



Etude quantitative visant à évaluer les connaissances théoriques (volets légal, procédural et administratif) et pratiques (volets gestes techniques et pharmacologie) des médecins généralistes/assistant(e)s (UCL) concernant l'euthanasie actuelle de personnes majeures ne présentant pas de pathologie psychiatrique en Belgique francophone.

Evaluation objective et subjective de ces connaissances à l'aide d'un questionnaire formatif.

Analyse de l'impact formatif de ce questionnaire avec construction en parallèle d'une fiche outils synthétique.

Etude transversale, descriptive et inférentielle

Travail de fin d'étude-Master de spécialisation en médecine générale

Année académique 2022-2023

Dr Acx Shanon

Noma 72811600

Université Catholique de Louvain

Promoteur ; Dr Rouard Vincent

"Ce n'est pas du tout un texte technocratique, mais bien une liste des bonnes pratiques cliniques qui supposent et imposent de nombreuses consultations avec le patient, les proches, le médecin généraliste, des confrères... Si vous avez un doute, vous refuserez de pratiquer l'acte. Tout est humainement encadré." Paroles du Dr Damas à propos de la loi sur l'euthanasie recueillies dans les "Mots de la fin", documentaire réalisé par Agnès Hardy et Gaëlle Lejeune, qui relate le quotidien du Dr Damas lors de ses consultations sur la fin de vie à l'hôpital de la Citadelle.

<https://www.citadelle.be/Citadoc/Publications/Actualites/Interview-La-loi-relative-a-l%E2%80%99euthanasie-a-20-ans.aspx>



Image issue de : <https://lesmotsdelafin.com/>

Remerciements

Je souhaite avant toute chose, remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et apporté leur aide précieuse, à travers ce chemin qu'a été la réalisation de ce mémoire.

Merci à ma mère, Anick, pour son investissement dans la relecture attentive de mon travail.

Merci à ma sœur, Fiona, pour son soutien inconditionnel et ses encouragements durant toutes mes années d'études.

Merci à mon partenaire de vie, Youri, pour ses avis constructifs, son soutien et ses encouragements, ainsi que son aide technique.

Merci à Aurore pour la relecture, ses conseils judicieux et sa bienveillance.

Merci au docteur Rouard pour son soutien, son accompagnement et ses conseils dès le tout début du projet.

Je tiens également à remercier l'équipe de formation de la cellule euthanasie de la SSMG et le docteur Guiot Jean-Marie pour toutes les réponses à mes questions et les relectures diverses.

Merci au docteur P. B. pour la relecture.

Merci à tous les médecins généralistes ayant donné un peu de leur temps pour répondre aux questionnaires. Un merci particulier pour mes encadrants de séminaire.

Merci à Mme M. J'espère que vous avez trouvé le repos et la sérénité que vous méritez !

Je tiens également à remercier mon père, qui me guide de là-haut depuis le début de mes études de médecine. C'est notamment à la suite de son parcours médical que j'ai eu un attrait tout particulier pour les soins de fin de vie.

Merci également aux membres du jury pour l'attention prise à l'égard de mon travail.

Enfin, merci à tous ceux que je n'ai pas cités et qui ont, de près ou de loin, contribué à l'élaboration de ce travail.

Abstract

Contexte : Les soins de fin de vie restent des pratiques complexes et peu connus de par leur faible fréquence par rapport aux soins annexes. L'euthanasie est celui qui fait encore le plus défaut. En effet, une méconnaissance globale de cet acte a été mentionnée dans la littérature, alors que la loi a dépénalisé ce geste depuis plus de 20 ans. Aucun guideline officiel et reconnu de manière fédérale n'a encore été publié en Belgique. Sur le terrain, mon expérience personnelle, ainsi que celle de mes confrères, ont confirmé cette observation. La prévalence de l'acte d'euthanasie croît d'année en année, comme le mentionnent les rapports de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie. Un rôle primordial est attribué au médecin généraliste qui le souhaite ; de bouche à oreille, certains d'entre-eux se retrouvent même surchargés de demandes de confrères. Au vu de l'absence d'étude quantitative évaluant les connaissances des médecins généralistes/assistants dans la littérature ; cette voie a dès lors été choisie. L'euthanasie étant un acte si vaste, le choix de cibler cette étude sur les patients majeurs non psychiatriques demandant une euthanasie actuelle a été préconisé.

Méthode : Cette étude quantitative a permis d'évaluer de manière objective et subjective les connaissances théoriques et pratiques des médecins généralistes de Belgique francophone et assistants (UCL), afin d'en tirer les aspects les moins connus. L'outil utilisé était un questionnaire avec feedback immédiat créant ainsi l'équivalent d'une formation en ligne. Une fiche outils condensant l'ensemble des réponses feedback du questionnaire a été créée. Cette fiche servira de support pratique pour tout médecin se posant des questions relatives à l'euthanasie actuelle des patients majeurs non psychiatriques.

Résultats : Mon échantillon s'est constitué de 136 répondants (66 assistants et 70 médecins généralistes). L'aspect pharmaco-technique est celui faisant le plus défaut en termes de connaissances théoriques et l'aspect administratif, est quant à lui, celui le plus connu de mon échantillon. Le score moyen obtenu est de 58.93% (les assistants ayant un score global supérieur). L'ensemble de mon échantillon a tendance à respecter les exigences procédurales. La formation en soins palliatifs/EOL/médecin coordinateur et la fréquence d'interpellation ont un impact positif sur les connaissances. Toutefois, l'élément ayant le plus d'impact reste le nombre d'euthanasies pratiquées. Mon questionnaire formatif a eu l'impact escompté. L'échantillon est également réceptif à la création d'une fiche outils.

Conclusion : Les résultats ont confirmé ce qui ressort de la littérature et de l'expérience des médecins sur le terrain. De nouvelles informations ont également pu en découler, à savoir que les connaissances étaient globalement variables et qu'au sein de mon échantillon, une certaine inexpérience dans l'aspect pharmaco-technique était présente. Il est donc primordial de sensibiliser au mieux à cette pratique les médecins généralistes et également ceux en formation. La sensibilisation et l'information restent deux piliers fondamentaux de l'amélioration des connaissances. De plus, il est également primordial de favoriser la formation pratique en accentuant l'aspect pharmacologique-technique. Afin d'éviter que ce clivage de connaissances ne s'accroisse, une initiative s'apprête à voir le jour à la SSMG ; il s'agit de la cellule euthanasie, probable premier maillon de la chaîne d'une vague de sensibilisation et d'information plus conséquente.

Table des matières

Indexation	page 6
Listing des figures et tableaux.....	page 7
Abréviations-glossaire	page 8
1) Introduction.....	page 9
1)1 Choix et réflexion sur la problématique	page 9
1)2 Exposition de la problématique.....	page 13
1)2)1 Rapide bilan de ce qui est déjà connu	page 13
A) Divers soins de fin de vie	page 13
B) Épidémiologie du problème étudié.....	page 13
C) Implications en termes de santé individuelle et/ou collective.....	page 13
D) Rappel succinct de l'historique du problème.....	page 15
E) Contexte géographique.....	page 15
F) Rappel des législations en application en Belgique	page 16
2) Méthodologie	page 18
2)1 Détail de la méthodologie	page 18
2)1)1 Postulats	page 18
2)1)2 Hypothèses de travail.....	page 19
2)1)3 Objectifs de travail	page 19
2)1)4 Procédure choisie.....	page 20
• Partie 1 : Recherche de littérature	page 20
• Partie 2 :Méthode d'investigation et outils de mesure.....	page 20
• Partie 3 : Création de la fiche outils	page 21
2)2 Avis du comité éthique.....	page 22
2)3 Revue de littérature.....	page 22
2)4 Construction de la question PICO ou alternative.....	page 24
2)5 Elaboration du questionnaire.....	page 24
2)6 Choix de l'échantillon.....	page 26
2)6)1 Critères inclusion et exclusion	page 26
2)6)2 Méthode d'échantillonnage : échantillon non probabiliste	page 26
2)6)3 Taille de l'échantillon.....	page 26
2)7 Diffusion et récolte des données	page 27
2)8 Création de la fiche -conception de l'outil.....	page 28
3) Résultats.....	page 29
3)1 Analyse descriptive.....	page 29
Partie A.....	page 29

Partie B	page 29
Partie C.....	page 30
Partie D.....	page 31
Partie E.....	page 36
Partie F.....	page 36
3)2 Analyse statistique d'inférence	page 40
4) Discussion.....	page 40
4)1 Analyse critique des résultats et confrontation à la littérature.....	page 40
a) Classement de réussite : Catégories et questions.....	page 40
b) Taux de réussite médecins généralistes VS assistant(e)s.....	page 42
c) Exigence procédurale	page 43
d) Evaluation subjective : comment les répondants se positionnent par rapport à leurs connaissances ?	page 44
e) Quel a été l'impact formatif de mon questionnaire ?	page 45
f) Facteurs influençant les connaissances de mon échantillon.....	page 45
4)2 Atteinte des objectifs de travail.....	page 46
4)3 Implication des résultats.....	page 47
4)4 Apport des connaissances.....	page 48
4)5 Forces et faiblesses du travail.....	page 49
4)6 Perspectives pour le futur.....	page 51
5) Conclusion	page 51
Sources.....	page 53
Listing des annexes.....	page 56

Indexation

Indexation : Q-codes disponible sur <https://www.hetop.eu/>

QC14 : adult

QD6 : medico legal issue - **QD22** :comprehensiveness-**QD24** :clinical competency-**QD32** :health issue management

QE31: euthanasia

QR32 : quantitative study

QS4 : primary care provider - **QS13** : health information management- **QS31** : practice collaboration- **QS41** : family doctor

QT21 :undergraduate

Listing des figures et tableaux

- **Figure n°1** : Première de couverture : De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn Uitvoering Euthanasie. [Internet]. 2018 Oct [cited 2022 Oct 8]. Available from: www.pallialine.be
- **Figure n°2** : Première de couverture : ADMD-Forum EOL. L'euthanasie en pratique [Internet]. 2019 [cited 2022Sep6]. Available from: https://www.ssmg.be/wpcontent/uploads/Entretiens_Semaine/2019/Damas_brochure.pdf?t=1553244822
- **Figure n°3** : Première de couverture: KNMG, RICHTLIJN UITVOERING EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING, [Internet]. 2021, [cited 2022Oct20],
- **Figure n°4** : Schéma résumant les divers types de demandes d'euthanasie : nuance entre demande anticipée et actuelle (réalisé par mes soins)
- **Figure n°5** : Schéma synthétique de la méthodologie de mon étude
- **Figure n°6** : Calcul de la taille de l'échantillon disponible sur <https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/>
- **Figure n°7** : Graphique d'évaluation objective des connaissances : nombre de répondants par intervalle de score (source DATATAB)

.....

- **Tableau n°1** : Résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques de mon échantillon
- **Tableau n°2** : Résultats des diverses données récoltées au sujet de la pratique de l'euthanasie, des formations reçues et les diverses sources de connaissances
- **Tableau n°3** : Résumé des questions, catégorie, réponse correcte et taux de réussite.
- **Tableau n°4** : Taux de réussite par question par ordre décroissant
- **Tableau n°5** : Taux de réussite des questions en confrontant les assistant versus les médecins généralistes
- **Tableau n°6** : Pourcentage des questions classées en catégorie
- **Tableau n°7** : Comparaison des niveaux de connaissances entre les assistants et les médecins généralistes.
- **Tableau n°8** : Tableau comparant les valeurs mode, médiane, moyenne, étendue, écart-type et coefficient de variation
- **Tableau n°9** : Résumé des réponses concernant le processus pour ceux ayant déjà pratiqué une euthanasie
- **Tableau n°10** : Résumé des scores de l'échelle de Likert avant et après questionnaire formatif.
- **Tableau n°11** : Evolution des scores par catégories avant et après questionnaire formatif
- **Tableau n°12** : Variation score avant/après : évolution positive, négative, statu quo.
- **Tableau n°13** : Résultats de la seconde échelle de Likert
- **Tableau n°14** : Tableau résumant les éléments pouvant améliorer les connaissances sur le processus
- **Tableau n°15** : Tableau résumant les tests utilisés de corrélation
- **Tableau n°16** : Résumant l'atteinte des divers objectifs du TFE

Abréviations-Glossaire

- **EOL= END OF LIFE** : Le Forum EOL s'est constitué en Communauté française en novembre 2003 avec l'aide logistique de l'ADMD (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité). Il regroupe actuellement près de 200 médecins qui se sont particulièrement intéressés à la question de la gestion de la fin de vie et qui ont suivi une formation brève mais spécifique sur cette question.

Ses objectifs : Les objectifs portent d'une part, sur l'information et la formation des médecins sur les questions de fin de vie et d'autre part, sur le soutien, l'aide pratique et les conseils à apporter aux médecins confrontés à une situation problématique de fin de vie (euthanasie, soins palliatifs).

Définition disponible sur ; Eol-Admd [En ligne]. Origines et objectifs ; [cité le 4 jan 2023].

Disponible : <https://eol.admd.be/>.

- **CFCEE** ; Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie
- **Cat** : catégorie

1) Introduction

1)1 Choix et réflexion sur la problématique

Vous sentez-vous suffisamment formé(e) en tant que médecin généraliste à propos de l'euthanasie actuelle d'un patient majeur ne souffrant pas de pathologie psychiatrique ?

Pensez-vous que vos connaissances vous permettent d'être tout-à-fait autonome dans cette démarche ?

Je vous laisse évidemment y réfléchir mais me concernant, ma réponse est la suivante :

NON.

