

Euthanasie et médecine générale en Belgique

Euthanasia and family medicine in Belgium

J.-M. Thomas

D.M.G.-ULB

RESUME

En Belgique, le médecin généraliste peut réaliser des euthanasies ou être appelé comme consultant. Il devra connaître les lois concernant la fin de vie et être capable d'expliquer leurs droits à ses patients. Il connaîtra les bonnes pratiques et techniques d'euthanasie. Si nécessaire, il se fera aider ou référer son patient à un confrère plus compétent.

Il négociera avec son patient un plan de soins anticipé suivant l'évolution de ses pathologies et sera le témoin de ses souhaits concernant sa fin de vie vis-à-vis des institutions et autres confrères.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 386-93

ABSTRACT

In Belgium, the GP can perform euthanasia or be called as a consultant. He must know the laws concerning the end of life and be able to explain his rights to his patients. He will know the best practices and techniques for euthanasia. If necessary, he will call help or refer to a more competent colleague.

He negotiates with the patient an advanced care planning following the evolution of its pathologies and will witness its wishes regarding end of life against other institutions and doctors.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 386-93

Key words : euthanasia, end of life, family medicine

LES CADRES LEGAUX ENCADRANT LA FIN DE VIE MEDICALISÉE EN BELGIQUE

Quatre lois balisent les soins en fin de vie en Belgique. Les trois premières furent promulguées presque simultanément et permirent la dépénalisation de l'euthanasie. La dernière élargit sa pratique aux mineurs.

La loi relative aux soins palliatifs

La loi relative aux soins palliatifs¹ explicite leur définition, leur accessibilité et leur organisation.

Tout patient atteint d'une maladie incurable doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs.

Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, que ce soit à domicile, en maison de repos, en maison de repos et de soins ou à l'hôpital.

Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre l'aide et l'assistance pluridisciplinaire qui sont dispensées à domicile, dans un hébergement collectif non hospitalier ou dans un hôpital, afin de répondre autant que possible aux besoins des patients incurables, et qui contribuent à la préservation d'une qualité de vie.

Tout patient a le droit d'obtenir une information correcte et complète concernant son état de santé. Le médecin traitant communique cette information sous une forme et en des termes appropriés, compte tenu de la situation du patient, de ses souhaits et de l'état de ses facultés de compréhension.

La loi relative aux droits du patient

La loi relative aux droits du patient² lui donne le droit :

- à un service médical de qualité ;
- au libre choix du médecin ;
- à l'information sur son état de santé ;
- de consentir et le droit de refuser son consentement à toute intervention médicale ;

- de consulter son dossier médical ;
- d'être entendu par un médiateur en matière de plainte ;
- d'être représenté par un mandataire pour l'exercice de ses droits en cas d'incapacité de s'exprimer.

Le droit de consentir et le droit de refuser son consentement à toute intervention médicale ouvre le droit au patient de refuser l'acharnement thérapeutique.

Cette loi est d'un intérêt majeur pour le médecin. Avant cette loi, en respectant certaines demandes du patient, le médecin risquait de se placer en infraction avec certains textes légaux : en acceptant d'arrêter ou de ne pas entreprendre un traitement vital, il pouvait être accusé de non-assistance à personne en danger ou de faute professionnelle. Cette situation pouvait être parfois à l'origine d'un " acharnement thérapeutique ".

La loi donne au patient la possibilité de rédiger des directives pour le cas où il deviendrait incapable d'exprimer ses volontés. Elle définit les mandataires légaux et la place du médecin.

Si le mandataire n'a pas été désigné ou n'intervient pas, les droits du patient sont exercés, dans l'ordre de préférence suivant :

- l'époux cohabitant ou le cohabitant de fait ;
- un enfant majeur ;
- un parent, un frère ou une sœur ;
- à défaut, ou s'il y a conflit entre deux personnes du même rang, c'est le médecin traitant qui veille aux intérêts du patient.

La loi relative à l'euthanasie

La loi relative à l'euthanasie³ la définit ainsi que le cadre de sa dépénalisation et de son contrôle.

