

# Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles

Flash expert

15 novembre 2018

## Recommandations relatives à la pratique de l'euthanasie en Flandre

La *Fédération des soins palliatifs en Flandre* a publié récemment des recommandations destinées aux aidants confrontés à une demande d'euthanasie d'une personne majeure. En réalité, cette dénommée « directive euthanasie » s'adresse principalement aux **médecins et aux infirmiers** et leur donne une **ligne de conduite à observer depuis la demande jusqu'à l'exécution de l'euthanasie**.

On peut s'étonner que les recommandations émanent de la Fédération des soins palliatifs en Flandre et soient reprises sous une directive **relative aux soins palliatifs**, alors que cette directive **distingue explicitement l'euthanasie des actes palliatifs**.<sup>1</sup> Il y est en effet précisé que dans le cadre des soins palliatifs et du traitement de la douleur, le patient décède des suites d'une maladie, sans qu'il ne soit question d'euthanasie.

La directive s'inscrit ainsi dans la ligne des **soins palliatifs dits « intégraux »**, une logique de complémentarité qui fait entrer l'euthanasie dans le champ de la « bonne pratique médicale ». (Voir le [Dossier de l'IEB](#))

La directive se base sur la **loi** euthanasie, qu'elle reprend de façon détaillée, sur le peu de **littérature** qu'il existe quant à la pratique de l'euthanasie et sur les **avis d'un comité d'experts**<sup>2</sup>, là où ni la loi ni la littérature n'apportent de réponse claire.

À plusieurs reprises, la directive indique que :

- L'euthanasie n'est **pas un acte médical normal** et il relève de la liberté de chaque aidant d'y participer ou non.

- Le médecin doit aborder avec le patient les **possibilités thérapeutiques et palliatives** qui peuvent alléger sa souffrance, leurs avantages et inconvénients.

- Il est important de discerner « **la question derrière la question** », cad. la demande qui se cache derrière la demande d'euthanasie (détresse physique, sociale, psychologique, économique,...) Contrairement à ce qu'on croit, **la douleur n'est pas la raison la plus importante pour demander l'euthanasie**, mais bien le désir de contrôler soi-même les circonstances de sa mort. Il importe donc de demander au patient ce qu'il veut

<sup>1</sup> Directive, p. 3. [http://www.pallialine.be/accounts/129/docs/richtlijn\\_EUTHANASIE.pdf](http://www.pallialine.be/accounts/129/docs/richtlijn_EUTHANASIE.pdf)

<sup>2</sup> Ce comité est principalement composé de médecins, éthiciens et juristes attachés aux universités de Gand, Leuven, Anvers et à la VUB.

précisément, s'il ne veut pas simplement d'assurer de mourir calmement mais naturellement en paix, au besoin accompagné d'une sédation. Car la majorité des patients ne sont pas suffisamment informés sur le processus du décès.

- Il faut s'assurer de la liberté du patient : que la demande d'euthanasie ne soit pas issue d'un mauvais traitement des symptômes ou d'un sentiment d'insécurité chez le patient. La demande doit être réfléchie et répétée. Le médecin doit s'assurer de l'**absence de pression externe**, qu'elle soit de nature financière, sociale, psychologique ou économique. Le médecin qui perçoit cette pression doit en parler ouvertement avec le patient.

- Le médecin doit de nouveau **s'assurer de la volonté du patient une demi-heure puis juste avant de pratiquer l'euthanasie.**

- Le(s) **médecin(s)** consulté(s) doivent être **indépendants** par rapport au patient et au médecin traitant. Il ne peut y avoir de lien hiérarchique, familial ou financier entre eux.

- La **déclaration anticipée** d'euthanasie ne trouve effet qu'en cas d'**inconscience irréversible**.

*En d'autres termes, la déclaration anticipée ne sort pas d'effets lorsqu'elle concerne une personne consciente, mais incapable d'exprimer une volonté éclairée, par exemple en raison d'une maladie mentale dégénérative. (Voir [Dossier de l'IEB](#))*

- Les infirmiers ont le devoir d'écouter la demande d'euthanasie car elle manifeste un appel à l'aide du patient dont ils ont la charge. Cependant, **chaque soignant bénéficie de la liberté de conscience** pour décider de participer ou non à tout ou partie du processus d'euthanasie, ou de s'en retirer au cours de la procédure. C'est pourquoi il est important que **le médecin communique assez d'informations aux infirmiers concernés**, pour qu'ils puissent décider en âme et conscience s'ils prennent ou non part au processus d'euthanasie. Les actes pouvant être réalisés par l'infirmier sont les actes « *préparatoires à l'euthanasie* », comme le placement de la perfusion, la préparation de la substance létale, ... L'objection de conscience **s'applique donc aussi à ces actes préparatoires.**

- Si un infirmier estime que la procédure ne s'est pas déroulée correctement ou que les conditions légales ne sont pas remplies, il peut alors décider de ne plus y prêter concours.

*Les recommandations ne précisent pas si dans ce cas, l'infirmier ou le soignant peuvent dénoncer l'irrégularité de la procédure afin d'empêcher que l'euthanasie n'ait lieu en violation de la loi ou de la déontologie médicale. Etant donné la relative proximité qu'il existe entre l'infirmier et le patient, il serait normal de prendre en compte leurs préoccupations quand une euthanasie ne leur semble pas conforme aux conditions légales.*

- Etant donné l'**impact possible de l'euthanasie sur les soignants**, ils sont appelés à prendre soin d'eux-mêmes.