Ce geste ne peut évidemment pas être pratiqué à la hâte. Il s'agit d'un parcours qui se prépare (l'avant, le pendant et l'après euthanasie). L'euthanasie est une pratique qui reste, je le pense, fort appréhendée par les médecins généralistes et ce probablement par manque de temps, par manque d'investissement (pour des raisons personnelles), **mais aussi certainement par manque de formation et de connaissance.**

Dans les pages qui suivent, vous trouverez toute ma démarche réflexive aboutissant à mon sujet de TFE. Ce mémoire a pris racine à la suite d'une rencontre marquante lors de ma seconde année d'assistantat en médecine générale. Mi-Janvier 2021, j'ai été confrontée pour la première fois à une demande d'euthanasie dite actuelle. Il s'agissait d'une patiente que je suivais depuis 4 mois pour une décompensation cardiaque terminale. L'état de santé de ma patiente s'est vite dégradé. Elle est devenue de plus en plus dépendante pour les soins primaires. L'idée de l'euthanasie a fini par mûrir dans sa tête. Elle a alors décidé de l'aborder avec le personnel de sa maison de repos et moi-même. Cette demande a été accueillie, pour ma part, sans jugement.

Après une journée de travail bien remplie, je me suis attelée à trouver des informations concrètes relatives à l'euthanasie pour répondre au souhait de ma patiente. D'après ce dont je me souvenais du cours donné sur les soins palliatifs, l'euthanasie n'a été que brièvement abordée. La loi sur l'euthanasie a été détaillée, dans mes souvenirs lointains, dans le cours de déontologie. Les aspects éthiques qui en découlent ont, quant à eux, été mentionnés à plusieurs reprises. L'euthanasie ne se limite pas uniquement à l'aspect légal. *Qu'en est-il des aspects pharmaco-technique, procédural et administratif ?*

De par cette situation, je me souviens que ce soir-là de nombreuses questions ont émergé de mes pensées: *Existe-t-il des guides de bonne pratique clinique ? Où trouver des confrères qualifiés ? Dois-je faire appel à l'équipe de soins palliatifs de ma région ?*

En tant que médecins de première ligne, nous nous devons, lors de cette demande d'euthanasie, de connaître les aspects légaux/gestes techniques et d'accompagner le patient, ainsi que de soutenir la famille. L'euthanasie est **un geste qui est pratiqué, dans la plupart des cas, par un médecin de famille.** *“L'euthanasie a lieu à raison de 54.3% au domicile, 29.6% à l'hôpital et 14.3% en maison de repos”⁽¹⁾, ... soit presque 69 % par le médecin généraliste.* De plus, en cas de polypathologies (ce qui est de plus en plus fréquent avec le vieillissement de la population), la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) considère les généralistes comme des spécialistes sur la base de leur expérience et de leur connaissance de la globalité des situations complexes.⁽¹⁾

Que nous pratiquions le geste ou que nous accompagnions notre patient dans la démarche, le médecin généraliste garde une place centrale. L'euthanasie est encore à l'heure actuelle grandement pratiquée par des médecins dit “experts dans le domaine” de par le nombre important d'euthanasies qu'ils ont réalisées. Leurs noms sont souvent transmis de “bouche à oreille”. Pour avoir eu l'occasion de discuter avec l'un d'entre-eux, il a souvent l'impression que les médecins faisant appel à lui déchargent toute la responsabilité sur ses épaules, alors qu'il est surchargé de demandes ! En effet, les **demandes d'euthanasies sont de plus en plus fréquentes.** *“Le nombre de documents d'enregistrement reçus en 2022 a été de 2.966. Le nombre d'euthanasies enregistrées a augmenté de 9,85 % par rapport à 2021. La proportion de décès par euthanasie déclarés en 2022 a été de 2,5% (contre 2,4% en 2021) de l'ensemble des décès dans notre pays (source StatBel 26.01.2023).”⁽²⁾* De plus, ce médecin “expert” ressent souvent le manque d'investissement des médecins traitants qu'il attribue au manque de temps. Il est également souvent amené à gérer les appréhensions de ses confrères à la suite de leur manque de connaissances et de divers questionnements. Il est aussi possible de faire appel à des médecins EOL via le Forum EOL qui ont eux un rôle principalement d'ordre consultatif, ces derniers viennent rarement sur le terrain pour l'apport d'une aide technique.

En ce qui concerne des sources d'informations officielles, jusqu'à présent dans mes recherches, je n'ai pas trouvé de guide de bonne pratique clinique belge reconnu officiellement et ce même après des contacts par emails envoyés aux rédacteurs en chef du

KCE et de EBpracticenet (cfr. Annexe N°1). Deux documents semblables à des guides de bonne pratique clinique (un flamand (LEIF *Levens Einde Informatie Forum* -> figure 2)⁽³⁾ et un francophone (ADMD *Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité* -> figure 3))⁽⁴⁾ ont été créés sans qu'un consensus fédéral n'ait encore été créé. Tous deux sont inspirés de la Directive Exécution de l'euthanasie et du suicide assisté des Pays-Bas (figure 4).⁽⁵⁾



En mai 2022, cela a donc fait 20 ans que la Belgique a autorisé la pratique de l'euthanasie, moyennant le respect de strictes conditions. A noter qu'en "date du 20/10/22, la Cour Constitutionnelle a jugé la loi sur l'euthanasie comme étant inconstitutionnelle : la Cour a conclu que l'article 3 de la loi du 28 mai 2002 viole les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que cette disposition peut avoir pour effet que tout non-respect des conditions et procédures de la loi du 28 mai 2002, autres que les conditions de fond, est punissable de la même manière au titre de meurtre par empoisonnement".⁽⁶⁾ Il en résulte que 20 ans après son vote, la loi sur l'euthanasie "hérite" d'un constat d'inconstitutionnalité qui n'a aucune incidence sur la dépénalisation de l'euthanasie. En effet, tout non-respect des conditions et procédures de la loi par le médecin quel qu'en soit la gravité aboutit à une seule et même incrimination (meurtre par empoisonnement). Mes confrères et moi-même n'étant pas juristes, cette adaptation apportée à la loi crée, à mon sens, encore plus d'appréhension face à la pratique... Les seules manières d'aborder l'euthanasie de façon sereine sont la pratique et la formation ! Le Dr Devresse, le souligne: "en médecine générale, on n'a jamais une foule d'euthanasies derrière soi. C'est, et cela restera toujours, un geste d'exception".⁽⁷⁾ D'après lui, même un médecin bien (in)formé, ne se départira jamais "de la hantise qu'au dernier moment cela ne se passe pas comme prévu".⁽⁷⁾

La question de l'euthanasie reste évidemment un point clé dans la gestion de fin de vie. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai décidé de suivre la formation EOL (*end of life*) sur l'euthanasie afin que toutes les informations relatives à cette pratique soient clarifiées. *Mais qu'en est-il des médecins n'ayant pas un attrait particulier pour la fin de vie et plus spécialement pour l'euthanasie ?*

Cette formation EOL fait suite à une participation volontaire et comme toute formation, elle s'avère chronophage. Il est compréhensible que tous mes collègues ne désirent pas suivre cette formation. Cependant, légalement, ils sont obligés de connaître "les grandes lignes" de la loi et de la procédure à suivre afin de répondre au mieux aux questions de leurs patients. En effet, la loi relative à l'euthanasie laisse la complète responsabilité aux divers intervenants pour l'interprétation de certaines notions (brève échéance, affection grave et incurable, souffrance physique et/ou psychique intolérable, ...). *Mes collègues estiment-ils tout comme moi avoir besoin d'une formation ? Quelles seraient les méthodes de formations souhaitées ?*

Il est important de préciser qu'à travers ce processus, chacun est libre de se positionner par rapport à celui-ci et de décider de s'impliquer activement ou non dans ce parcours. J'ai tenu à garder tout au long de mon travail une vision la plus neutre possible et **il ne sera jamais question d'évoquer le positionnement personnel des médecins interrogés.**

Après toutes ces réflexions sur le manque de connaissances et de formation des médecins généralistes/assistants ; j'ai ainsi décidé de me lancer vers un TFE permettant d'évaluer les connaissances (au niveau des aspects légaux, pharmaco-techniques voire même administratifs) de mes confrères, mais également de trouver une manière efficace d'améliorer celles-ci si nécessaire. La création d'une fiche outils assez concise afin d'aider les divers médecins et assistants qui se retrouveront dans la situation d'une première demande d'euthanasie ou tout simplement pour tous médecins qui se posent des questions à ce sujet est une idée qui me semble également assez attractive en ce qui concerne l'aspect formatif potentiel ! Cette fiche servirait à l'ensemble du processus (l'avant, le pendant et l'après euthanasie). *Une euthanasie ne s'improvise pas. Elle ne se fait pas dans l'urgence ; importance primordiale de la temporalisation dans cette part de la médecine générale.* En espérant qu'à travers les pages qui suivent, j'arriverai à susciter en vous un certain intérêt ou travail de réflexion sur ce sujet.

1)2 Exposition de la problématique : Dans les pages qui suivent, j'ai pris la décision de vous faire un rapide bilan relatif à la question d'euthanasie. En effet, il me semble important de vous rappeler certaines notions afin de fixer un cadre et de rappeler les informations importantes permettant de comprendre au mieux mon TFE.

1)2)1 Rapide bilan de ce qui est déjà connu.

A) Divers soins de fin de vie

Il est à mon sens important de définir l'euthanasie, mais également certaines possibilités de soins de fin de vie qui pourraient être confondues avec l'euthanasie.

Selon la loi dépénalisant l'euthanasie du 28 mai 2002 ⁽⁸⁾, l'euthanasie est définie comme suis : « **acte (médical), pratiqué par un tiers (médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci** ».

- Sédation palliative ou terminale : « *L'administration de sédatifs à des doses et dans des associations nécessaires pour diminuer l'état de conscience du patient en phase terminale autant que c'est utile, afin de maîtriser de manière adéquate un ou plusieurs symptômes réfractaires. Le but n'est PAS de mettre fin à la vie. Dans l'application de la sédation palliative, les options sont la sédation superficielle ou profonde, temporaire ou continue.* » ⁽⁹⁾

« Trois conditions essentielles à respecter : « - Diagnostic préalable de mort prochaine (maximum 15 jours)
- Existence de souffrances réfractaires (relève de l'expertise médicale)
- Concertation transparente avec le malade, sa famille et l'équipe soignante. » ⁽¹⁰⁾

- Suicide médicalement assisté : « *Le fait de collaborer volontairement à un acte permettant à l'intéressé de mettre délibérément fin à ses jours (avec l'aide d'un médecin).* » ⁽⁹⁾

- Acharnement thérapeutique : Selon la législation française, la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 ⁽¹¹⁾ créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, l'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable est « **le fait de pratiquer ou d'entreprendre des actes ou des traitements alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.** ».

- Soins palliatifs : La législation belge décrit plus précisément les soins palliatifs comme étant « *l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. Un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel. Les soins palliatifs offrent au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser aussi longtemps que possible la qualité de vie pour le patient et pour ses proches et aidants proches.* » (Extrait de la loi relative aux soins palliatifs du 21 juillet 2016).⁽¹²⁾

B) Épidémiologie du problème étudié :

" Le nombre de déclarations reçues en 2021 a été de 2700. Le nombre d'euthanasies enregistrées a augmenté de 10,40 % par rapport à l'année précédente (2445 en 2020 lié à la pandémie Covid-19). La proportion de documents d'enregistrement en

C) Implications en termes de santé individuelle et/ou collective :

L'euthanasie est un sujet faisant encore débat dans notre société actuelle en Belgique. Face à la fin de vie, chaque personne peut définir ce qu'il considère comme étant une mort digne. En tant que médecin, nous ne pouvons user de notre fonction pour faire entendre à notre patient ce que l'on considère comme étant "la mort digne". Dans ce contexte de risque de

français et néerlandais **reste stable** (74,3% NL / 25,7% FR), mais les documents d'enregistrement rédigés en français continuent d'augmenter.

67,8% des patients étaient âgés de plus de 70 ans et 40,2% avaient plus de 80 ans. L'euthanasie chez les patients de moins de 40 ans reste très peu fréquente (1,4%). Ce sont surtout les patients des tranches d'âge 60, 70, 80 ans qui demandent l'euthanasie (76,8%). **Le groupe de patients le plus important concerne la tranche d'âge entre 80 et 89 ans (29,3%).**

Le nombre d'euthanasies ayant eu lieu **au domicile (54,3%)** et dans les hôpitaux (29,6%) reste stable tandis que le nombre d'euthanasies ayant lieu dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins (14,3%) augmente un peu.

Dans la grande majorité des cas (84,1%), **le médecin estimait que le décès du patient était prévisible à brève échéance.**

Moins de 1% des euthanasies concernaient des patients inconscients ayant fait une déclaration anticipée-> d'où l'intérêt d'aborder le sujet des euthanasies dite actuelles.

En 2020 et 2021, **aucune déclaration relative à l'euthanasie d'un mineur n'a été enregistrée.**

Les affections à l'origine des euthanasies étaient **des tumeurs (cancers) (62,8%)**, des polypathologies (17,7%), des maladies du système nerveux (7,9%), des maladies de l'appareil circulatoire (3,7%), des maladies de l'appareil respiratoire (2,3%), des affections psychiatriques (0,9%, trouble de la personnalité), des troubles cognitifs (1%-maladie d'Alzheimer) et des maladies de l'appareil digestif (0,9%) et des lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (0,9%). Les autres catégories représentent toutes rassemblées 1,9% des affections.

Pour la majorité des patients, plusieurs types de souffrances tant physiques que psychiques (à ne pas confondre avec les affections psychiatriques) **ont été constatés simultanément** (80,1%). Ces souffrances étaient toujours la conséquence d'une ou plusieurs affections graves et incurables.

dérive vers un paternalisme médical, 3 lois ont été votées simultanément dont la base commune est selon moi l'autonomie du malade (la loi relative aux soins palliatifs, à l'euthanasie et aux droits du patient).

Nous nous devons en tant que médecins d'accompagner au mieux nos patients en fin de vie, ainsi que leurs familles. La loi dépénalisant l'euthanasie offre l'opportunité aux médecins **qui le désirent** de répondre à la volonté d'un patient souhaitant mourir dans ce qu'il considère être la dignité (cette loi avait pour but également de lutter contre les pratiques clandestines et la peur de poursuites judiciaires).