L'euthanasie est un acte pratiqué par un tiers qui met fin intentionnellement à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Le médecin ne commet pas d'infraction s'il est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- 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 ;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Le médecin doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie.

Il doit 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.

Il 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.

Il doit s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient.

Le patient doit consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable des souffrances physiques et ou psychiques. Il précisera à ce médecin les raisons de la consultation. Ce médecin consultant peut être n'importe quel médecin mais il ne peut avoir avec le patient ou le médecin traitant ni relation hiérarchique de subordination, ni relation familiale et il ne doit pas avoir une relation thérapeutique suivie avec le patient.

Ce médecin doit être compétent quant à la pathologie concernée.

Le médecin traitant informera le patient du résultat de cette consultation.

Il consultera l'entourage. S'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, il doit s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci. Si telle est la volonté du patient, il doit s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne. Il doit s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

Toutes ces étapes de la procédure sont reprises dans la déclaration de l'euthanasie à la commission de contrôle (annexe).

Si le décès du patient n'est pas prévu dans un délai proche (quelques mois), le médecin traitant devra consulter un deuxième médecin consultant. Celui-ci sera psychiatre ou spécialiste de l'affection. Ce consultant s'assurera que la souffrance est constante, insupportable et inapaisable et que la demande est volontaire, réfléchie et spontanée en prenant connaissance du dossier et en examinant le patient. Il établira un rapport de ses constatations. Dans ce cas précis, il se déroulera plus d'un mois entre la demande signée du patient et la réalisation de l'euthanasie.

La demande du patient doit être écrite. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande

est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

La demande d'euthanasie peut être révoquée à chaque instant.

Tout adulte peut réaliser une demande anticipée d'euthanasie et en laisser une copie auprès de son administration communale.

Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
- qu'il est inconscient ;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance. La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une procédure est prévue si la personne ne sait pas écrire. Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. Elle peut être annulée ou modifiée à tout moment.

Le dossier médical comportera la demande signée du patient ou la déclaration anticipée, les démarches du médecin traitant et leur résultat et le rapport du ou des médecin(s) consulté(s).

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement dûment complété, à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (Place Victor Horta 40, boîte 10 1060 Bruxelles) (annexe).

La commission examine le document. Elle doit se prononcer dans un délai de 2 mois à la majorité des 2/3 et informer le procureur du roi si la loi n'est pas respectée.

La demande et la déclaration anticipée de volonté n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Le médecin doit cependant informer le patient de son refus, consigner la justification éventuellement médicale dans le dossier et transmettre le dossier.

La personne décédée à la suite d'une euthanasie est réputée décédée de mort naturelle.

C'est ainsi qu'elle doit être déclarée dans le constat de décès.

La loi élargissant l'euthanasie aux mineurs

La loi élargissant l'euthanasie aux mineurs⁴ concerne uniquement une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Elle ne concerne pas les souffrances psychiques et les décès à longue échéance. Le mineur doit signer sa demande. Il doit être doté de la capacité de discernement et être conscient au moment de sa demande. Aucune déclaration anticipée n'est possible pour les mineurs.

En plus du médecin, il faudra consulter un pédopsychiatre ou un psychologue compétent dans ce domaine en précisant les raisons de la consultation. Celui-ci prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit.

Le médecin traitant informera le patient et ses représentants légaux du résultat de cette consultation.

Le médecin traitant s'entretient avec les représentants légaux du mineur en leur apportant toutes les informations. Il s'assure qu'ils marquent leur accord sur la demande de leur enfant mineur.

La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés par écrit.

Après que la demande du patient a été traitée par le médecin, la possibilité d'accompagnement psychologique est offerte aux personnes concernées.

STATISTIQUES 2012-2013 DES EUTHANASIES EN BELGIQUE⁵

3.239 euthanasies ont été déclarées en Belgique lors des années 2012 et 2013.

Dans 97,9 % des cas, le patient était conscient. Seulement 2,1 % concernent des demandes anticipées. Il y a autant d'hommes que de femmes. Dans 87 % des cas, le patient a entre 50 et 90 ans. Ceci correspond à l'âge où se développent les affections les plus fréquemment mentionnées : 72,5 % de cancers, 5,7 % d'affections neuromusculaires, 5,5 % d'affections cardiovasculaires et 5 % de pathologies multiples.

