en double (ce n'est pas nécessaire pour un milieu hospitalier étant donné la vitesse de livraison)4.

Veillez à informer suffisamment tôt et à vous concerter avec le pharmacien pour connaître **LES DOSAGES CORRECTS ET SÛRS** adaptés à chaque patient.

INFORMEZ LE PHARMACIEN de **LA DATE EXACTE** de l'euthanasie (en lui demandant d'être disponible le jour même). N'oubliez pas de l'avertir du résultat.

Tous les produits de **MÉDICATION NON UTILISÉS DOIVENT ÊTRE RENDUS** au pharmacien, qui vous remettra en retour un accusé de réception[4].

PRÉVOYEZ VOUS-MÊME tous les produits médicaux et matériaux nécessaires à l'acte d'euthanasie.

VÉRIFIEZ SUFFISAMMENT TÔT LA DISPONIBILITÉ de tout le matériel et munissez-vous de tout l'équipement nécessaire. Le tableau ci-dessous dresse un aperçu de toutes les fournitures, détaillées dans la directive Pallialine[4].

	QUANTITÉ	NUMÉRO CNK
NaCl 0,9 % 500 ml (perfusion intraveineuse)	1	804534
Trousse de perfusion	1	0067769
Cathéter intraveineux 18G ou 20G	1	0246223
ou : aiguille à ailettes (papillon) 21G (non recommandé)	1	2738201
ou : aiguille Gripper 21G 1,9 cm (patients avec Port-a-cath)	1	1425818
Robinet à trois voies avec tuyau de 50 cm en PVC	1	0383182
NaCl 0,9 %/10 ml ampoule	2	2668093
Seringue jetable 20 ml	1	1444298
Seringue jetable 10 ml	2	3021789
Aiguilles (de prélèvement) 18G	5	1730860
Pansements de type Mefix	1	0614974

Annoncez aussi au patient et à ses proches que vous vous chargez de tous les produits et matériaux nécessaires. Ceci leur évitera du stress et des tracas.

Préparez-vous correctement aux actes médico-techniques pour la pratique de l'euthanasie (lisez à cet effet la directive KNMG/KNMP[11] et Pallialine[2]). Bien que la loi n'impose aucune technique médicale particulière pour la pratique de l'euthanasie, le monde médical est unanime à penser que la méthode par intraveineuse est la plus adéquate et procure des résultats rapides et indolores [4,6].

Envisagez les bonnes pratiques suivantes pour les actes médico-techniques de l'euthanasie :

- Assurez-vous que **tous les produits de la médication** soient **clairement étiquetés** pour désigner leur fonction spécifique : sédation, induction au coma, produits létaux.
- Pour que le patient et les proches n'aient pas à les voir, **exécutez les préparatifs** des actes médico-techniques dans un **local séparé**.
- Utilisez la **méthode intraveineuse** pour l'administration des substances euthanasiantes[4,15].
    - Pour éviter des complications durant l'acte, placez l'accès intraveineux ou le cathéter à l'avance, par exemple en début de journée ou quelques heures (maximum 24) avant. Demandez au patient le timing qu'il préfère.
    - Si vous n'avez pas de temps ou pas assez d'expérience en la matière, confiez l'acte d'euthanasie à un autre soignant qui en a la capacité, par exemple un infirmier, un membre de l'équipe palliative, un anesthésiste, etc.
    - Si vous pratiquez l'euthanasie, soyez aux côtés du patient lors de l'injection de la médication, pour lui procurer la sensation de soutien et de proximité.
    - Envisagez d'administrer du Midazolam pour amener le patient dans un sommeil léger[4] avant de pratiquer l'euthanasie proprement dite. Vous pouvez également recourir à cette méthode si le patient ne veut pas être éveillé lors de l'induction du coma.

À titre indicatif, sachez que l'administration par voie orale (boisson aux barbituriques) a lieu dans de très rares cas, lorsque le patient le demande explicitement. Mais même dans ce cas, le médecin doit toujours prévoir la médication et les ustensiles nécessaires pour une euthanasie par intraveineuse. Il doit prévenir au préalable le patient et ses proches qu'il optera

éventuellement pour une méthode intraveineuse si le décès du patient n'est pas acté dans le délai imparti (par exemple 2 heures) après l'administration du produit par voie orale, ou si le patient vomit la boisson qu'il a ingurgitée.[15] Soyez cependant conscient que le consensus existe au sujet de la méthode intraveineuse, recommandée pour la pratique de l'euthanasie. La directive Pallialine précise clairement que l'administration orale des produits de fin de vie n'est pas suffisamment fiable pour garantir un décès dans des conditions dignes et confortables[4] ; mais c'est aussi le cas de la méthode intramusculaire, sous-cutanée ou rectale.