Il est important de spécifier qu'au sein d'un même pays ayant la même législation et le même système de santé, il peut y avoir des différences significatives en termes de décisions de fin de vie entre la Flandre et la Wallonie.

En effet, voici la conclusion d'une étude évaluant l'impact des différences culturelles en Belgique sur la pratique de l'euthanasie : "*Les médecins wallons accordent moins souvent une demande d'euthanasie de la part d'un patient, mais ils semblent également moins enclins à respecter les garanties légales. Plus inquiétant encore, les médecins wallons ont également une connaissance insuffisante des cas qui doivent être qualifiés d'euthanasie et de ceux qui doivent être signalés à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Il semble justifié, sur la base de ces résultats, de développer des campagnes d'information en Wallonie afin de mieux informer les médecins et les patients sur la loi sur l'euthanasie, car cela semble avoir été fait de manière plus approfondie en Flandre. Cependant, moins de 50 % des médecins de l'une ou de l'autre région déclarent être suffisamment informés sur la loi relative à l'euthanasie. Plus généralement, nos résultats semblent suggérer que l'influence d'une loi sur l'euthanasie sur une société particulière, et la mesure dans laquelle les garanties légales sont respectées, est affectée par la culture environnante. ...*"⁽¹⁴⁾

La Commission a estimé que toutes les déclarations reçues répondaient aux conditions essentielles de la loi et aucune n'a été transmise au procureur du Roi.''⁽¹³⁾	
<u>D) Rappel succinct de l'historique du problème :</u> "En Belgique, le suicide n'est pas punissable. Par contre, l'aide au suicide et l'euthanasie étaient interdits, tant par la législation que par la déontologie médicale. L'aide au suicide peut tomber sous le coup de l'article 397 du Code pénal punissant le crime d'empoisonnement ; elle peut aussi être considérée comme une non-assistance à personne en danger. L'euthanasie était assimilée à un homicide volontaire avec préméditation, c'est à dire un assassinat, et relevait de la Cour d'Assises. <u>(cfr. détails sur l'adaptation de la loi, page 3)</u> Au cours des dernières années, des propositions de loi avaient été déposées par des parlementaires de divers partis sans jamais être examinées en raison d'un blocage imposé par les partis chrétiens au pouvoir. Toutefois, en 1996, les présidents des Chambres législatives ont demandé l'avis du Comité consultatif de Bioéthique sur " l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie ". A la suite de l'avis nuancé rendu par ce Comité, un débat a eu lieu au Sénat où il est apparu que plusieurs partis souhaitaient un tel règlement, quoique selon des modalités divergentes pour lutter contre les euthanasies clandestines et les risques de poursuites pénales pour les médecins. A la suite des élections de 1999, un gouvernement issu d'une majorité non confessionnelle favorable à l'examen par le parlement des questions éthiques a été formé. L'examen d'une proposition de loi de dépénalisation de l'euthanasie a débuté à la fin de l'année 1999 dans les commissions parlementaires de la justice et des affaires sociales du Sénat et, après un débat approfondi de plus d'un an, a abouti le 25 octobre 2001 à son adoption par le Sénat en séance plénière et le 16 mai 2002 par la Chambre des Représentants. Elle a été couplée à une loi visant à développer les	<u>E) Contexte géographique:</u> L'acte d'euthanasie est légalement autorisé dans quelques pays : • <u>En Europe</u> : le BENELUX, l'Autriche (1er janvier 2022, une loi est entrée en vigueur autorisant le suicide médicalement assisté des malades en phase terminale) et l'Espagne (18 mars 2021). Discussion en Italie : "la Cour constitutionnelle italienne a jugé en 2019 qu'aider une personne en "souffrance intolérable" à se suicider n'était pas un crime. L'arrêt des procédures médicales qui maintiennent la vie (euthanasie passive) est également toléré. En août 2021, plus de 750 000 personnes en Italie ont appelé à la légalisation de l'euthanasie, ce qui a imposé un référendum sur la question". ⁽¹⁵⁾ Le cas de l'Allemagne : Suite à la seconde guerre mondiale l'euthanasie active est interdite et ne fait pas l'objet de débat. L'assistance au suicide est quant à elle autorisée lorsqu'elle est pratiquée par un individu mais interdite par une organisation qui pratique le geste de manière répétée en tant que profession. ⁽¹⁶⁾ Tentative de dépénalisation bloquée au Portugal . En mars 2021, la Cour suprême du Portugal a rejeté une loi dépénalisant l'euthanasie jugée trop imprécise qui avait été approuvée par le Parlement en janvier. "La Cour constitutionnelle a été soumise par le président pour que la loi soit à nouveau réexaminée". ⁽¹⁷⁾ Exception: "La Suisse autorise les patients à s'administrer eux-mêmes une dose létale de médicaments. Par contre, elle n'autorise pas l'euthanasie active par un tiers mais tolère la fourniture de substances pour soulager la souffrance (les médecins peuvent dès lors prescrire les produits létaux), même si la mort peut en résulter (cfr. article 114 du code pénal)". ⁽¹⁶⁾ • <u>Hors Europe</u> :

soins palliatifs qui a été votée simultanément. Elle est entrée en vigueur le 22 septembre 2002. Par ailleurs, une loi sur **"les droits du patient"** réglementant notamment les modalités de refus de traitement et de représentation du patient incapable de s'exprimer a été promulguée le 22 août 2002. " ⁽⁸⁾

La loi sur l'euthanasie a été approuvée par le Parlement belge le 28 mai 2002. Depuis le 22 septembre 2002 (3 mois après la publication de cette loi au Moniteur belge : 22 juin 2002), les médecins peuvent exercer le geste.

"Les USA : Washington, Oregon, Colorado, Hawaï, Vermont, Montana, Washington DC, New Jersey, Californie, Maine, New Mexico ... -> suicide médicalement assisté de patients dont l'espérance de vie est estimée à moins de 6 mois. Conditions très restrictives.

Le Canada : notion d'aide médicale à mourir légalisée par la Cour Suprême en 06/2016 qui peut prendre la forme d'une euthanasie ou d'un suicide assisté (les infirmiers ont légalement l'autorisation d'administrer ou de donner les produits létaux).

La Colombie

La Corée du sud

L'Australie : notion d'aide à mourir chez des citoyens ou résidents en phase terminale dont l'espérance de vie est de 6 mois maximum (12 mois pour les maladies neuro-dégénératives). Etats de Victoria, Australie occidentale, Tasmanie, Australie du Sud, Queensland et New South Wales.

La Nouvelle Zélande : notion de End of Life Choice Act. Tout comme le Canada, l'infirmier peut être autorisé à administrer ou à prescrire le produit létal " ⁽¹⁶⁾

→ La loi diffère évidemment d'un pays à l'autre et le terme **euthanasie** n'est pas toujours utilisé.

F) Rappel des législations en application en Belgique : (cfr. Annexe N°2)

Le 28 mai 2002, la Belgique adoptait la loi dépénalisant l'euthanasie.

Trois lois ont été votées : la loi sur les droits du patient, la loi relative à l'euthanasie et celle relative aux soins palliatifs. Comme expliqué ci-dessus, avant cela, l'acte d'euthanasie était punissable pénalement en plus d'être déontologiquement interdit.

L'euthanasie n'est cependant pas un droit. En introduisant sa volonté à l'euthanasie le patient n'a pas la garantie que celle-ci soit pratiquée. Le médecin peut décider de ne pas honorer la demande du patient, même si tous les éléments du dossier sont réunis/toutes les conditions légales sont remplies. S'il refuse, il est tenu d'en informer le patient ou la personne de confiance **endéans les 7 jours**. Le patient peut alors se tourner vers un autre médecin.

En effet d'après l'article 14, « si le médecin consulté refuse, sur la base de sa liberté de conscience, de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile (...) le patient ou la personne de confiance éventuelle en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance » de plus il est tenu : « de communiquer **dans les quatre jours** de cette demande le dossier médical du patient au médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance ».

La loi offre diverses situations dans lesquelles la demande d'euthanasie est possible :

- la **déclaration anticipée** est définie comme suit par la législation belge :

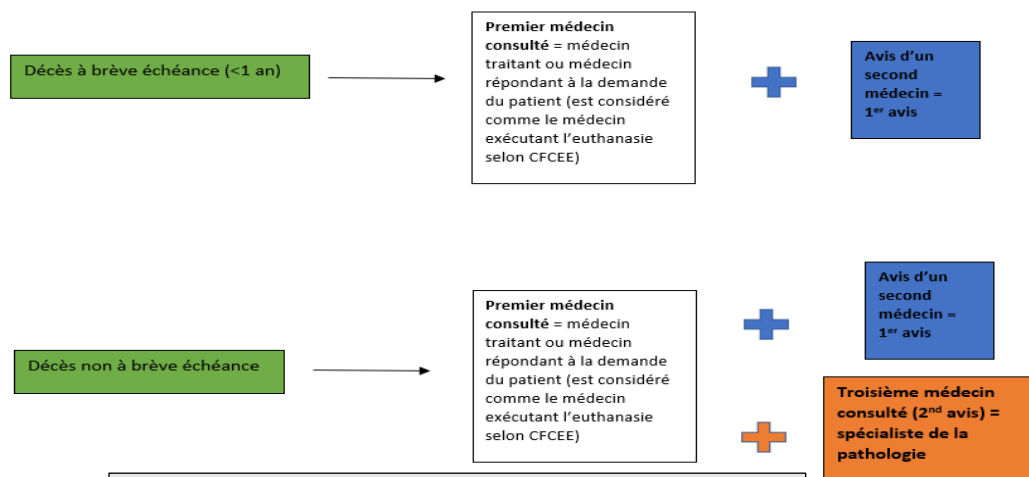
“Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu’un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

- 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.” (cfr. Chapitre III-De la déclaration anticipée. Art.4.- §1^{er} -Annexe n°1)

• la **demande actuelle** d’euthanasie est définie comme suit par la législation belge: “Dans le cas d’une demande actuelle, le patient doit, au moment de sa demande : être capable d’exprimer sa volonté et conscient, se trouver dans une situation médicale sans issue, faire état de souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable ; cette souffrance résultant d’une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable. Cette demande doit être faite de manière : volontaire, réfléchie, répétée et sans pression extérieure.” ⁽¹⁸⁾

Après cette vérification, le médecin doit faire appel à un second médecin qui évaluera, de manière indépendante, la demande d’euthanasie. (cfr. Chapitre II- article n°3, § 2, point 3-Annexe n°1)

Pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, la loi demande **qu’un mois** s’écoule entre la demande écrite et l’acte. A noter que les actes d’euthanasie seront évalués par la commission d’évaluation et de contrôle de l’euthanasie a posteriori. (cfr. Chapitre I-article n°3, § 3, point 2, Annexe n°1)



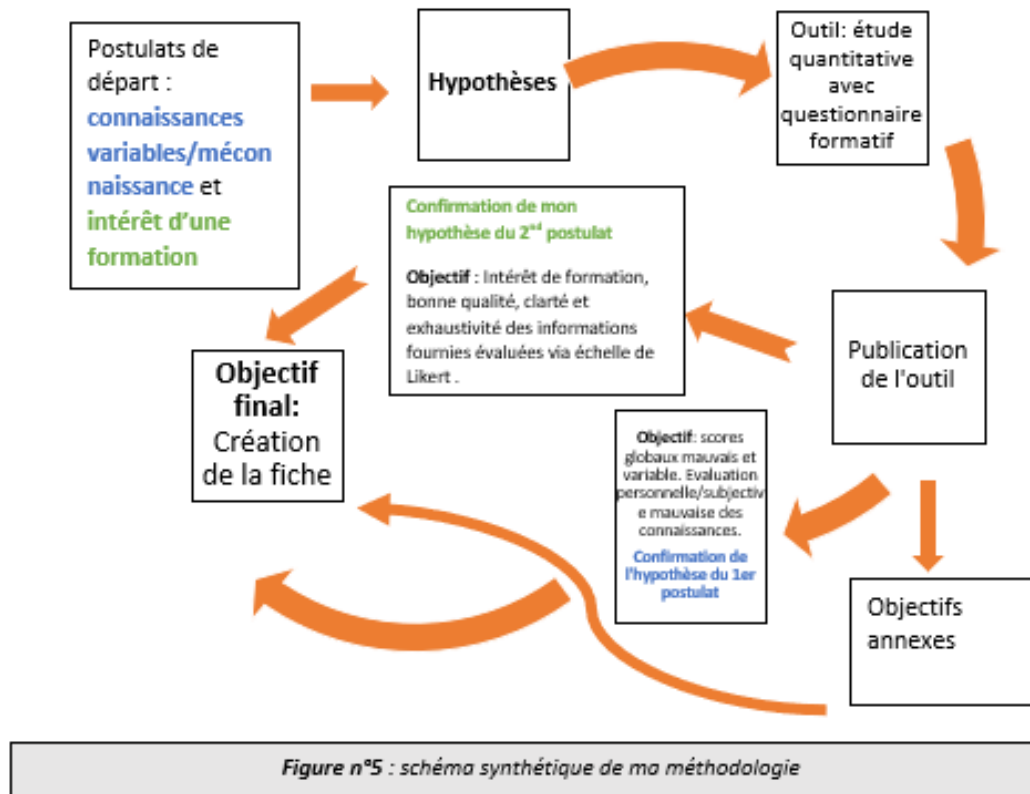
“Enfin, le 28 février 2014 la loi s’est étendue aux mineurs capables de discernement (contrairement aux Pays-Bas où la loi a déterminé un âge minimum (à partir de 12 ans)). A noter l’existence d’une condition supplémentaire: l’avis de spécialistes notamment de psychiatres et psychologues spécialisés est requis, ainsi que l’accord des titulaires de l’autorité parentale”. ⁽¹⁸⁾

Cfr. copie du document de demande d’enregistrement d’une euthanasie **en annexe N°3**

Figure n°4 : Schéma résumant les divers types de demandes

2) Méthodologie => Etude quantitative transversale observationnelle et interventionnelle

Dans les pages qui suivent, j'aborderai mon processus de réflexion en vue d'étayer ma question de recherche et ma méthodologie :



2)1 Détail de la méthodologie

2)1)1 Postulats

Mon mémoire s'est construit à partir de 2 postulats :

- ➔ **Postulat N°1** : Il existe un manque de connaissances des médecins généralistes et par extension des assistants en médecine générale au sujet de l'euthanasie consécutive à une demande actuelle de patients majeurs ne souffrant pas de pathologie psychiatrique. J'ai décidé de centrer mon sujet de mémoire sur les demandes actuelles et non sur les demandes anticipées car ce sont celles qui, à mon sens, sont les plus complexes d'interprétation. Ces demandes se font souvent au moment où la situation médicale se dégrade et où le médecin doit le plus faire appel à son jugement pour savoir si le patient rentre dans les critères décrits par la loi. J'ai également décidé de cibler

mon sujet **sur les patients majeurs** car c'est cette population à laquelle les médecins généralistes sont le plus souvent confrontés. Enfin, j'ai décidé **d'exclure les demandes faisant suite à une pathologie psychiatrique** car à mon sens l'expert dans l'évaluation de ces demandes reste le psychiatre.