*La directive n'aborde pas davantage l'impact psychologique de l'euthanasie sur les soignants et en particulier sur les médecins, ce qui est fort à regretter vu le poids moral d'une telle opération.*

- Le **pharmacien** aussi peut refuser de collaborer à l'euthanasie en délivrant la substance létale. Le médecin doit alors se tourner vers un autre pharmacien.

Recommandations qui posent question :

- La directive n'exclut pas la possibilité pour le **médecin de proposer l'euthanasie en premier**.

*En d'autres termes, les médecins sont encouragés à proposer **d'eux-mêmes** l'euthanasie à leurs patients, sous prétexte de donner une information « complète » nécessaire à la prise de décision. On peut se demander si c'est réellement le rôle du médecin de proposer, de sa propre initiative, la mort à son patient. Il serait en effet paradoxal de considérer l'euthanasie comme option d'une « bonne pratique médicale », alors que selon la directive, « l'euthanasie n'est pas un acte médical normal ».*

- Si le patient **refuse tout traitement**, la directive laisse à la **libre interprétation du médecin le soin d'évaluer si la condition de « situation médicale sans issue » est remplie**.

*De la sorte, un médecin peut juger que la situation de son patient est médicalement sans issue, alors qu'elle pourrait trouver une issue si le patient acceptait le traitement disponible. La libre appréciation laissée ici au médecin semble vider de son sens la condition de « situation médicale sans issue ».*

- Quant à la liberté de conscience du médecin, le médecin n'est pas légalement, mais bien **déontologiquement tenu d'indiquer à son patient un autre médecin** ou une structure médicale susceptible de prendre en charge sa demande d'euthanasie.<sup>3</sup>

*La loi ne prévoit pas une telle obligation. Il est en effet délicat d'obliger un médecin réfractaire à l'euthanasie, pour des motifs de conscience, à renvoyer son patient vers un confrère qui susceptible de pratiquer l'euthanasie. Car il est légitime qu'un médecin souhaite se limiter à proposer toutes les alternatives possibles à l'euthanasie (traitements ou soins palliatifs) sans devoir orienter, fut-ce indirectement, son patient vers l'euthanasie qu'il réproouve.<sup>4</sup>*

<sup>3</sup> Avis de l'ordre des médecins du 6 mai 2017, Directive p. 15.

<sup>4</sup> Voir la [Brochure de l'IEB sur les Clauses de conscience au profit des professionnels de la santé](#).

- Selon l'avis de l'Ordre des médecins, **l'aide au suicide, d'un point de vue déontologique et non légal, équivaut à l'euthanasie**, pour autant que les conditions qui s'appliquent pour l'euthanasie soient aussi respectées. Il doit néanmoins se faire obligatoirement en présence du médecin, et une voie d'entrée intraveineuse doit être prévue pour procéder à une euthanasie dans le cas où le suicide par administration orale échoue.

*Pourtant, sur base des travaux préparatoires de la loi sur l'euthanasie - et de la loi qui stipule que l'euthanasie doit être « pratiquée par un tiers »-, le suicide assisté n'entre pas strictu sensu dans le cadre légal en Belgique.<sup>5</sup>*

- La situation des patients dont la conscience est amoindrie s'avère compliquée : si le moment de l'euthanasie n'a pas encore été décidé et que le patient, entre temps, est devenu incapable, alors le médecin ne peut pratiquer l'euthanasie faute d'une demande réfléchie et répétée d'euthanasie. Par contre, **si le moment de l'euthanasie a été déterminé alors que le patient était encore capable, le médecin peut « raisonnablement considérer que le processus d'exécution de l'euthanasie a commencé » et euthanasier la personne devenue incapable**. En cas de doute sur le caractère réfléchi de la demande, l'euthanasie ne peut être pratiquée.

*Nous ne pouvons que constater une étonnante contradiction avec l'exigence dans cette même directive de demander au patient qu'il confirme à deux reprises, juste avant l'euthanasie, sa volonté d'être euthanasié. Comment, en de telles circonstances d'incapacité, s'assurer de la détermination du patient d'être euthanasié ?*

- Conformément à la loi, le médecin est tenu de mentionner dans l'**acte de décès** de la personne euthanasiée que cette personne est **décédée par mort naturelle** et que la cause de sa mort est la maladie de laquelle cette personne « *serait morte* ».

*Cette **fiction juridique** laisse perplexe, étant donné que le patient n'est en réalité pas mort de sa maladie mais bien d'une injection létale volontaire.*

- Enfin, la directive décrit minutieusement le processus d'injection létale. La méthode préconisée est **l'injection létale par intraveineuse**. Les administrations orale, intramusculaire ou rectale sont trop peu fiables pour garantir une mort « *de qualité* ». Il est possible de d'abord **sédater** le patient qui ne veut pas expérimenter la provocation du coma. L'euthanasie commence ensuite par la **provocation du coma** (en administrant une dose 10 fois plus élevée qu'en cas d'anesthésie générale) pour éviter que le patient ne sente l'étouffement que provoque le relaxant musculaire. L'**hypoxie** entraîne une **dépression cardiovasculaire** et un **arrêt cardiaque**. En appliquant les moyens et les doses prescrites par la directive, le **risque** est « **très réduit** » que la **conscience** « **ne soit pas assez diminuée** » ...

*Autrement dit, ce risque, même plus restreint, persiste.*

---

<sup>5</sup> Voir la [Note de synthèse](#) de l'IEB sur le Rapport 2016-2017 de la CCEE.