ACTES AUTRES QUE (STRICTEMENT) MÉDICAUX

Pour pratiquer une euthanasie, envisagez les pratiques non médico-techniques suivantes :

- **Soyez à l'heure**. Cela signifie aussi ne pas arriver trop tôt. Très souvent, le patient et ses proches veulent profiter des derniers instants pour être ensemble. En milieu hospitalier, il est opportun qu'un soignant avertisse le patient et ses proches que le médecin exécutant est arrivé au département (afin de leur accorder le temps nécessaire pour faire leurs ultimes adieux).
- **Éteignez votre téléphone** et demandez aux autres personnes présentes de faire de même.
- Demandez encore de façon explicite au patient s'il désire toujours l'euthanasie (ou s'il a changé d'avis).
- **Expliquez encore brièvement les actes médico-techniques** au patient et aux proches et donnez-leur une dernière opportunité de poser des questions.
- Exécutez au préalable un maximum de **préparatifs techniques**, mais dans un local distinct.
- Accordez à l'assemblée **de l'espace et du temps pour le rituel d'adieu** et pour le dernier au revoir.
- **Reconnaissez le rôle des proches du patient** en évitant de vous mettre vous-même à l'avant-plan. Donnez-leur suffisamment de temps pour faire leurs adieux, retirez-vous si nécessaire
- **Dites à votre tour adieu** au patient.
- Prévoyez la présence d'un **professionnel** qui peut procurer un **soutien psychosocial ou existentiel** (ou qui demeure disponible si nécessaire).
- Si l'euthanasie a lieu à domicile, **récupérez tous les produits et ustensiles utilisés** afin d'éviter que les proches y soient confrontés.
- Après avoir pratiqué l'euthanasie, **accordez-vous un moment de repos** et de quiétude. Ne prévoyez aucune activité lourde ou psychologiquement éprouvante et évitez de donner d'autres consultations.
- Idéalement, prévoyez peu de temps après l'euthanasie **un débriefing avec tous les professionnels concernés**, afin de connaître leurs besoins psychologiques éventuels.

- Planifiez **les soins a posteriori** pour les proches du patient (voir la rubrique 'Soutien aux proches'). Fournissez aux proches les coordonnées utiles pour la suite, par exemple des experts en deuil.

DÉCLARATION D'EUTHANASIE

Sachez que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie doit en faire la déclaration dans les 4 jours ouvrables auprès de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie[6], par lettre recommandée avec accusé de réception. Il est opportun de préparer cet enregistrement simultanément à l'acte de décès, et de compléter les cases vides juste après le décès. Cette déclaration se tient par un document d'enregistrement préimprimé, disponible sur le site Internet de la Commission.

BIEN-ÊTRE DES MÉDECINS

Pour un médecin, la bonne pratique consiste à ne pas pratiquer une euthanasie allant à l'encontre de sa volonté. Il est important de **définir au préalable ses propres limites et de les faire connaître**.

En tant que médecin traitant ou exécutant, tenez compte de **votre propre résilience psychologique et émotionnelle** ainsi que de l'impact possible de ce parcours d'euthanasie.