➔ **Postulats N°2** qui découle immédiatement du 1er: **La nécessité d'une formation de cet échantillon.**

2)1)2 Hypothèses de travail

De ces deux postulats ont découlé *des hypothèses de travail* (qui devront être **affirmées** ou infirmées en fin de travail) :

- Les **évaluations objectives** (évaluation des connaissances théoriques via un **questionnaire formatif** qui aboutira à un score en pourcentage qui sera quantifiable et comparable) et **subjectives** (autoévaluation des répondants sur leurs connaissances via une **échelle de Likert**) confirment un manque de connaissances.
- Les **évaluations objectives** et **subjectives** ne confirment pas un manque de connaissances.
- **Le niveau de connaissances des participants sera amélioré (via échelle de Likert) à la suite de mon questionnaire formatif avec feedback immédiat.**
- Le **niveau de connaissances des participants** ne sera pas amélioré par mon questionnaire formatif (NEUTRE).
- Le **niveau de connaissances des participants** sera diminué par mon questionnaire (apport d'incertitude et de confusion).

2)1)3 Objectifs de travail

De cette réflexion ont découlé *les objectifs de mon travail* :

➔ **Objectifs principaux** :

- Une **évaluation subjective** des participants par rapport à leur niveau de connaissances. Avant de répondre au questionnaire, les répondants seront amenés à évaluer leurs connaissances sur divers aspects de l'acte d'euthanasie actuelle d'un patient majeur sans pathologie psychiatrique via une échelle de Likert (score de 1 à 5).
- Une **évaluation objective** des connaissances théoriques et pratiques. Un score en pourcentage est attribué à chaque répondant.

- Une évaluation de l'impact de cette méthode formative (via une échelle de Likert).
 - La création de la fiche outils en y apportant des modifications en fonction des données récoltées et en faisant référence aux diverses questions de connaissances incluses dans le questionnaire. Elle apporte un plus et un objectif "motivationnel" pour répondre à mon questionnaire
- ➔ Objectifs annexes :
- Mettre en évidence les éléments de la démarche d'euthanasie moins bien connus.
 - Evaluer les diverses sources d'informations sur la loi concernant l'euthanasie.
 - Déterminer la réceptivité de cet échantillon au sujet de la création d'une fiche.
 - Evaluer également les divers moyens de formation et d'information souhaités par mon échantillon.
 - Evaluer les facteurs/variables influençant les connaissances de mon échantillon.

2)1)4 Procédure choisie

Pour répondre à ces objectifs, mon mémoire a été subdivisé en *diverses parties* :

- **Partie 1 : Recherche de littérature**
 - Une recherche de littérature pour étayer mes postulats (cfr. "Introduction").
 - Une seconde recherche de littérature moins exhaustive a été réalisée en parallèle et ce afin de trouver les informations nécessaires à l'élaboration de mon étude quantitative (aspect théorique de l'euthanasie).
- **Partie 2 : Méthode d'investigation et outils de mesure**

La réalisation d'un questionnaire d'évaluation des connaissances à visée formative avec feedback direct.

Le choix du questionnaire me semblait être la meilleure manière de récolter des informations de qualité afin d'évaluer plusieurs aspects de la problématique. Comme j'évalue les connaissances des médecins généralistes et assistant(e)s, il est nécessaire d'avoir une récolte d'informations suffisamment conséquente afin de pouvoir quantifier ce phénomène. Un des objectifs visés à travers mon questionnaire a été d'en déduire des conclusions mesurables statistiquement.

Pour cela, j'ai sélectionné avec précision un échantillon représentatif de la population étudiée afin d'avoir des résultats les plus pertinents possibles.

Deux manières choisies pour évaluer les connaissances (*1^{er} postulat*) :

- évaluation objective (score final chiffré sur la partie évaluation des connaissances) -> quantifier le manque de connaissances
- évaluation subjective : une échelle de Likert a été présentée avant la partie formative du questionnaire. Cette même échelle devait à nouveau être remplie après la partie formative -> évaluation du positionnement des répondants par rapport à leur niveau de connaissances et par extension de la qualité de la formation proposée.

Évaluation du *2nd postulat* : l'échelle de Likert évaluant la clarté, l'intérêt et l'exhaustivité de la partie formative du questionnaire. Ceci a permis d'améliorer la fiche outils.

o Partie 3 : *Création de la fiche outils*

Les feedbacks sur les réponses de type "évaluation des connaissances" ont été réunis dans une fiche outils synthétique utilisable par les médecins généralistes et assistants lors d'une prochaine interpellation d'un patient par rapport à une demande d'euthanasie. Cette fiche regroupe les informations utiles et pratiques récoltées à la suite de ma recherche de littérature, entretiens avec des experts dans le domaine, ma formation EOL et les divers éléments qui m'ont marquée au niveau de la procédure dans les diverses euthanasies auxquelles j'ai participé.

La fiche a été conçue sur base des réponses aux questionnaires : en effet, les notions abordées dans les questions ayant été le moins bien répondues, occupent une place plus conséquente dans ma fiche. Les références aux questions du questionnaire ont été incluses dans ma fiche.

Cette fiche permettra, je l'espère, de servir de garde-fou ; afin de clarifier les obligations légales et les gestes pratiques/techniques et de transmettre les conseils de pairs "experts dans le domaine" (objectifs discutés lors de la réunion du 03/12/22 avec la cellule euthanasie de la SSMG et Dr Guiot Jean-Marie).

2)2 Avis du comité d'éthique (cfr. Annexe N°4)

Le sujet de mon mémoire a été soumis et examiné par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale en juin 2022. Vous trouverez en annexe la réponse du GEIMG. La décision finale du GEIMG m'indique la nécessité d'un avis d'un comité d'éthique inter-hospitalier. J'ai dès lors contacté un membre du comité d'éthique inter-hospitalier de UCL. Celui-ci m'a confirmé que la soumission d'un dossier n'est nécessaire que *si, et seulement si*, j'envisage la publication de mon mémoire (ce qui n'est pas mon cas). *A noter, je le rappelle que l'aspect éthique et les convictions personnelles des personnes interrogées par les questionnaires n'ont pas été abordés.*

Par rapport à mon travail initial souhaité, la quatrième étape de mon travail d'assurance qualité initialement prévu n'a malheureusement pas pu être réalisée par manque de temps. Cependant, les 3 étapes précédentes ont été scrupuleusement respectées. Ce travail est donc devenu une étude quantitative avec l'apport d'une fiche outils en bonus. De plus, afin d'obtenir suffisamment de répondants, j'ai dû étendre mon public cible non pas uniquement aux médecins généralistes des provinces du Luxembourg et de Namur, mais à l'ensemble de la Belgique francophone. Ainsi malgré les relances, le manque de répondants impactait fortement la qualité de mon travail. J'ai également opté pour l'application LimeSurvey plutôt que GoogleForm. LimeSurvey me permettait de créer un questionnaire de meilleure qualité en termes d'aspect et de forme. La forme de mon travail a dès lors dû être adaptée sans changer le fond.

2)3 Revue de littérature

Avant même de commencer mes recherches, j'ai d'abord lu « le guide de rédaction du TFE en médecine générale » ⁽¹⁹⁾ afin d'avoir une ligne directrice.

Une revue de la littérature sur le sujet a été débutée le 10 mars 2022 et a été clôturée le 30/09/2022 (cfr. Annexe N°5) et s'est voulue être la plus exhaustive possible. L'ordre suivi pour la recherche a été inspiré de la « **Cebam Digital Library for Health** » (CDLH) et basé sur la pyramide des connaissances. Les étages supérieurs aux études cliniques n'ont pas été utilisés dû à l'absence de données relatives à mon TFE, le KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) et Ebpracticenet.

Trois **langues** ont été utilisées pour les recherches : l'anglais, le néerlandais et le français. Mes recherches se sont étendues au BENELUX car nos législations ont des similitudes et les Pays-

Bas sont les pionniers dans le domaine (d'où l'intérêt du néerlandais) et se sont limités aux études réalisées **ces 20 dernières années** (2002 ; année de création de la loi de dépénalisation en Belgique)

Critères d'exclusion : l'euthanasie des animaux, mineurs et pour indication de maladies psychiatriques (cfr. critères d'exclusion spécifiques pour chaque base de données **annexe N°5**).

Précision des concepts/mots clés utilisés : suivant la base de données consultée, les termes de recherche peuvent varier. Ils sont précisés en **annexe N°6**

La recherche a été effectuée de la manière suivante :

- les premières pages des résultats étaient consultées.
- les articles ont été triés sur base de leurs titres. Si le titre était pertinent, un second tri était effectué sur base de la lecture de l'abstract. Si l'abstract répondait aux critères ou s'il était absent, une lecture rapide de l'article était réalisée pour déterminer son éligibilité dans ce TFE.
- les articles redondants ou non pertinents ont été éliminés.
- les articles cités dans les références des articles sélectionnés et les articles suggérés dans l'onglet "les articles similaires" ont également suivi le même processus de sélection.

➔ **Ces articles m'ont permis de confirmer mon premier postulat.**

Deuxième recherche de littérature menée en parallèle n'a pas été menée sur les Databases usuelles.

Comme expliqué ci-dessus, deux documents semblables à des guides de bonne pratique clinique, un flamand (LEIF) et un francophone (ADMD), ont été créés sans qu'un consensus fédéral n'ait encore été créé. Tous deux sont inspirés de la Directive Exécution de l'euthanasie et du suicide assisté des Pays-Bas qui est la source la plus complète. Les documents rédigés en néerlandais ont été traduits en français via l'application Deepl. En effet, ces trois documents présentent des informations similaires mais des divergences sont toutefois constatées.

La lecture de ces 3 documents, ainsi que des entretiens avec des médecins expérimentés dans le domaine m'ont permis de déterminer les diverses notions à aborder dans mon questionnaire.

2)4 Construction de la question - PICO ou alternative -> question de recherche

Cfr. annexe N°7

2)5 Elaboration du questionnaire

- **Outils de mesure** : Un questionnaire (Cfr. annexe N°8)
 - **Outils de diffusion** : LimeSurvey (demande d'accès au compte LimeSurvey via le service Desk de UCL en date du 08/08/2022).
 - **Nombre de questions** : 52 subdivisées en 6 blocs avec une suite logique : 3 questions de type échelle de Likert, 38 questions fermées à réponse unique, 11 questions à réponses multiples, 24 questions avec correctif (feedback direct).
Les questions fermées ont été privilégiées afin de générer aisément des données quantifiables et de faciliter l'expression des réponses. Les questions fermées ont également l'avantage de limiter le nombre de questionnaires qui ne sont pas finalisés.
 - **Corps du questionnaire** :
 - [Une introduction](#) expliquant le déroulement et le but du questionnaire, une demande de téléchargement du formulaire de consentement (cfr. annexe N°9) ainsi qu'un indicateur à cocher pour marquer son consentement libre et éclairé, sans quoi l'accès était refusé.
 - [Partie A : "Preliminaires"](#)
- 2 questions** limitant également l'accès au reste du questionnaire afin de m'assurer que les répondants respectent les critères principaux d'éligibilité de mon échantillon.
- [Partie B : Données socio-démographiques](#)
- 8 questions** abordant les caractéristiques des individus inclus dans mon échantillon. Le but étant d'avoir une diversité la plus large possible.
- [Partie C : Données concernant la pratique de l'euthanasie et la formation reçue](#)
- 5 questions** permettant de faire un rapide état des lieux sur la qualification/formation reçue et la pratique de l'euthanasie parmi les individus inclus dans mon échantillon.
- [Partie D : Evaluation des connaissances théoriques -> 28 questions \(formation en ligne\)](#)
- Le nombre de bonnes réponses était toujours indiqué au préalable dans l'énoncé. Il s'agit de questions fermées à choix multiples (nombre de bonnes réponses indiqué). Si cette/ces réponses n'ont pas été sélectionnées par le participant, un encadré explicatif apparaissait avec les réponses correctes (via la mise en place de conditions dans le programme LimeSurvey) -> **partie objective**. Ce principe de feedback direct permet ainsi, non seulement de récolter des

données sur les connaissances et méconnaissances des médecins généralistes, mais aussi de donner indirectement une formation sur le sujet.

La première question est une question permettant d'évaluer par le répondant lui-même via une échelle de LIKERT ses connaissances à propos de l'euthanasie actuelle d'un patient majeur ne souffrant pas de pathologie psychiatrique -> **partie subjective**.

➤ [Partie E : Questions concernant le processus](#)

5 questions abordant les habitudes de pratique de la demande à l'acte en lui-même. Première question donnant accès aux 4 suivantes (uniquement pour ceux ayant déjà participé ou pratiqué une euthanasie).

➤ [Partie F : Evaluation de l'impact de ma fiche et piste d'amélioration des connaissances -> 4 questions](#)

La première question m'a permis de m'assurer que ce questionnaire formatif avait rendu possible l'amélioration des connaissances des participants et du degré d'assurance à intervenir (hypothèse et postulat de départ). Il s'agit de la même question que celle présente avant le questionnaire formatif de la partie D.

