

# **COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE**

---

BROCHURE À L'INTENTION DU CORPS MÉDICAL



# TABLE DES MATIÈRES

---

1. Euthanasie pratiquée à la demande du patient et euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée d'euthanasie	<b>6</b>
2. Interprétation des termes «décès à brève échéance»	<b>7</b>
3. Interprétation des termes «souffrances insupportables et inapaisables»	<b>8</b>
4. La mission du (des) consultant(s)	<b>9</b>
5. La notion d' «indépendance» du consultant à l'égard du patient et du médecin traitant.	<b>10</b>
6. La notion de «compétence dans la pathologie concernée» du consultant obligatoire dans tous les cas	<b>11</b>
7. Euthanasie et suicide médicalement assisté	<b>12</b>
8. Euthanasie et arrêt de traitement	<b>13</b>
9. Euthanasie et administration d'analgésiques et de sédatifs à doses élevées	<b>14</b>
Notes	<b>15</b>



# INTRODUCTION

---

Le premier rapport bisannuel de la commission fait mention de quelques difficultés rencontrées par des médecins dans l'interprétation de certains termes de la loi.

La commission a estimé que ses délibérations et les discussions qui ont eu lieu en son sein concernant ces points pourraient être utiles pour lever ces difficultés. La présente brochure répond à cette intention.

# 1. EUTHANASIE PRATIQUÉE À LA DEMANDE DU PATIENT ET EUTHANASIE PRATIQUÉE SUR BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE D'EUTHANASIE

---

**La demande d'euthanasie** est le cas habituel. C'est une demande exprimée par un patient capable et conscient qui se trouve dans une situation médicale où les conditions mises par la loi pour pratiquer une euthanasie sont réunies. La demande doit être confirmée par un écrit du patient qui doit mentionner la demande, être signée et datée par lui ; s'il en est physiquement incapable (par paralysie par exemple), elle peut être transcrite et signée par un tiers choisi par le patient, en présence du médecin. Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de l'écrire de sa main doivent être indiquées. La demande reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.

*Les points 1 à 12 du volet II du document d'enregistrement ont trait à ce type d'euthanasie.*

**L'euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée** est une éventualité qui concerne un patient inconscient dont l'inconscience est irréversible et qui a rédigé antérieurement (endéans les 5 années précédant le moment où il n'a plus été capable d'exprimer sa volonté) une déclaration suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc) où il demande qu'une euthanasie soit pratiquée dans le cas où, atteint d'une affection incurable grave à un moment ultérieur de la vie, il ne serait pas capable d'en faire la demande. Une telle déclaration ne peut être prise en considération que si le patient est dans un état d'inconscience irréversible.

*Les points 1 à 3 et les points 13 à 19 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.*

## 2. INTERPRÉTATION DES TERMES «DÉCÈS À BRÈVE ÉCHÉANCE» (POINT 7 DU VOLET II DU FORMULAIRE D'ENRE- GISTREMENT)

---

La commission a considéré que l'échéance du décès doit être estimée «non brève» si la mort n'est pas attendue dans les mois qui viennent. En pratique, ceci signifie que seules les affections non évolutives ou très lentement évolutives doivent être considérées comme exigeant la procédure renforcée (deux consultants dont l'un est un psychiatre ou un spécialiste de l'affection en cause et un mois d'attente après la date de la demande écrite).

Quand le décès est attendu dans les jours, semaines ou mois qui viennent, il peut être considéré comme prévisible à brève échéance. Lors des discussions qui ont eu lieu au sein de la commission concernant l'estimation faite par le médecin de la prévision du décès, il est apparu qu'en dehors de cas évidents, le médecin qui a le patient en charge est seul à même de juger de l'échéance plus ou moins proche du décès.

### **3. INTERPRÉTATION DES TERMES «SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET INAPAISABLES»**

---

La commission a considéré que si certains facteurs objectifs peuvent contribuer à estimer le caractère insupportable de la souffrance, celui-ci est en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres. Quant au caractère inapaisable de la souffrance, il faut tenir compte du fait que le patient a le droit de refuser un traitement de la souffrance, ou même un traitement palliatif, par exemple lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il juge insupportables. La commission a toutefois estimé que dans ces cas, une discussion approfondie entre le médecin et le patient est nécessaire.

## 4. LA MISSION DU (DES) CONSULTANT(S)

---

Le(s) médecin(s) que le médecin en charge du patient doit obligatoirement consulter avant de procéder à une euthanasie ont une mission bien définie par la loi. Il(s) n'a (n'ont) pas à émettre de jugement quant à leur position de principe vis-à-vis de l'euthanasie.

En ce qui concerne le consultant obligatoire dans tous les cas, sa mission est de s'assurer

- a) que l'affection est incurable et grave
- b) que la souffrance (physique ou psychique) est constante, insupportable et inapaisable.

Il prend connaissance du dossier médical, examine le patient et établit un rapport concernant ses constatations.