44 % des euthanasies sont effectuées à l'hôpital, 43 % à domicile et 11 % en maison de repos. Les médecins de familles sont donc bien concernés.

Dans 87 % des cas, le décès est prévu à brève échéance, dans 13 % à longue échéance.

Les pathologies les plus fréquentes dans les cas à longue échéance sont : les affections neuromusculaires (12 %), les affections cardiovasculaires (12 %), les affections neuropsychiques (22 %) et les pathologies multiples (23 %).

Le premier médecin consulté est un généraliste dans 51 % des cas, un spécialiste dans 36 % des cas, un expert en soins palliatifs dans 12 % des cas.

88 % des déclarations sont acceptées immédiatement par la commission de contrôle. Dans 12 % de celles-ci, des précisions sont demandées au médecin déclarant. Aucune déclaration n'a été transmise au parquet.

PLACE DU MEDECIN TRAITANT AVANT LA FIN DE VIE

Le médecin de famille doit bien connaître les lois balisant la fin de vie médicalisée. Il doit pouvoir expliquer ses droits au patient et lui permettre de les exercer. Il connaîtra les réseaux de soins palliatifs de sa région et les équipes palliatives de seconde ligne. Il trouvera de l'aide auprès de la Plate-forme Régionale des Soins Palliatifs. S'il ne se sent pas à l'aise en matière d'euthanasie, il doit pouvoir référer ou être soutenu par des collègues experts, par exemple via le réseau EOL (*End of Life*). Le patient est souvent rassuré s'il sait qu'il pourra recourir à tous les soutiens et toutes les interventions possibles y compris l'euthanasie. Le fait de le savoir lui permet de vivre les soins palliatifs avec moins d'angoisse et parfois de mourir en paix sans demander l'euthanasie.

La plupart des patients ont réfléchi à leurs soins ultérieurs et à leur fin de vie mais peu en ont parlé à leur médecin. Le médecin de famille est idéalement placé pour récolter dans un document clair les souhaits et craintes du patient en fin de vie et transmettre cette information lors d'hospitalisations.

Les patients pour lesquels une programmation des soins en fonction de l'évolution des pathologies est établie (*advanced care planning*) jouissent d'une meilleure qualité de vie. Dans ce cas, 86 % des prestataires de soins connaissent leur souhait contre

30 % dans un groupe témoin^{6,7}.

Il est donc souhaitable que le médecin discute régulièrement de quels soins le patient veut ou ne veut pas bénéficier en fonction de l'évolution de sa pathologie plutôt que de se contenter de déclarations vagues de non-acharnement thérapeutique.

PRATIQUE DE L'EUTHANASIE^{8,9}

Le médecin garantira l'intimité du patient (chambre seule en institution ou en maison de repos). Il s'assurera que les personnes souhaitées par le patient sont présentes (pas trop nombreuses).

Il sera allé lui-même chercher les médicaments à la pharmacie avec la carte SIS ou la carte d'identité du patient. Sur l'ordonnance des barbituriques et des paralysants neuromusculaires, il indiquera : prescrit dans le cadre de la loi du 28/05/2002 relative à l'euthanasie. Les produits surnuméraires seront rendus à la pharmacie après l'acte.

Il s'assurera une voie d'accès intraveineuse.

Souvent les produits ne sont pas disponibles rapidement à l'officine. Il faudra si possible les commander à l'avance ou prévenir le patient que ceci pourra prendre jusqu'à quelques jours dans le pire des cas.

Il prévoira le matériel (y compris une alène ou des essuies) et les médicaments nécessaires en quantité suffisante (il faut en disposer en double si ça casse...!).

Technique intraveineuse

Si le patient le souhaite, le médecin réalisera une sédation préalable (par exemple une IV de 3 ml soit 15 mg de midazolam).

Il induira le coma avec 20 mg/kg de penthotal soit 1 à 2 g dans 10 cc de liquide physiologique (IV lente) soit 1 ou 2 x Thiopental Braun® de 1 g à diluer.