La deuxième question m'a permis d'évaluer la qualité de mon questionnaire par rapport au sujet abordé, à la compréhension et à la qualité/utilité des informations données et l'intérêt de la création d'une fiche.

La troisième question m'a permis d'investiguer diverses pistes potentielles d'amélioration des connaissances.

A travers **la quatrième question**, j'ai laissé l'opportunité aux répondants de laisser leurs adresses mail afin de leur envoyer le fruit de ce travail (ma fiche). Cette fiche sert en quelques sorte de remerciement aux répondants. Il est vrai que nous sommes inondés de questionnaires de divers assistants sans avoir particulièrement un retour sur nos réponses. L'envoi de la fiche aux diverses adresses mail renseignées sera réalisé par un compte google dédié uniquement à cette action. Ce compte sera supprimé dès réussite de ce mémoire afin de respecter les normes RGPD.

○ **Explications diverses**

- ➔ La durée pour répondre au questionnaire a été déterminée par une phase test auprès de 5 amis assistants en médecine générale (qui ne participeront pas à mon étude) : durée de 30 à 45 minutes. Cette relecture m'a permis de m'assurer de la logique de

l'ordre de mes questions, de corriger toutes incompréhensions ; ainsi que les problèmes techniques.

- ➔ Relecture par le Dr Guiot Jean-Marie et le Dr P. B. (experts dans le domaine) pour m'assurer de l'exactitude de mes questions et de mes réponses.
- ➔ Relecture par deux médecins moins expérimentés dans le domaine : mon tuteur et une amie assistante en médecine générale pour la clarté des questions et la logique.
- ➔ Testing par mon compagnon (Claes Youri) : phase prétest pour lever les incompréhensions, l'orthographe et les difficultés techniques.
- ➔ Correction de l'orthographe par ma mère, Maus Anick.
- ➔ Après ces diverses relectures et retours positifs : le questionnaire a été envoyé plus largement par voie électronique.
- ➔ Le questionnaire était auto-administré. La participation était volontaire, libre et anonyme.

2)6 Choix de l'échantillon

2)6)1 Critères inclusion et exclusion (cfr.annexe N°10)

Volontairement, je n'ai pas mis dans mes critères d'exclusion des médecins ou assistants n'ayant jamais participé à une euthanasie en vue d'avoir un échantillon le plus représentatif de la population générale. Je n'ai pas non plus exclu les personnes ayant réalisé des formations en soins palliatifs/EOL. On peut dès lors retrouver dans mon échantillon, à la fois les "experts dans le domaine" ainsi que les soignants "novices".

2)6)2 Méthode d'échantillonnage : échantillon non probabiliste

L'échantillon a été sélectionné au hasard dans la population cible. Les répondants constituant mon échantillon étaient des volontaires. Un effet "boule de neige-bouche à oreille" a probablement eu lieu.

2)6)3 Taille de l'échantillon

L'échantillon a été calculé sur base du rapport de statistiques annuelles du 31/12/2018, trouvé sur le site du Service Public Fédéral, health.belgium.be, afin d'évaluer la taille de la population de départ. J'ai additionné le nombre de médecins et de candidats médecins généralistes en région wallonne et Bruxelles-capitale ($5460+1599+778+274=8111$ -> base du sondage). Dans un communiqué de presse de l'ABSYM ⁽²⁰⁾, j'ai également trouvé le nombre de médecins généralistes et candidats datant du 31/12/2019 en soustrayant le nombre de médecins exerçant en région flamande du nombre total de médecins belges (8412). Le nombre de médecins généralistes belges francophones est estimé à **8261,5** ($(8111+8412)/2$). Pour calculer

mon échantillon nécessaire, j'ai décidé d'utiliser une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95% ; ce qui m'a amenée à devoir obtenir **368 réponses.** ⁽²¹⁾

Taille d'échantillon	
Taille de la population:	8261
La marge d'erreur:	5%
Niveau de confiance:	95%
Taille d'échantillon requise :	368
Taux de réponse estimé:	20%
Nombre d'invitations requises:	1840

Figure n°6 : Calcul de la taille de l'échantillon

2)7 Diffusion et récolte des données

Méthode de recrutement : J'ai pris la décision d'envoyer des emails avec le lien de mon questionnaire, ainsi que les explications utiles pour comprendre mon mémoire et les objectifs visés (nombre de questions, précision sur l'échantillonnage, les notions RGPD, la durée pour y répondre, l'obligation de répondre à toutes les questions et l'option répondre plus tard ...).

Cette méthode de diffusion me semblait la plus rapide et efficace.

L'envoi d'emails s'est fait via divers canaux :

- Listing de l'ensemble des maîtres de stage en médecine générale disponible sur Fordoc (Nb : une erreur a été commise lors du premier rappel. En effet, en envoyant, mon mail, j'ai omis de mettre les adresses en Cci. J'ai eu une remarque d'un des médecins contactés me précisant que les règles RGPD n'avaient pas été respectées. J'ai dès lors renvoyé un mail d'excuse, expliquant mon erreur et demandant aux médecins contactés de supprimer mon mail précédent.)
- Ensemble des cercles de gardes de médecine générale,
- Diverses équipes de soins palliatifs,
- SSMG (refus dans un souci de confidentialité),
- 3 antennes de la CCFFMG (refus dans un souci de confidentialité),
- ADMD.

Publication de mon questionnaire au niveau du site internet de Santé Ardenne et sur l'hebdomadaire du GBO.

Trois rappels ont été envoyés afin d'obtenir un maximum de réponses à la fois pour les médecins généralistes agréés et assistants. Il est à noter que le dernier rappel pour les assistants a été envoyé fin janvier afin d'essayer d'obtenir un nombre d'assistants répondants "équivalent" au nombre de médecins généralistes. Une explication supplémentaire a été indiquée par rapport aux échelles de Likert à la suite d'une remarque d'un des répondants mettant en évidence un manque de clarté.

Publication d'une annonce sur les divers groupes Facebook regroupant les assistants de médecine générale des diverses années de l'Université Catholique de Louvain et sur les groupes associés aux séminaires loco-régionaux.

- ➔ Le questionnaire a été mis en ligne en date du 08/12/2022 et s'est clôturé en date du 16/02/23 .
- ➔ Réalisation de la fiche en parallèle.
- ➔ Respect de la confidentialité. De plus, les répondants avaient l'opportunité de me laisser leurs adresses mail afin que je puisse leur communiquer leur score final ainsi que la fiche finalisée. Ces données seront conservées jusqu'à la réussite de mon mémoire. Par la suite, elles seront supprimées.

2)8 Création de la fiche - Conception de l'outil

- ✓ **Choix du modèle** : utilisable dans la pratique, fonctionnel et ergonomique.
- ✓ **Programme utilisé** : Word mis sous format PDF. Canva pour la couverture.
- ✓ **Intégration de la littérature** : la littérature retenue lors de la recherche systématique a été lue dans son intégralité.
- ✓ **Contenu de la fiche** : Un résumé de l'essentiel du processus (volets théorique et pratique) s'inspirant des correctifs de la partie formative du questionnaire.
- ✓ **Aspect esthétique** : les données écrites devaient s'intégrer dans un cadre visuel agréable. Le fond et la forme ont été retravaillés jusqu'à trouver un aspect harmonieux et attrayant visuellement.
- ✓ **Phase de contrôle** : relecture par Maus Anick pour corriger l'orthographe. Relecture par le Dr Guiot Jean-Marie (EOL et créateur cellule SSMG), le Dr Mathieu (assistante) et mon promoteur, le Dr Rouard Vincent pour contrôler l'exactitude de l'information fournie, la clarté, la pertinence, la fiabilité, l'utilité, les aspects synthétique et esthétique.

- ✓ **Accessibilité de l'outil et distribution potentielle** : le format PDF est un format universel adapté aux ordinateurs et smartphones et ayant une facilité d'insertion sur des sites internet (comme la cellule euthanasie SSMG). Pour les personnes qui n'utiliseraient pas ces fonctions, les pages peuvent être imprimées facilement.
- ✓ **Objectifs** : - **Fluidifier** au maximum le processus afin de limiter les questionnements et les incertitudes.
 - **Améliorer** la qualité de la prise en charge et également répondre aux difficultés actuelles des médecins généralistes.
 - **Eviter** d'altérer la qualité de la relation médecin-patient dans son étape ultime par des procédures et réglementations complexes.

NB : L'outil se veut être un guide qui permet au médecin traitant de s'orienter rapidement, face à une situation avec laquelle il est moins familier. En aucun cas, il ne remplace l'expérience clinique et le bon sens professionnel.

3) Résultats

Total de répondants : 136 (uniquement les questionnaires complets ont été intégrés. Un contrôle préliminaire afin d'éviter des doublons et des incohérences dans les réponses a été réalisé) et taux de participation : $136/8261 * 100 = 1.6\%$

L'ensemble des données a été intégré dans un fichier Excel et le programme statistique utilisé est DATAtab.

3)1 Analyse descriptive

- **Partie A** : Les deux questions préliminaires ont été répondues par l'affirmative pour ces 136 répondants.
- **Partie B** : Données socio-démographiques de mon échantillon

Le nombre d'assistants équivaut presque au nombre de médecins généralistes répondants (48.5 > 51.5%).

Tableau n°1 : Résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques de mon échantillon

Caractéristiques socio-démographiques	Données récoltées	N/Pourcentage (%)
Sexe (variable descriptive)	Femme	72 (52.9%)
	Homme	64 (47,1%)
Age (variable descriptive)	Moins de 25 ans	15 (11%)
	Entre 25 et 34 ans	58 (42.7%)
	Entre 35 et 44 ans	17 (12.5%)
	Entre 45 et 54 ans	18 (13.2%)
	Entre 55 et 64 ans	16 (11.8%)
	Plus de 65 ans	12 (8.8%)

Milieu de travail (variable descriptive)	Rural Urbain Hospitalier Mixte	47 (34.6%) 58 (42.6%) 10 (7.4%) 21 (15.4%)
Années de carrière en médecine générale (variable indépendante)	Je suis actuellement assistant ou assistante en médecine générale Moins de 5 ans Entre 5 et 14 ans Entre 15 et 24 ans Entre 25 ans et 34 ans Plus de 34 ans	66 (48.5%) 7 (5.1%) 13 (9.6%) 14 (10.3%) 17 (12.5%) 19 (14%)
Type de pratique (variable descriptive)	Solo De groupe/duo Maison médicale au forfait Maison médicale à l'acte Hôpital (concerne les assistant(e)s en médecine générale)	35 (25.7%) 50 (36.8%) 25 (18.4%) 13 (9.55%) 13 (9.55%)
Importance de la patientèle (variable descriptive)	<500 patients Entre 500 et 1000 patients >1000 patients Indéterminée Ne me concerne pas (assistant(e)s médecine générale)	1 (0.7%) 18 (13.2%) 56 (41.2%) 5 (3.7%) 56 (41.2%)
Profil de la patientèle (variable descriptive)	Beaucoup de pédiatrie et de jeunes adultes Patientèle très variée et englobe toutes les tranches d'âges. Patientèle avec une prédominance de personnes âgées.	15 (11%) 85 (62.5%) 36 (26.5%)
Médecin coordinateur (variable indépendante)	Oui Non En cours de formation	18 (13.2%) 112 (82.4%) 6 (4.4%)

- **Partie C : Données concernant la pratique de l'euthanasie et la formation reçue/sources de connaissances.** À noter, seuls 3 répondants se sont formés à plusieurs des formations spécifiques à la fin de vie.

Tableau n° 2 : Résultats des diverses données récoltées au sujet de la pratique de l'euthanasie, des formations reçues et les diverses sources de connaissances

Caractéristiques	Données récoltées	N /Pourcentage
Fréquence d'interpellation par les patients en ce qui concerne l'euthanasie (variable indépendante)	Jamais Moins d'une fois par semestre Une fois par semestre Plus d'une fois par semestre	10 (7.4%) 66 (48.5%) 30 (22.05%) 30 (22.05%)
Nombre de demandes d'euthanasies reçues jusqu'à présent (euthanasie pratiquée ou assistée ou référée vers un collègue) (variable indépendante)	Aucune Entre 1 et 5 Entre 5 et 10 Entre 10 et 15 Entre 15 et 20 Plus de 20	24 (17.6%) 79 (58.1%) 11 (8.1%) 8 (5.9%) 5 (3.7%) 9 (6.6%)
Formation spécifique abordant les aspects de la fin de vie (variable indépendante) <i>Plusieurs réponses possibles</i> N :142 (3 personnes ayant plusieurs formations)	Oui, le formation EOL Oui, le certificat interuniversitaire en soins palliatifs Oui, une formation sur l'éthique des soins de santé Non	21 (14.8%) 8 (5.6%) 9 (6.4%) 104 (73.2%)
Pour ceux ayant déjà fait suite à la demande d'euthanasie d'un de vos patients, le geste a été posé par... ? (variable descriptive) <i>Plusieurs réponses possibles.</i> N : 239	Moi-même Un confrère généraliste Un médecin généraliste spécialisé en soins palliatifs (équipe de seconde ligne, ...) Un médecin EOL Le médecin coordinateur de la maison de repos En milieu hospitalier: unité de soins palliatifs, par le médecin spécialiste du patient, par le médecin de la consultation de fin de vie Référer à un collègue car pour des raisons personnelles, je ne désire pas pratiquer ou assister ou participer de quelque manière à une demande d'euthanasie Question qui ne s'applique pas à mon cas car je n'ai pas encore été confronté(e) à une demande d'euthanasie	46 (19.3%) 57 (23.9%) 31 (13%) 35 (14.6%) 11 (4.6%) 18 (7.5%) 11 (4.6%) 30 (12.5%)
Sources d'information sur la loi sur l'euthanasie (variable descriptive)	Via un e-learning J'en ai discuté avec des collègues Dans un GLEM, dans un séminaire,...	2 (1.5%) 11 (8 %) 27 (19.9%)

	A l'université Information grand public (internet, télévision, radio, ...) Dans des articles publiés dans la littérature scientifique Via d'autres voies	69 (50.7%) 5 (3.7%) 6 (4.4%) 16 (11.8%)
--	--	---

- **Partie D : Evaluation des connaissances.** Ci-dessous, un tableau résumant le taux de réussite de chaque question, ainsi que les bonnes réponses. À noter, chaque question a été intégrée dans une des 5 catégories suivantes :

Légende		C :	Aspect administratif
A :	Aspect légal	D :	Aspects pharmacologique et technique
B :	Positionnement des différents intervenants	E :	Autres - Cas clinique - Connaissances diverses

Tableau n°3: résumé des questions, catégorie, réponse correcte et taux de réussite.