- Soyez conscient de l'impact que peut avoir une pratique fréquente de l'euthanasie et **limitez le nombre de cas** que vous pouvez accepter durant un délai déterminé.
- Prenez régulièrement **le temps de réfléchir** à vos sensations et expériences après la pratique d'une euthanasie, afin d'identifier suffisamment tôt une éventuelle surcharge émotionnelle. Essayez d'assimiler celle-ci par exemple par un soutien psychologique, une concertation intercollégiale ou des groupes LOK (groupes de collègues, médecins ou pharmaciens-biologistes).
- **Si vous remarquez que votre bien-être psychologique est perturbé par votre implication dans un parcours d'euthanasie, retirez-vous de celui-ci**, mais faites-le avec empathie et en annonçant clairement les raisons au patient et à ses proches. Accordez de l'attention à la continuité des soins, de préférence en anticipant les problèmes.
- Surveillez et veillez en tant que médecin traitant au **bien-être psychologique des autres professionnels concernés**.
- **Expliquez clairement que tout professionnel a le droit de se retirer** d'un parcours d'euthanasie s'il estime que son implication dans cette démarche menace son équilibre mental. Soyez attentif aux signes d'épuisement émotionnel de vos collègues impliqués.
- Veillez à mettre en place un **cadre serein** où les autres professionnels de la santé peuvent partager ouvertement leurs sensations et expériences, sans crainte de jugement.
- Cet aspect est d'autant plus important pour des pratiques médicales comme l'euthanasie : stimulez et encouragez régulièrement les **conversations de soutien entre pairs** (par exemple par des groupes LOK), afin de partager des expériences et de fournir ou de recevoir un soutien émotionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Over palliatieve zorg en euthanasie. Federatie palliatieve zorg vlaanderen, 22 september 2011.
2. Competentiegebieden volgens de CanMeds. Vrije Universiteit Brussel, faculteit geneeskunde en farmacie. Te raadplegen via https://gf.vub.ac.be/images/PDF/Stage/Competentiegebieden_CanMeds.pdf
   Comprendre les rôles CanMEDS – Professionnel. À consulter via https://news.royalcollege.ca/fr/standards-and-accreditation/canmeds/professional-role
3. 28 mei 2002 – Wet Betreffende de Euthanasie (1). Ministerie van Justitie, Belgisch staatsblad, 22 06 2002.
   28 mai 2002 – Loi relative à l'euthanasie (1). Ministère de la Justice, Moniteur Belge, 22 06 2002.
4. Richtlijn euthanasie voor hulpverleners, actualisering 2021 06. De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn uitvoering euthanasie, oktober 2018. Toegankelijk via www.pallialine.be
5. Wilsverklaring inzake euthanasie. FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.
   Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie. Royaume de Belgique, base légale: AR 2/04/2003.
6. Informatiebrochure voor de artsen, september 2015. Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie.
   Brochure a l'intention du corps médical, Septembre 2015. Commission fédérale de Contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CfCee). À consulter via : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_controle-_en_evaluatiecommissie_euthanasie-fr/cfcee_brochureaintentioncorpsmedical-2015.pdf
7. Leifdraad (2020): leidraad voor artsen bij het zorgvuldig uitvoeren van euthanasie. (w.e.m.m.e.l., expertisecentrum waardig levenseinde.
8. Schema ter beoordeling van het lijden, SCEN – een programma van KNMG. Gerrit Kimsma.
9. KNMG-richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunde. Utrecht, april 2010.
10. Advies nummer 73 van 11 september 2017 betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen. Belgisch raadgevend comité voor de bio-ethiek.
    Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique. À consulter via : https://ordomedic.be/fr/avis/ethique/euthanasie/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique

11. Deontologische richtlijnen voor de toepassing van euthanasie bij patiënten die psychisch lijden ten gevolge een psychiatrische aandoening. Actualisering advies van de Nationale Raad der Artsen van 27 april 2019.
    Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique – Actualisation de l'avis du conseil national du 27 Avril 2019
12. 'Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader?' Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten (2017).
    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). À consulter via : https://vvponline.be/bron/2903-2/
13. Boven, C., Van Den Noortgate, N., & Dillen, L. (2023) Rouwzorg op maat aan naasten voor, tijdens en na euthanasie: Praktijkhandvaten voor artsen, verpleegkundigen en psychologen werkzaam in de ziekenhuis- en/of thuissetting. Gent: UZ Gent.
14. Belgische artsen krijgen eindelijk een tarief voor euthanasie. Medi-sfeer, 7 februari 2025. Te raadplegen via https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/belgische-artsen-krijgen-eindelijk-een-tarief-voor-euthanasie.html
    Euthanasie : l'INAMI introduit un nouveau code de nomenclature pour les médecins. À consulter via :
    https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/euthanasie-l-rsquo-inami-introduit-un-nouveau-code-de-nomenclature-pour-les-medecins.html
15. Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, KNMP en KNMG, september 2021.

Information additionnelle via soins palliatifs :

https://www.soinspalliatifs.be/images/pdf/PalliaLiege_FolderEuthanasie_022024.pdf