Si le penthotal n'est pas disponible, il pourra utiliser une ampoule de 50 ml de Diprivan® (= 1 g de propofol).

Ensuite, il rincera le barbiturique avec un peu de liquide physiologique puis, après la perte de conscience, il injectera un curarisant paralysant neuromusculaire ; par exemple pour un patient de 70 kg : 20 mg de vécuronium (Norcuron®) ou 1 ampoule de 5 ml soit 50 mg d'atracurium (Triacrium®) ou 1 ampoule de 5 ml soit 50 mg de rocuronium (Esméron®).

Technique mixte *per os* et intramusculaire si nécessaire (la durée de cette technique est plus longue, environ 1 heure)

Pour éviter les intolérances digestives, on

administrera préalablement 20 mg de metoclopramide *per os* ou 10 mg IV.

Le coma sera induit par une potion de 9 g de thiopental dissous dans un mélange de 15 cc d'eau plus 10 cc de propylène glycol, 20 cc d'alcool et 50 cc de sirop d'écorces d'oranges.

Si le patient ne décède pas, un curarisant doit lui être injecté en IV (cf. *supra*) ou en intramusculaire (dose double de la dose intraveineuse dans un muscle bien irrigué, prévenir la douleur à l'aide de morphine, pas plus de 10 cc au même endroit).

Techniques à proscrire

L'arrêt des apports alimentaires et de l'hydratation ne contrôle ni la durée de la fin de vie, ni les souffrances, convulsions, hallucinations ou autres symptômes.

L'augmentation progressive des antalgiques (double effet des morphiniques) rend le pronostic imprévisible et des effets secondaires tels myoclonies, hallucinations ne sont pas exclus.

Laisser évoluer les complications (euthanasie passive) est source de souffrances.

Les injections de Chlorure de Potassium sont douloureuses et à exclure (sauf peut-être en coma profond).

CONFUSIONS ET ERREURS FREQUENTES LORS DES DECLARATIONS

Même si le patient a fait une déclaration anticipée et l'a déposée à l'administration communale, tant qu'il est conscient, il doit compléter et signer une demande, la demande anticipée n'étant valable que si le patient est inconscient.

Un décès à bref délai est un délai tel qu'il est prévisible que le patient décède dans les mois à venir. Dans cette circonstance, il ne faut pas de deuxième consultant ni de période d'un mois entre la demande signée et l'euthanasie.

Si un patient conscient effectue une demande signée et tombe dans le coma dans les jours ou semaines qui suivent, c'est cette demande à brève échéance qui compte pour la déclaration et pas une demande antérieure de déclaration anticipée.

Les dates de signature des demandes doivent être bien remplies.

Les diagnostics et les souffrances du patient doivent être clairement explicités.

Les avis des médecins consultés doivent être correctement remplis. Le premier doit confirmer que l'affection est incurable et grave et que la souffrance

physique ou psychique est constante, insupportable et inapaisable. Le second confirmera que la souffrance est constante, insupportable et inapaisable et que la demande est volontaire, répétée et réfléchie.

Un arrêt des traitements n'est pas une euthanasie.

Une augmentation des traitements dans le but de soulager les symptômes de la fin de vie n'est pas une euthanasie.

CONCLUSION

Le médecin de famille a un rôle auprès de ses patients tout au long de leur relation thérapeutique et en particulier en fin de vie. Il établira un plan de soins partagé avec le patient selon l'évolution de ses affections. Il peut être le témoin des souhaits de son patient vis-à-vis des autres institutions et dispensateurs de soins.

Il peut être l'acteur principal de l'euthanasie de son patient, le premier médecin consulté et même rarement le deuxième dans le cas de pathologies relevant de sa spécialité.