Codes et Questions	Catégorie	Réponses	Taux de bonnes réponses (médecins généralistes +assistant(e)s)
D2 Voici la définition de l'euthanasie selon la loi "acte (médical), pratiqué par un tiers (médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci". Selon vous, quelles sont les conditions indispensables à respecter pour que la demande d'euthanasie dite actuelle soit légalement acceptable ?	A	Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue (la pathologie en cause ne doit pas obligatoirement être au stade dit "terminal") + La demande doit être volontaire, réfléchie, répétée et sans pression extérieure + Le patient doit faire état d'une souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable, souffrance résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable + Le patient doit être capable d'exprimer sa volonté et être conscient.	87.5%
D4 L'euthanasie peut-elle être considérée comme étant un droit du patient ? Une seule réponse correcte.	A	Non, il s'agit de la demande d'euthanasie qui peut être considérée comme un droit du patient	80.1%
D6 Robert âgé de 62 ans, souffre d'une néoplasie du pancréas déjà au stade métastasé. Son état se dégrade, des soins palliatifs ont été mis en place. Douleur intense mais refus du patient de mise en place d'une pompe et refus des entredoses. Il émet le souhait d'une euthanasie. Robert est-il éligible à une demande d'euthanasie dite actuelle ?	A	Oui, mais sa demande doit être clarifiée. Il est important d'investiguer si cette demande a déjà été émise par le patient dans l'histoire de sa maladie (demande répétée) ou si cette demande résulte d'un état douloureux intolérable (dans ce cas, il faudra s'assurer dans le temps que cette demande se répète, même en dehors des périodes hyperalgiques).	69.9%
D8 Au niveau déontologique, quel est le délai pour un médecin faisant appel à sa liberté de conscience (c'est-à-dire ne souhaitant pas réaliser ou participer à l'acte d'euthanasie) pour référer le patient à un confrère ou association et fournir les éléments du dossier médical ? Une seule réponse correcte.	A	Dans les 7 jours et transfert du dossier dans les 4 jours	38.2%
D10 Face à un patient résidant en maison de repos et de soins demandant l'euthanasie, l'institut dans lequel il réside peut-il refuser qu'elle ait lieu en son sein ? Une seule réponse correcte.	B	Non	62.5%
D12 Jules est un patient âgé de 78 ans. A l'âge de 76 ans lui a été diagnostiquée la démence d'Alzheimer. Face à cette nouvelle, il a décidé de faire une demande anticipée d'euthanasie. Au fur et à mesure des mois qui passent, Jules perd de plus en plus en autonomie et les oublis sont de plus en plus importants. Jules finit par évoquer selon lui "ce besoin de mourir dans la dignité". Les démarches pour une demande actuelle d'euthanasie se mettent en route. Un second	E	Non Cas clinique abordant la démence.	68.4%

avis a été demandé et est favorable. Comme le décès n'est pas évalué à brève échéance, l'avis d'un spécialiste (neurologue ou gériatre) est demandé. A la consultation, Jules semble confus, il ne comprend pas sa venue à l'hôpital, il souhaite rentrer au plus vite à la maison...Les démarches peuvent-elles être poursuivies ? Cas clinique inspiré d'un cas rencontré par le Dr Guiot.			
D13 Renée a 82 ans et souffre d'un cancer des intestins métastaté. Elle est dans un état avancé de cachexie et ce à cause de nausées difficilement contrôlables. A savoir que ses douleurs ne sont pas soulagées par les hautes doses de morphiniques. Son médecin décide d'un commun accord avec la patiente et les soins palliatifs que la sédation palliative est la meilleure solution étant donné la phase de sa maladie. Le médecin traitant est conscient du fait que la patiente peut mourir pendant la période de sédation vu les doses de sédatifs utilisées et la fragilité de la patiente. Si Renée décède à la suite de la procédure, est-ce une euthanasie "masquée" ?	E	Non, il s'agit d'une sédation palliative.	86.8%
D14 La nuance entre sédation palliative et euthanasie est souvent assez floue. Quelle est l'affirmation fautive ?	E	L'infirmier peut faire appel à son objection de conscience tout comme dans la procédure d'euthanasie lors d'une demande de sédation palliative.	57.4%
D16 La loi relative à l'euthanasie expose deux types de demandes: la demande dite anticipée ou la demande dite actuelle. Quelles sont les affirmations correctes concernant les demandes anticipée et actuelle d'euthanasie ? 3 réponses correctes.	A	Si un patient ayant déjà rédigé une demande anticipée d'euthanasie souhaite avoir recours à une euthanasie au vu de sa situation médicale actuelle, il se devra de rédiger une demande écrite d'euthanasie actuelle recevable uniquement si le patient est conscient, capable d'exprimer sa volonté et dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi. Une déclaration de demande anticipée d'euthanasie ne sera prise en considération que si le patient est dans un état d'inconscience irréversible et que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou grave et incurable. En ce qui concerne une demande d'euthanasie actuelle: cette demande reste valable pendant tout le temps nécessaire (jours ou semaines) à la mise en œuvre de l'euthanasie même si, pendant cette période, l'état du patient s'aggrave et/ou qu'il perd la capacité de s'exprimer (mais pas un état d'inconscience).	→ N =40 avec association Non-Non-Non-Oui-Oui → Taux de bonnes réponses : 29.5%
D18 Le fils d'un de vos patients que ce-dernier n'a pas vu depuis 15 ans, vous appelle pour avoir de plus amples informations par rapport à la demande d'euthanasie de son père ? Quelle est votre réaction ?	B	Je lui explique que cela ne le concerne pas pour le moment car je dois m'entretenir avant avec la personne concernée, c'est à dire son père, pour obtenir son accord d'évoquer ce sujet, car sinon il y a violation du secret professionnel.	74.3%
D20 Dans le cas de demande d'euthanasie chez un patient souffrant de polyopathie (soit un diabète de type 2, une insuffisance rénale et une cirrhose alcoolique) dont le décès est attendu à brève échéance, la loi exige de demander l'avis du spécialiste de la pathologie engendrant le décès ?	A	Non	54.4%
D22 En cas de demande anticipée, la notion d'échéance du décès s'avère importante pour la suite de la procédure. La notion de brève échéance et non à brève échéance est ainsi évoquée. Quelle est l'affirmation incorrecte par rapport à la notion de brève échéance ?	A	La notion de brève échéance signifie que le décès est attendu dans les jours OU les semaines qui suivent.	49.3%
D24 La loi exige face à une demande d'euthanasie dite actuelle la nécessité de l'avis d'un second médecin affirmant que le patient répond bien aux critères autorisant l'euthanasie. Quelle est l'affirmation correcte ?	A	Il est nécessaire que le second médecin prenne connaissance du dossier médical.	88.2%
D26 Face à une demande d'euthanasie actuelle, il est demandé dans la procédure que la demande soit rédigée de manière	C	Ce document doit être consigné dans le dossier médical du patient. Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de l'écrire de sa main doivent y être mentionnées.	→ N = 82 avec séquence Non-Oui-Non-Oui-Non

manuscrite. Quelles sont les conditions à respecter ? Deux réponses correctes.			→ Taux de bonnes réponses : 60.3%
D28 A la demande actuelle d'une euthanasie par un patient, si le décès n'est pas prévu à brève échéance (décès attendu dans l'année), quelle est l'affirmation incorrecte ?	A	Si le décès n'est pas prévu à brève échéance, l'avis d'un 3ème médecin est suggéré, notamment le médecin spécialiste de la pathologie dont souffre la patient (ex: oncologue si cancer, cardiologue si insuffisance cardiaque, ...).	41.9%
D30 Concernant les produits à utiliser quelles sont les 3 affirmations correctes ?	D	Le dosage de l'inducteur de coma, ainsi que du curarisant pour un patient dont le poids corporel est supérieur à 150 kg nécessite l'avis d'un anesthésiste. Le dosage pour induire une inconscience adéquate ne dépend que marginalement du poids. La dose de thiopental (2000 mg) à utiliser si cette molécule est choisie comme inducteur de coma est 10 x plus élevée que pour une anesthésie générale	→ N = 42 avec séquence Non-Non-Non-Oui-Oui → Taux de bonnes réponses : 30.9%
D32 Dans la loi concernant l'euthanasie, les produits autorisés pour provoquer l'euthanasie (la sédation via midazolam, l'inducteur de coma avec le thiopental sodique et le rocuronium bromure comme curarisant) ont été listés. Les médecins ont dès lors l'obligation d'utiliser ces produits. Un protocole strict a-t-il été créé par un consensus d'experts (produits à utiliser, ordre d'usage, doses à respecter) ?	D	Non	24.3%
D34 Par rapport à la méthode IV, quelles sont les précautions à prendre ? Quelles sont les 2 affirmations fausses ?	D	L'injection du produit peut être partielle (pas de nécessité d'injecter la totalité de la dose de thiopental sodique) pour des personnes cachexiques. L'injection du curarisant peut se faire dans la foulée de l'inducteur de coma dès que celui-ci a été confirmé (pas de délai à respecter) !	→ N= 62 avec séquence Non-Non-Non-Non-Oui-Non-Oui → Taux de bonnes réponses : 45.6%
D36 Voici un cas clinique: Léo, 43 ans, est un patient paraplégique avec des problèmes respiratoires. Il sait qu'il ne vivra plus longtemps. De ce fait, il décide de dire au revoir à ses proches dans ce qu'il considère être "la dignité". Il souhaite prendre un sirop de barbiturique en compagnie de sa famille et de son médecin. Répondant à tous les critères d'une demande actuelle, la demande d'euthanasie est acceptable et son médecin accepte la demande de Léo. Léo prend le sirop mais il n'est pas capable de finir la bouteille entièrement car il finit par s'endormir. Le médecin doit dès lors poursuivre l'euthanasie en ajoutant des barbituriques en IV car l'état d'inconscience n'est pas optimal et par la suite le curarisant. Selon vous, est-ce un suicide médicalement assisté ? Ou cette procédure peut être assimilée à une euthanasie ? Question identique à celle de l'étude ⁽²⁵⁾	E	Euthanasie Suicide médicalement assisté (euthanasie par voie orale) est reconnue comme une euthanasie en Belgique !	33.8%
D37 En ce qui concerne la voie orale, quelle est l'affirmation incorrecte ?	D	Prendre la préparation avec une paille est préconisé.	68.4%
D39 Parmi ces propositions, quelles sont les 3 affirmations correctes ?  Question avec le moins bon taux de réussite.	D	L'inducteur de coma peut être injecté en bolus. Le patient peut être actif en injectant lui-même l'inducteur de coma ou en avalant un sirop. Il est indispensable de rincer entre l'administration de l'inducteur de coma et le curarisant car risque d'obstruction du butterfly.	→ N= 10 avec séquence Non-Non-Oui-Non-Non-Oui-Oui → Taux de bonnes réponses : 7.4%
D41 Parmi ces propositions, quelle est l'affirmation correcte ?	E	La méthode orale est équivalente à la méthode intra-veineuse pour autant que les contre-indications à la voie orale aient été exclues.	49.3%
D43 Quels sont les rôles possibles que peut exercer l'infirmier ou l'infirmière dans la procédure d'euthanasie, deux réponses correctes ? Question avec le meilleur taux de réussite. 	B	Poser la perfusion (ordonnance du médecin nécessaire lui donnant l'autorisation). Préparer les produits (ordonnance du médecin nécessaire lui donnant l'autorisation).	→ N= 122 avec séquence Oui-Oui-Non → Taux de bonnes réponses : 89.7%
D45 Un pharmacien peut-il refuser de délivrer le matériel et les produits	B	Oui, le pharmacien étant un acteur à part entière du processus d'euthanasie, il peut faire appel à sa liberté de conscience et après	57.4%

nécessaires à l'euthanasie, une seule réponse correcte ?		tout, l'euthanasie n'est pas considérée comme une urgence médicale.	
D47 Parmi les personnes suivantes, qui est "éligible" à l'euthanasie dite actuelle (4 bonnes réponses) ? Question inspirée de l'étude ⁽²⁵⁾	A	Une personne souffrant d'une pathologie au stade terminal dont les plaintes douloureuses ne peuvent être soulagées. Une personne tétraplégique suite à un accident de la route sous respirateur artificiel et sonde naso-gastrique pour l'alimentation avec une souffrance psychique devenue insupportable. Un patient alcoolique avec un cirrhose décompensée ABSTINENT. Une patiente de 102 ans atteinte d'une cécité irréversible entraînant une souffrance psychique intolérable.	→ N= 112 avec séquence Non-Oui-Oui-Non-Oui-Oui → Taux de bonnes réponses = 82.3%
D49 Concernant les éléments indispensables à écrire sur l'ordonnance pour la délivrance des "euthanasiques", quelle est l'affirmation fausse ?	C	Une alternative possible est une prescription mentionnant: "kit euthanasie" ce qui permet d'obtenir un kit préparé avec tous les éléments nécessaires avec la sûreté de ne pas omettre du matériel.	68.4%
D51 Après le décès, quelles sont les démarches à entreprendre (4 réponses correctes) ?	C	Compléter la déclaration de décès (certificat de décès modèle IIIC) en cochant (mort naturelle) et notifier l'affection qui a justifié l'euthanasie. Pour les polices d'assurance ou autres documents officiels qui exigent que la cause du décès du patient soit indiquée, la cause du décès est une mort naturelle. Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie remet le document d'enregistrement dûment rempli à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation des euthanasies (CFCEE) dans les quatre jours ouvrables par envoi recommandé avec accusé de réception. Ce document est constitué de 2 volets. A savoir que la commission peut nous contacter par mail pour obtenir de plus amples informations (nous devons également y répondre dans les 4 jours ouvrables). Collecter tout le matériel non utilisé et le remettre au pharmacien, lui demander un reçu comme preuve.	→ N=116 avec séquence Oui-Non-Oui-Oui-Oui → Taux de bonnes réponses : 85.3%

Tableau n°4 : Taux de réussite par question par ordre décroissant

Catégorie	Question	Score	Pourcentage
B	D43	122	89,71%
A	D24	120	88,24%
A	D2	119	87,50%
E	D13	118	86,76%
C	D51	116	85,29%
A	D47	112	82,35%
A	D4	109	80,15%
B	D18	101	74,26%
A	D6	95	69,85%
E	D12	93	68,38%
D	D37	93	68,38%
C	D49	93	68,38%
B	D10	85	62,50%
C	D26	82	60,29%
E	D14	78	57,35%
B	D45	78	57,35%
A	D20	74	54,41%
A	D22	67	49,26%
E	D41	67	49,26%
D	D34	62	45,59%
A	D28	57	41,91%
A	D8	52	38,24%
E	D36	46	33,82%
D	D30	42	30,88%
A	D16	40	29,41%
D	D32	33	24,26%
D	D39	10	7,35%



La question obtenant le taux de réussite **le plus bas** (7.4%) est celle abordant **la gestion et l'utilisation de l'inducteur de coma (volet D : Pharmacologie)**.