*Le point 9.1 du document d'enregistrement concerne l'avis du médecin consulté sur les points a) et b) selon son rapport.*

En ce qui concerne le second consultant dans les cas où le décès n'est pas prévisible à brève échéance, sa mission est de s'assurer

- a) que la souffrance (physique ou psychique) est constante, insupportable et inapaisable
- b) que la demande est volontaire, réfléchie et répétée

Il prend connaissance du dossier médical, examine le patient et établit un rapport concernant ses constatations.

*Le point 9.2 du document d'enregistrement concerne l'avis du médecin consulté sur les points a) et b) selon son rapport.*

## **5. LA NOTION D' «INDÉPENDANCE» DU CONSULTANT À L'ÉGARD DU PATIENT ET DU MÉDECIN TRAITANT**

---

La commission a estimé que cette notion implique que le consultant ne peut avoir avec le patient ou le médecin traitant ni relation hiérarchique de subordination, ni relation familiale et qu'il ne doit pas avoir une relation thérapeutique suivie avec le patient.

## 6. LA NOTION DE «COMPÉTENCE DANS LA PATHOLOGIE CONCERNÉE» DU CONSULTANT OBLIGATOIRE DANS TOUS LES CAS

---

La commission a discuté la notion de compétence parce que certains membres ont parfois émis des réserves quant à la compétence d'un généraliste ou de certains spécialistes pour cette mission. La commission estime qu'un médecin généraliste a la compétence nécessaire pour remplir la mission telle qu'elle est définie par la loi (*voir le point 4*)

En ce qui concerne les spécialistes éventuellement consultés, la commission a discuté cette compétence au cas par cas. Elle a chaque fois estimé que le médecin concerné avait la compétence nécessaire pour s'assurer, par son examen, la consultation du dossier et l'interrogatoire, que l'affection était incurable et grave et que la souffrance était constante, insupportable et inapaisable, mission du médecin consultant fixée par la loi. D'une manière générale, il va de soi que le choix d'un consultant spécialiste doit se faire d'une manière responsable et conforme à une pratique médicale correcte.

Dans les cas où des difficultés existeraient dans l'appréciation soit du caractère incurable de l'affection, soit du caractère insupportable et inapaisable de la souffrance, soit du caractère volontaire et réfléchi de la demande, la commission rappelle qu'il peut être utile de recourir à plusieurs avis spécialisés.

## 7. EUTHANASIE ET SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

---

Plusieurs documents d'enregistrement indiquaient que la technique utilisée pour l'euthanasie avait consisté à obtenir l'inconscience non par injection I.V de Thio-pental ou similaires mais par administration d'une dose létale d'un barbiturique en potion que le malade a dégluti lui-même. Dans la majorité de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention et dans certains un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience.

Une telle manière d'agir peut être qualifié de «suicide médicalement assisté». La commission a cependant considéré que cette manière de procéder est autorisée par la loi pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir : en effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. Il faut noter que cette interprétation est conforme à celle du Conseil National de l'Ordre dans son avis daté du 22 mars 2003.

## 8. EUTHANASIE ET ARRÊT DE TRAITEMENT

---

La commission a été amenée à prendre position sur un document d'enregistrement déclarant une euthanasie dans un cas où l'arrêt d'un traitement vital pratiqué à la demande du patient atteint d'une affection incurable avait entraîné le décès en quelques jours sans que des drogues létales aient été administrées.

La commission a estimé qu'un tel arrêt n'entre pas dans le cadre de l'euthanasie et n'impose pas de déclaration obligatoire pour autant que le décès résulte uniquement de l'arrêt du traitement et que seuls des soins de confort aient été utilisés entre le moment de l'arrêt thérapeutique et le décès. Le refus de traitement est en effet légalement autorisé par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Cependant, si à la suite de l'arrêt d'un traitement vital, la situation entraîne une demande claire d'euthanasie de la part du patient, la procédure légale doit alors être suivie.

## 9. EUTHANASIE ET ADMINISTRATION D'ANALGÉSIFIQUES ET DE SÉDATIFS À DOSES ÉLEVÉES

---

La commission a relevé que les formulaires de déclaration ne mentionnaient que rarement une euthanasie pratiquée par l'administration de morphine, couplée ou non à d'autres drogues. Comme l'administration de fortes doses de morphine est fréquente dans les derniers moments de vie pour apaiser les souffrances, la commission a interprété l'absence de déclaration dans ces cas par le fait que les médecins ont considéré cette manière d'agir comme un traitement de la souffrance et non comme une euthanasie, même si elle a pu accélérer le décès. Dans ce cas, il s'agit effectivement d'une attitude médicale normale .

La commission souligne cependant que si l'administration de doses élevées de morphiniques et de sédatifs fait suite à une demande ferme du patient de mettre fin à sa vie, il s'agit d'une euthanasie au sens légal du terme et qu'elle est soumise à l'obligation de la déclaration. Si une telle technique ne semble pas, d'après les données de la littérature, la plus adéquate pour entraîner une mort calme, rapide et sans souffrances, la commission rappelle que la loi n'impose pas de technique médicale particulière pour la pratique de l'euthanasie et qu'elle n'a pas qualité pour émettre une opinion à ce sujet.

# NOTES

---