Il doit connaître parfaitement les lois concernant la fin de vie et être capable d'expliquer ses droits au patient. Il s'entourera de confrères et d'équipes compétentes pour l'aider dans ces tâches.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs
2. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient
3. Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie
4. Loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs (M.B. du 12.03.2014)
5. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Rapport 2012-2013, Bruxelles
6. Van de Vijver E : Respect des souhaits des patients pour leur fin de vie : la grande inconnue ? Prescrire 34.369 : 553-4
7. Detering KM, Hancock AD, Reade MC *et al.* : The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients. BMJ 2010 ; 340 : c1345
8. Lossignol D : L'euthanasie en pratique, produits et techniques à utiliser. Rev Med Brux 2002 ; 4 : 267-72
9. L'euthanasie. Publication destinée aux médecins. Bruxelles, ADMD – Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, 2014

Correspondance et tirés à part :

J.-M. THOMAS
Rue Lenoir 18
1090 Bruxelles
E-mail : jmichel.thomas@skynet.be

Travail reçu le 16 juillet 2014 ; accepté dans sa version définitive le 17 juillet 2014.

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT EUTHANASIE

Formulaire à envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi relative à l'euthanasie dans les quatre jours ouvrables qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante:
Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCEE) Rue de l'Autonomie 4 1070 Bruxelles

Nouvelle adresse à partir du 15 mars 2014 : Place Victor Horta 40, boîte 10 1060 Bruxelles

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002 (Moniteur belge du 22 juin 2002).

UNE CONFUSION A EVITER

CONFORMEMENT A LA LOI RELATIVE A L'EUTHANASIE, UNE DISTINCTION EST FAITE DANS LE FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT ENTRE UNE EUTHANASIE PRATIQUEE SUR BASE D'UNE " DEMANDE D'EUTHANASIE " ET UNE EUTHANASIE PRATIQUEE SUR BASE D'UNE " DECLARATION ANTICIPEE ".

LA DEMANDE D'EUTHANASIE EST UNE DEMANDE FAITE PAR UN MALADE QUI SE TROUVE DANS UNE SITUATION MEDICALE SANS ISSUE ET FAIT ETAT D'UNE SOUFFRANCE PHYSIQUE OU PSYCHIQUE CONSTANTE ET INSUPPORTABLE QUI NE PEUT ETRE APAISEE ET QUI RESULTE D'UNE AFFECTION ACCIDENTELLE OU PATHOLOGIQUE GRAVE ET INCURABLE (ART. 3).

UNE DECLARATION ANTICIPEE EST UNE DEMANDE D'EUTHANASIE FAITE A L'AVANCE POUR LE CAS OU ON SE TROUVERAIT, A UN MOMENT ULTERIEUR DE LA VIE, DANS UNE SITUATION D'INCONSCIENCE IRREVERSIBLE ET OU ON SOUFFRIRAIT D'UNE AFFECTION ACCIDENTELLE OU PATHOLOGIQUE GRAVE ET INCURABLE (ART. 4).

VOLET I

Informations personnelles relatives au/à la patient(e), au médecin, aux médecins consultés et à d'autres personnes.

Ce volet est strictement confidentiel. Il doit être scellé par le médecin et ne peut être ouvert que par décision de la commission. Il ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission à l'intention des chambres législatives.

1. le/la patient(e)

1.1 nom :

1.2 prénoms :

1.3 domicile :

2. le médecin

2.1 nom :

2.2 prénoms :

2.3 numéro d'enregistrement INAMI :

2.4 domicile :

2.5. e-mail :

3. médecins consultés obligatoirement :

3.1 un autre médecin (dans tous les cas, art.3, §2, 3° et art.4, §2, 1°)

nom :

prénom :

domicile :

numéro d'enregistrement INAMI :

date de la consultation :

3.2 si le médecin était d'avis que le décès n'interviendrait manifestement pas à brève échéance, deuxième médecin consulté (art.3, §3, 1°) :

nom :

prénom :

domicile :

numéro d'enregistrement INAMI :

date de la consultation :

4. autres personnes (celles envisagées entre autres à l'art.3 §2, 4°, 5°, 6° et art.4 §2,2°,3°,4°)

4.1 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.2 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.3 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

- 4.4 nom :
prénom :
qualité :
domicile :
date de la consultation :
- 4.5 nom :
prénom :
qualité :
domicile :
date de la consultation :
- 4.6 **S'il s'agit d'une euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée**
nom de la 1^{ère} personne de confiance éventuellement désignée :
prénom :
date de la consultation :
nom de la 2^e personne de confiance éventuellement désignée :
prénom :
date de la consultation :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET II

Conditions et procédure à suivre dans le cadre de l'euthanasie

Ce volet est également confidentiel ; il servira de base au contrôle de la commission afin de vérifier si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par la loi.