La question ayant obtenu **le meilleur taux** de réussite, soit de 89.7% est celle abordant **les rôles possibles du personnel infirmier dans la procédure d'euthanasie (volet B: Rôles des différents intervenants)**.

Tableau n°5 : Taux de réussite des questions en confrontant les assistants versus les médecins généralistes

Catégorie	Question	Score (n)	Pourcentage (%)	Score Med Généralistes	Score assistants
A	D2	119	87,50%	81.4%	94%
A	D4	109	80,15%	80%	80.3%
A	D6	95	69,85%	65.7%	74.2%
A	D8	52	38,24%	41.4%	34.8%
B	D10	85	62,50%	68.6%	56.1%
E	D12	93	68,38%	61.4%	75.8%
E	D13	118	86,76%	88.6%	84.8%
E	D14	78	57,35%	41.4%	74.2%
A	D16	40	29,41%	32.8%	25.8%
B	D18	101	74,26%	72.9%	75.8%
A	D20	74	54,41%	80%	27.3%
A	D22	67	49,26%	41.4%	57.6%
A	D24	120	88,24%	87.1%	89.4%
C	D26	82	60,29%	51.4%	69.7%
A	D28	57	41,91%	45.7%	37.9%
D	D30	42	30,88%	18.6%	44%
D	D32	33	24,26%	28.6%	19.7%
D	D34	62	45,59%	34.3%	57.6%
E	D36	46	33,82%	52.8%	13.6%
D	D37	93	68,38%	65.7%	71.2%
D	D39	10	7,35%	11.4%	3%
E	D41	67	49,26%	57.1%	41%
B	D43	122	89,71%	85.7%	94%
B	D45	78	57,35%	45.7%	69.7%
A	D47	112	82,35%	80%	84.9%
C	D49	93	68,38%	52.9%	84.8%
C	D51	116	85,29%	94.3%	84.8%

Les assistants présentent le meilleur taux de réponse pour plus de la moitié des questions (16/27 vs 11/27).

Tableau n°6 : Pourcentage des questions classées en catégorie

Catégorie	Score	Pourcentage	Question avec le meilleur taux de réussite
A D2	119	87,50%	
A D4	109	80,15%	
A D6	95	69,85%	
A D8	52	38,24%	
A D16	40	29,41%	
A D20	74	54,41%	
A D22	67	49,26%	
A D24	120	88,24%	
A D28	57	41,91%	
A D47	112	82,35%	
Taux de bonnes réponses :	62.13%		
B D10	85	62,50%	
B D18	101	74,26%	
B D43	122	89,71%	
B D45	78	57,35%	
Taux de bonnes réponses :	70.96%		
C D26	82	60,29%	
C D49	93	68,38%	
C D51	116	85,29%	
Taux de bonnes réponses :	71.32%		Catégorie avec le meilleur taux de bonnes réponses
D D30	42	30,88%	
D D32	33	24,26%	
D D34	62	45,59%	
D D37	93	68,38%	
D D39	10	7,35%	Question avec le moins bon taux de réussite
Taux de bonnes réponses :	35.29%		Catégorie avec le moins bon taux de bonnes réponses
E D12	93	68,38%	
E D13	118	86,76%	
E D14	78	57,35%	
E D36	46	33,82%	
E D41	67	49,26%	
Taux de bonnes réponses :	59.12%		

Tableau n° 7 : comparaison des niveaux de connaissances entre les assistants et les médecins généralistes.

Nombre de médecins	Moyenne des résultats
70 médecins généraliste	58.04%
66 assistants en médecine générale	59.88%

Tableau n°8 : Tableau comparant les valeurs mode, médiane, moyenne, étendue, écart-type et coefficient de variation

Type de calcul	Résultats échantillon complet	Résultats méd. Gén.	Résultats assistant(e)s
Mode	18	11	18
Médiane	16	15	16
Moyenne	15.91	15.67	16.17
Etendue	19	19	15
Ecart-type	3.81	4.24	3.3
Coefficient de variance	0.24	0.27	0.20

Les résultats des assistants se distribuent plus autour de la moyenne (écart-type plus faible).

Les scores les plus extrêmes sont présents quant à eux chez les médecins généralistes

Les deux sous-groupes de mon échantillon sont similaires : **58.04%** de réussite pour les médecins généralistes et **59.88%** de réussite pour les assistants.

➔ Score moyen 58, 93%

25 médecins généralistes sur 70 ont un score inférieur à la moyenne. Les valeurs extrêmes sont de 25.93% et 96.30%.

En ce qui concerne les assistants (n tot : 66), 14 d’entre eux ont un score inférieur à la moyenne. Les valeurs extrêmes sont de 25.93% et 81.4%.

On peut observer que les scores présentent une distribution gaussienne.

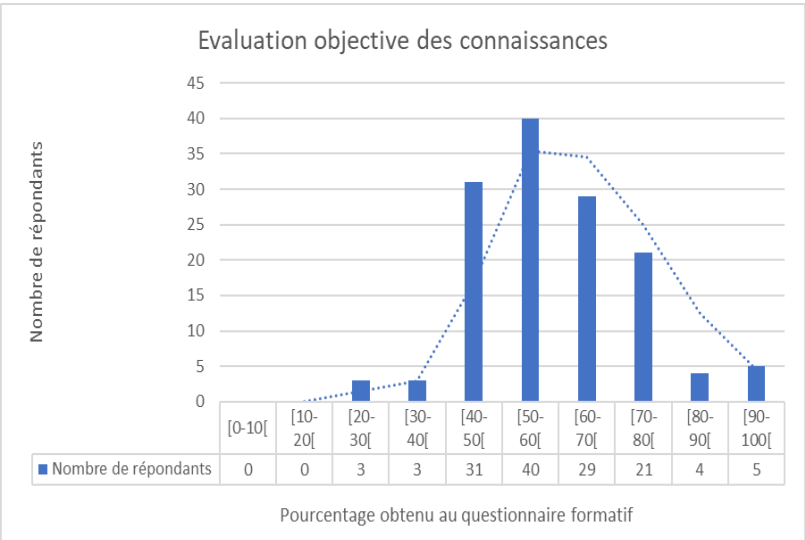
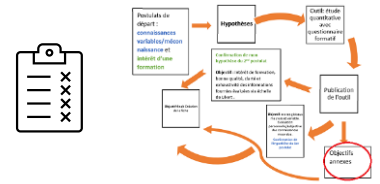


Figure n°7 : Graphique évaluation objective des connaissances : nombre de répondants par intervalle de score (source DATATAB)



- **Partie E :** voici les données récoltées concernant le processus (de la demande à l'acte en lui-même)-> respect de la procédure.

Tableau n° 9 : Résumé des réponses concernant le processus pour ceux ayant déjà pratiqué une euthanasie

Caractéristiques	Données récoltées	N- (Pourcentage)
Première question limitante pour l'accès aux 4 autres questions : condition de réponse par l'affirmative à la question suivante "Avez-vous participé ou pratiqué une euthanasie ? "	Oui Non	92 (67.6%) 44 (32.4%)
Sources d'informations concernant l'aspect pratique-légal-médical N=92 (plusieurs réponses possibles)	Guide de bonne pratique fourni par ADMD Formation suivie par un service de soins palliatifs/EOL Médecins type EOL Médecin coordinateur d'une maison de repos et de soins Service de consultation de fin de vie Autres	64 (69.5% des répondants) 23 (25% des répondants) 49 (53% des répondants) 25 (27% des répondants) 13 (14% des répondants) 17 (18,5% des répondants)
Evocation des volontés du patient (déclaration anticipée négative) N=92	Oui Non	90 (97.8%) 2 (2.2%)
Entretien avec la famille et le personnel soignant s'occupant du patient N=92	Oui Non	91 (99%) 1 (1%)
Explications des diverses alternatives thérapeutiques possibles au patient N=92	Oui Non	91 (99%) 1 (1%)

A noter qu'un seul répondant ne respecte pas les conditions de procédure.

- **Partie F :** Evaluation de l'impact de ce questionnaire formatif et piste d'amélioration des connaissances

1)

Première échelle de Likert qui a été présentée aux répondants avant de répondre au questionnaire et après avoir répondu au questionnaire.

Un biais a été observé à travers cette question. En effet, la question demandant de réévaluer leurs connaissances après avoir répondu au questionnaire a été comprise de deux manières différentes :

Certaines personnes ont compris qu'elles devaient réévaluer leur niveau de connaissances par rapport au niveau initial. Ce qui veut dire que si ces personnes ont eu de nombreuses erreurs

dans leur questionnaire ; c'est qu'elles avaient surévalué leur niveau de connaissances. Elles ont donc réévalué leurs connaissances comme étant moins bonnes qu'espérées.

Certaines personnes ont compris cette question comme étant l'évaluation de l'impact de ce questionnaire sur leur niveau de connaissances. Il s'agissait du but souhaité.

Je reconnais que cette question a été sujette à diverses interprétations liée à la formulation choisie. Il s'agit d'un biais de formulation. Les résultats qui en découlent doivent donc être analysés avec une certaine précaution.

1^{ère} échelle de Likert : Avant de répondre au reste du questionnaire, comment évaluez-vous votre niveau de connaissances au sujet des demandes d'euthanasie dite actuelle du patient majeur et ne souffrant pas d'une pathologie psychiatrique sur une échelle de 1 à 5 ?
et 2nd échelle de Likert : Après avoir répondu au questionnaire et lu les correctifs, comment réévaluez-vous votre niveau de connaissances sur une échelle de 1 à 5 ?

Légende :

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1 : Niveau médiocre | Catégorie A : Aspect légal |
| 2 : Niveau insuffisant | Catégorie C : Aspect administratif |
| 3 : Niveau intermédiaire-de base | Catégorie B : Pluridisciplinarité |
| 4 : Bon niveau de connaissances | Catégorie D : Aspect pharmaco-technique |
| 5 : Très bon niveau de connaissances | |

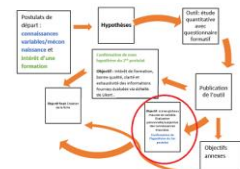
**Légende de l'évolution AVANT/
APRÈS :**

- en jaune : statu quo
- en rouge : diminution
- en vert : augmentation.

Tableau n°10 : Résumé des scores de l'échelle de Likert avant et après questionnaire formatif.

	1		2		3		4		5	
	Avant questionnaire	Après questionnaire	Avant questionnaire	Après questionnaire	Avant questionnaire	Après questionnaire	Avant questionnaire	Après questionnaire	Avant questionnaire	Après questionnaire
Cat A	3 (2.2%)	3 (2.2%)	43 (31.6%)	6 (4.4%)	32 (23.5%)	52 (38.2%)	41 (30.1%)	59 (43.4%)	17 (12.5%)	16 (11.8%)
Cat C	15 (11%)	5 (3.7%)	43 (31.7%)	7 (5.1%)	29 (21.3%)	58 (42.7%)	36 (26.5%)	49 (36%)	13 (9.6%)	17 (12.5%)
Cat B	13 (9.6%)	6 (4.4%)	43 (31.6%)	5 (3.7%)	28 (20.6%)	46 (33.9%)	38 (27.9%)	61 (44.9%)	14 (10.3%)	18 (13.2%)
Cat D	23 (16.9%)	5 (3.7%)	48 (35.9%)	11 (8.1%)	30 (22.05%)	71 (52.2%)	19 (13.4%)	40 (29.4%)	16 (11.8%)	9 (6.6%)

Tableau n°11 : Evolution des scores subjectifs par catégories avant et après questionnaire formatif



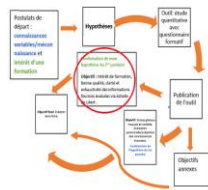
		Connaissances évaluées comme inférieures à la moyenne (Score 1-2)	Connaissances de base (Score 3)	Connaissances évaluées comme supérieures à la moyenne (Score 4-5)
Cat A	Avant questionnaire	34 % -27%	23.5 % +14.5%	42.5 % +12.5%
	Après questionnaire	7 %	38 %	55 %
Cat C	AVANT	43 % -34%	21 % +21.5%	36 % +12.5%
	APRES	9 %	42.5 %	48.5%
Cat B	AVANT	41 % -33%	21 % +13%	38 % +20%
	APRES	8 %	34 %	58 %
Cat D	AVANT	53 % -41%	22 % +30%	25 % +11%
	APRES	12 %	52 %	36%

Tableau n° 12 : Variation score avant/après : évolution positive, négative, statu quo.

