

Texte d'orientation du groupe des Frères de la Charité en Belgique sur l'euthanasie en cas de souffrances psychiques en phase non terminale

Approuvé dans le conseil d'administration de l'ASBL Provincialat des Frères de la Charité du 10 septembre 2018

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 dans le secteur santé mentale. Successivement nous abordons l'accompagnement sur deux trajectoires, les exigences prudentielles, et la prise de décision et le contrôle.

1. ACCOMPAGNEMENT SUR DEUX TRAJECTOIRES

Du point de vue éthique, trois valeurs entrent en ligne de compte : la protection de la vie, l'autonomie du patient et la relation de soins entre le patient et les soignants. Dans l'accompagnement sur deux trajectoires, nous réalisons ces valeurs le plus possible et nous les lions les unes aux autres (Conseil d'Administration, p. 3, Metaforum, p. 49). La protection de la vie est promue par la trajectoire de la perspective de vie, tandis que l'autonomie du patient est respectée par la trajectoire de la demande d'euthanasie. Parce que la valeur de la protection est à ce point essentielle dans le groupe les Frères de la Charité, la trajectoire de la perspective de vie est à l'avant-plan. Les deux trajectoires de la perspective de vie et de la demande d'euthanasie exigent une grande implication dans la relation de soins, et donc dans le dialogue. En effet, il est essentiel que les soignants ne renvoient pas le patient ou ne l'abandonnent pas dans des situations difficiles. L'offre de perspective de vie et prendre au sérieux la demande d'euthanasie sont **deux trajectoires du 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

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 aux **soins palliatifs psychiatriques**. 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 psychiquement 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 nouveau, afin de les adapter et de les proposer avec davantage d'intensité ; à condition bien sûr 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**.

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 Forum Eol** (ou LEIF Levens Einde Informatie Forum). 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 du Groupe central ou local de support, faire appel à un médecin du Eol/LEIF des environs. Ce médecin peut donner un avis supplémentaire et proposer son appui pour la pratique de l'euthanasie.

2. 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 dans 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. Elles garantissent que nous gérons avec la plus grande prudence la demande d'euthanasie et que la pratique de l'euthanasie lors de souffrance psychique dans une situation non terminale a un caractère très exceptionnel.

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 demande est volontaire, réfléchie, 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. Le patient tient compte des conséquences pour les proches. Il argumente le choix de ne plus continuer à vivre de façon compréhensible et empathique, 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 réfléchie 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 constant et insupportable** de la souffrance est 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, de développement des souffrances et de leur persistance.

L'**absence d'issue** de la situation médicale 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 peut continuer à endurer des souffrances insupportables pour lui. 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. L'euthanasie sur la base d'être fatigué de la vie ou de vie accomplie ne répond pas à la condition que la souffrance a une origine médicale et est la conséquence 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 qui ont été impliqués précédemment dans le parcours du patient et le médecin généraliste qui le suit (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 essaient 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 en fin de vie**. Cet avis, indicatif, est non contraignant pour le médecin en charge du patient.

3. PROCESSUS DE PRISE DE DECISION ET DE CONTROLE PREALABLE

Outre les exigences prudentielles, deux points d'attention dans la prise de décision et un contrôle préalable sont nécessaires.

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 collègue qui collabore déjà au traitement du patient ou à un autre collègue qu'on fait participer au traitement.

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. De préférence c'est la situation familiale ou une situation remplaçant la famille du patient. Ils déterminent l'endroit en concertation avec la famille, les proches, et l'équipe interdisciplinaire. Si l'établissement est l'endroit le mieux approprié, ils tiennent compte du cadre de vie et de l'éprouvé des autres patients.

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 le suivi.

C. Contrôle préalable

Lorsque l'euthanasie se passe dans l'établissement des Frères de la Charité, un contrôle préalable 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 préalable fait le lien entre la liberté de conscience et la plus grande prudence. La loi ne prévoit actuellement qu'un contrôle



après l'application de l'euthanasie : « 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 préalable peut tendre à la plus grande prudence. Ce contrôle préalable 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 supplémentaire 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 de conscience.

NOTE

L'Association Flamande de Psychiatrie et Zorgnet Icuuro ont formulé tous les deux un texte d'avis avec des directives pour euthanasie lors de souffrance psychique dans une situation non terminale. Ces deux avis correspondent quant à leur orientation fondamentale avec et sont en pratique complémentaires à l'orientation du Groupe les Frères de la Charité. L'avis de l'Association Flamande de Psychiatrie traite pourtant de façon étendue des tâches et des responsabilités spécifiques des médecins. Cet avis propose aussi une 'table ronde' qui peut prendre la forme d'une concertation d'éthique ad hoc de médecins, soignants, membres de la commission d'éthique et si nécessaire des experts. Une telle table ronde est en fait réalisée dans le texte d'orientation des Frères de la Charité dans les différents niveaux de concertation dans les exigences prudentielles formelles, particulièrement dans l'avis du groupe de support central ou local fin de vie. Une telle 'table ronde' ne remplace aucunement le contrôle préalable par la commission d'évaluation chez les Frères de la Charité.



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 (Comité d'éthique Soins de Santé Mentale des Frères de la Charité), *Begeleiding van psychiatrische patiënten met een verzoek tot euthanasie in een niet-terminale situatie*, Gand, Avis inédit, Provincialat des Frères de la Charité, 2006.
- Raad van Bestuur vzw Provinciaal der Broeders van Liefde (Conseil d'administration de l'ASBL Provincialat des Frères de la Charité), *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 Levens einde (Groupe central de support en fin de vie), *Zorgvuldigheidsvereisten voor euthanasie bij patiënten met een psychiatrische aandoening in een niet-terminale situatie*, Gand, Notes inédites, Provincialat des Frères de la Charité, 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=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Association Néerlandaise de Psychiatrie), *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*, Utrecht, De Tijdstroom, 2e édition revue, 2009, voir : http://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding_NVvP-2009.pdf.
- Werkgroep Metaforum (Groupe de travail Metaforum), *Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid*, KU Leuven, 2013, voir : https://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_9_n.pdf
- Raadgevend Comité voor de Bio-ethiek (Comité Consultatif de Bio-éthique), *Avis n° 73 - Euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*, Bruxelles, 2017, voir : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_73_euthanasie_0.pdf
- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (Association Flamande de Psychiatrie), *Hoe omgaan met een euthanasieverzoek omwille van ondraaglijk psychisch lijden binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten*, Kortenberg, 2017, voir : http://vvponline.be/uploads/docs/bib/euthanasie_finaal_vvp_1_dec.pdf.
- Zorgnet Icuuro, *Ethisch advies 20 - Levens eindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen*, Brussel, 2018, voir : <https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/Ethisch%20advies%2020%20levens%20eindezorg%20psychisch%20lijden.pdf>