Il ne doit comporter aucun nom (patient, médecin, institution, etc)

1. le/la patient(e) (ne pas mentionner son identité)
lieu et date de naissance :
sexe :

2. date du décès : (j, m, a)
heure du décès : h
lieu du décès (cocher la case qui convient) :
domicile maison de repos et de soins
hôpital autre

3. **diagnostic précis** :

S'il s'agit d'une euthanasie pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée antérieurement établie, passer les points 4 à 12 et aller directement au point 13.

4. nature et description de la souffrance constante et insupportable :

5. raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffable :

6. éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :

7. pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?
oui non

8. procédure suivie par le médecin (art.3) (cocher et compléter si nécessaire)
 existence d'une demande d'euthanasie actée par écrit (art. 3, §4)
date de la demande :
 rédigée, datée et signée par le/la patient(e)
ou
 si le/la patient(e) en était physiquement incapable, actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel à son décès
les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées
- information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)
 concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°)
 information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art 3, §2, 1°)
 information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
 persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art.3, §2, 2°)
 demande réitérée d'euthanasie (art. 3, §2, 2°)
 entretien avec l'équipe soignante ou les membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°)
 entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)
 entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)
 l'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)

<p>9. médecins indépendants à consulter obligatoirement (ne pas mentionner leur identité) :</p> <p>9.1 un autre médecin (dans tous les cas, art 3, §2, 3°) qualification du médecin : date de la consultation : avis du médecin consulté (selon son rapport écrit) quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance :</p> <p>9.2 éventuellement un deuxième médecin en cas de décès non prévu à brève échéance (art. 3, §3, 1°) qualification du médecin : date de la consultation : avis du médecin consulté (selon son rapport écrit) quant au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance et au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande :</p>
<p>10. autres personnes ou instances consultées (ne pas mentionner leur identité)</p> <p>10.1 qualité : date de la consultation :</p> <p>10.2 qualité : date de la consultation :</p> <p>10.3 qualité : date de la consultation :</p> <p>10.4 qualité : date de la consultation :</p> <p>10.5 qualité : date de la consultation :</p>
<p>11. manière dont l'euthanasie a été pratiquée et moyens utilisés :</p>
<p>12. informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :</p>
<p>Les points 13 à 19 ci-dessous concernent une euthanasie d'un(e) patient(e) <u>INCONSCIENTE</u> pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée antérieurement établie.</p>
<p>13. <input type="checkbox"/> existence d'une déclaration anticipée établie suivant le modèle défini par l'AR du 2 avril 2003 date de cette déclaration : établie par le déclarant lui-même <input type="checkbox"/> établie par un tiers majeur qui n'a aucun intérêt matériel au décès du/de la patient(e) si le/la patient(e) était physiquement incapable de le faire <input type="checkbox"/> les raisons de cette incapacité sont données % une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées <input type="checkbox"/> l'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art.4, §2, 4°)</p>
<p>14. l'inconscience du/de la patient(e) était irréversible <input type="checkbox"/></p>
<p>15. médecin indépendant consulté (art.4, §2, 1° de la loi) : <input type="checkbox"/> qualification: date de la consultation : avis du médecin consulté quant à l'irréversibilité de la situation médicale du/de la patient(e) :</p>
<p>16. <input type="checkbox"/> entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art.4, §2, 3°) <input type="checkbox"/> entretien avec l'équipe soignante (art.4, §2, 2°) <input type="checkbox"/> entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de confiance (art.4, §2, 4°)</p>
<p>17. autres personnes ou instances consultées (ne pas mentionner leur identité) :</p> <p>17.1 qualité : date de la consultation :</p> <p>17.2 qualité : date de la consultation :</p> <p>17.3 qualité : date de la consultation :</p> <p>17.4 qualité : date de la consultation :</p>
<p>18. manière dont l'euthanasie a été pratiquée et moyens utilisés :</p>
<p>19. informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :</p>