		Variation score							N Tot : 136
		-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Explications
Cat. A		0	4	19	43	61	8	1	43 répondants n'objectivent pas d'amélioration de leurs connaissances à la suite du questionnaire formatif. 70 répondants quant à eux ont trouvé que leurs connaissances concernant l'aspect légal ont été améliorées. Cependant malgré tout, 23 personnes estiment que le questionnaire n'a pas été bénéfique quant à l'amélioration des connaissances.
Cat. C		0	2	23	32	56	21	2	32 répondants n'objectivent pas d'amélioration de leurs connaissances. 79 répondants quant à eux ont trouvé que leurs connaissances concernant l'aspect administratif ont été améliorées. Cependant malgré tout, 25 personnes estiment que le questionnaire n'a pas été bénéfique quant à l'amélioration des connaissances
Cat. B		0	1	19	38	55	20	3	38 répondants n'objectivent pas d'amélioration de leurs connaissances. 78 répondants quant à eux ont trouvé que leurs connaissances concernant le rôle des différents intervenants/ pluridisciplinarité ont été améliorées. Cependant malgré tout, 20 personnes estiment que le questionnaire n'a pas été bénéfique.
Cat.D		1	3	14	37	60	20	1	37 répondants n'objectivent pas d'amélioration de leurs connaissances. 81 répondants quant à eux ont trouvé que leurs connaissances concernant l'aspect légal ont été améliorées. Cependant malgré tout, 18 personnes estiment que le questionnaire n'a pas été bénéfique quant à l'amélioration des connaissances.

2)

Seconde échelle de Likert : évaluation de la qualité, clarté et utilité des informations fournies dans le questionnaire formatif



3)

Evaluation des divers moyens de formation et d'information souhaités par mon échantillon

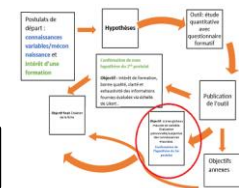


Tableau n° 13 : Résultats de la seconde échelle de Likert

	1	2	3	4	5
Le thème abordé par ce questionnaire vous semble-t-il utile et intéressant pour votre pratique médicale ?	0	0	10 (7.4%)	49 (36%)	77 (56.6%)
Les informations fournies dans ce questionnaire formatif sont-elles compréhensibles ?	0	1 (0.7%)	7 (5.2%)	67 (49.3%)	61 (44.8%)
En ce qui concerne les informations fournies à travers ce questionnaire, celles-ci vous semblent-elles suffisantes pour comprendre les démarches de la demande actuelle de l'euthanasie ?	0	3 (2.2%)	15 (11%)	62 (45.6%)	56 (41.2%)
Je vous rappelle que le but annexe de ce mémoire est la création d'une fiche outils synthétique à destination des médecins généralistes. Etes-vous réceptif(ve) à cette méthode d'information ?	0	0	5 (3.7%)	41 (30.1%)	90 (66.2%)

1: Pas du tout d'accord-satisfait/indifférent

4: D'accord-satisfait

2: Pas d'accord/satisfait

5: Tout à fait d'accord/satisfait

3: Moyennement d'accord/satisfait

Tableau n°14 : Tableau résumant les éléments pouvant améliorer les connaissances sur le processus

Quels éléments parmi ceux proposés ci-dessous permettraient selon vous d'améliorer les connaissances sur le processus de l'euthanasie ?	
Formation des assistant(e)s lors des cours obligatoires-séminaires.	110 (80.9%)
Formation des médecins généralistes lors de GLEM ou de séminaires (accréditation)	74 (54.4%)
Création d'un guideline officiel via KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) ou CSS (Conseil supérieur de la santé).	68 (50%)
Création d'un cours à option spécifique pour les assistant(e)s en médecine générale	55 (40.4%)
	89 (65.4%)
Création de vidéos "de tutorat".	
Création d'une fiche outils.	119 (87.5%)
Rubrique spéciale de type "aide à la consultation" sur la SSMG.	97 (71.3%)

3)2 Analyse statistique d'inférence

Vous trouverez en annexe N°11, les explications concernant le choix du test statistique de corrélation choisi. Etant limitée également en nombre de pages de rédaction, j'ai décidé de réaliser une analyse descriptive la plus complète possible et de mettre les résultats d'analyse statistique inférentielle en annexe.

Tableau n°15 : Tableau résumant les tests utilisés de corrélation

Comparateur	Test utilisé-Corrélation	Résultats
Scores totaux/Formation EOL	Corrélation point-bisériale	Corrélation positive mais non significative
Scores totaux/Formation en soins palliatifs	Corrélation point-bisériale	Corrélation positive mais non significative
Scores totaux/Formation en bioéthique médicale	Corrélation point-bisériale	Corrélation négative et non significative
Scores totaux/Médecin coordinateur	Corrélation point-bisériale	Corrélation positive mais non significative
Scores totaux/Fréquence d'interpellation	Corrélation de Spearman	Corrélation non significative mais positive
Scores totaux/Nombre d'euthanasies réalisées	Corrélation de Spearman	Corrélation significative et faiblement positive

NB : La variable années d'expérience n'a pas pu être étudiée car présence d'un biais de réponse.

4) Discussion

4)1 Analyse critique des résultats et confrontation à la littérature

Ce travail a permis de soulever plusieurs informations principales, notamment :

a) Classement de réussite : Catégories et questions

Nous pouvons observer que la question ayant **le moins bon taux de réussite** est celle abordant la **gestion de l'inducteur de coma**. Cette question faisant partie de la **catégorie D (pharmaco-technique)** est celle ayant également **le taux de réussite le moins élevé**. Ceci s'explique en partie de par le fait que dans mon échantillon, certains répondants n'ont jamais pratiqué d'euthanasie et n'ont donc jamais été confrontés à l'exécution technique de l'acte. De plus, l'absence en Belgique de lignes directrices uniformes, telles que celles qui existent aux Pays-Bas, quant à la manière de pratiquer l'euthanasie et les produits à utiliser, rend les connaissances encore plus hétérogènes. Aucun canevas n'existe afin d'uniformiser les démarches.

La question ayant **le taux de réussite le plus élevé** est celle **clarifiant le rôle du personnel infirmier**. Il n'en est pas moins que sur le terrain, *“la principale difficulté rencontrée dans les entretiens n'a pas été le choix d'accepter la demande, ou de poser l'acte mais la collaboration*

interdisciplinaire, avec les infirmières, qui s'est présentée dans cinq des cas".⁽²²⁾ En effet, entre la théorie et la pratique, de nombreux éléments viennent s'immiscer dans les rouages. Il est primordial de rappeler que chaque demande est singulière et unique. La gestion d'une demande d'euthanasie fait intervenir de multiples intervenants qui ont tous un vécu et des connaissances variables. Le garant du bon déroulement de la démarche reste les connaissances théoriques permettant de laisser la primauté aux interactions humaines.

La **catégorie C** (aspect administratif) est la catégorie ayant été **la mieux réussie** par mon échantillon.

L'**aspect légal** obtient le taux de réussite de 62.13%. En effet, il s'agit d'un des aspects de la démarche d'euthanasie qui s'avère être complexe, de par la position que doit adopter le médecin traitant : le droit s'insinue dans la médecine. Ainsi, au médecin de juger si le patient entre dans les conditions légales. Deux situations peuvent se présenter : le *"trop"* ou le *"trop peu"* ! La décision qui doit être prise dépend énormément du contexte et du relationnel avec le patient. Les médecins sont constamment tiraillés quant à leurs décisions. L'avis d'un second médecin peut approuver leur choix que le patient entre bien dans les critères légaux et qu'ils n'ont pas commis ce que j'appelle le *"trop"* ; à savoir, accepter qu'un patient réponde aux critères, alors que cela n'est pas le cas. De nombreuses difficultés supplémentaires quant à l'aspect légal ont été décrites dans le TFE du Dr Silon Aurélie, *"si les médecins sont convaincus du bien-fondé de la demande, ils vont cheminer, ils vont vouloir aider au mieux leur patient. Les médecins généralistes tiennent compte des critères légaux mais ne sont pas toujours corrects dans ce qu'ils pensent être les critères juridiques."*⁽²³⁾. Une étude hollandaise, insiste quant à elle sur le versant inverse. Il est important de former les médecins afin de ne pas priver les patients du droit de demander l'euthanasie (le *"trop peu"*) ; *"Il est nécessaire que les médecins généralistes soient formés à l'interprétation correcte des critères juridiques afin d'éviter de refuser une demande d'euthanasie pour des motifs erronés sur le plan légal"*⁽²⁴⁾.

Qu'en est-il des cas douteux et plus complexe ? A travers la **question D12**, j'ai décidé d'aborder la perte de la capacité d'exprimer sa volonté par un état de démence. A savoir que 68% des répondants sont conscients que les démarches ne peuvent plus être poursuivies par la perte de cette capacité d'expression de volonté qui, je le répète, est un critère primordial pour être éligible à une euthanasie.

La question D36 est une question dont j'ai trouvé l'inspiration dans une étude mixte rétrospective et prospective de 2006 évaluant les processus décisionnels de soins de fin de vie.⁽²⁵⁾ Cette question a obtenu un score de 18.8% de réussite ; alors que dans mon échantillon, ce taux de réussite est de 33,8%. Le suicide médicalement assisté (euthanasie par l'absorption ou l'administration par le patient de "l'euthanasique") est une notion qui est de plus en plus évoquée dans les médias et ce notamment par les lois votées sur "le droit de mourir dans la dignité" dans les pays voisins, ce qui peut expliquer que le taux de réussite a presque doublé. Une autre explication plausible est celle que mon échantillon est plus faible que celui de l'étude⁽²⁵⁾ et donc moins représentatif.

La question D47, s'est également inspirée d'un cas clinique évoqué dans l'étude de 2006. Dans cette étude *"42 % des répondants estiment que la proposition « A sa demande, une personne tétraplégique des suites d'un accident et ayant besoin d'un respirateur en permanence peut bénéficier d'une euthanasie » est fausse"*⁽²⁵⁾. Alors que dans mon échantillon, **uniquement 4 répondants sur 136** estiment que cette personne ne peut bénéficier de l'euthanasie.

Les résultats des questions abordant la sédation palliative (**D13 et D14**) sont intéressants. En effet, la nuance entre sédation palliative et l'euthanasie à travers un cas clinique est bien comprise pour plus de 85% des répondants. Par contre, la notion que l'infirmier(ère) ne peut faire appel à sa liberté de conscience dans la sédation palliative n'a pas été relevée par 42.6% des répondants. **La nuance entre sédation palliative et euthanasie reste un élément à clarifier pour le personnel soignant.** En effet dans une étude rétrospective de 2010, il est expliqué que *"les médecins généralistes ne sont pas toujours conscients qu'ils s'engagent dans un acte qui est légalement considéré comme de l'euthanasie (>< sédation terminale)"*⁽²⁶⁾.

b) Taux de réussite médecins généralistes VS assistant(e)s : Evaluation objective

Un élément qui peut paraître surprenant est le fait que **le taux de réussite des assistants (59.88%) est supérieur à celui des médecins généraliste répondants (58.04%)**. De plus, les assistants répondants ont le meilleur taux de réussite pour 16 des 27 questions.

Cependant, les valeurs extrêmes de connaissances sont présentes parmi le groupe "médecins généralistes". Les meilleurs scores sont présents dans ce groupe, en effet 5 répondants ont plus de 90%, 3 d'entre eux ayant réalisé la formation EOL.

Cette observation peut s'expliquer par le fait que la jeune génération est peut-être beaucoup plus sensibilisée à l'acte d'euthanasie par les médias et ce depuis leur jeune âge mais aussi certainement par le cursus universitaire récent. A noter que certains des médecins répondants exerçaient déjà lorsque la loi a été votée, cette sensibilisation n'ayant pas été ancrée depuis le début de leurs carrières. Ces médecins ont dû dès lors dédier du temps à comprendre les rudiments de cette loi. En tant que jeune médecin ou assistant, la soif d'apprendre qui caractérise souvent les débuts d'exercice de la profession peut être apaisée par un cadre de travail plus adapté ; pratique moins intense/chronophage et opportunité de laisser du temps à la formation. A noter que le biais d'échantillonnage a peut-être également été plus important pour cette portion de mon échantillon ; ce qui expliquerait que le taux de réussite est plus élevé. En effet, il est possible que les assistants ayant répondu au questionnaire étaient initialement intéressés par la problématique et donc plus favorables à en connaître davantage sur le sujet.

c) Exigence procédurale

Je suis rassurée de voir que les conditions de procédure sont bien acquises par les répondants de mon échantillon : en effet, un seul des répondants n'aborde pas les volontés du patient, ni le souhait de l'euthanasie du patient avec la famille/personnel soignant et les alternatives de soins avec le patient non plus. A savoir que tous ces points sont vérifiés dans la demande d'enregistrement d'une euthanasie envoyée à la CFCEE (points 8)3 à 8)8)). Si ces points ne sont pas remplis, la CFCEE pourrait contacter le médecin ayant pratiqué l'euthanasie afin d'obtenir de plus amples informations concernant le non-respect de l'exigence procédurale.

D'autres erreurs ont pu également être mises en évidence dans l'étude de 2010 évaluant le respect des conditions légales et procédurales, "les exigences procédurales, comme la consultation d'un second médecin ou le signalement de l'euthanasie ont été ignorées dans certains cas".⁽²⁶⁾ Toutefois, "*dans tous les cas, le médecin généraliste a informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie. Parfois, le médecin généraliste indiquait que des traitements de prolongation de la vie (n = 3) ou palliatifs (n = 4) étaient encore possibles, mais qu'ils n'étaient pas appliqués suite au refus du patient*".⁽²⁶⁾

d) Evaluation subjective : comment les répondants se positionnent par rapport à leurs connaissances ?

Voici par ordre croissant, la manière dont se positionnent les répondants par aspects de la démarche d'euthanasie

Aspect pharmacologique/technique-D- (*moyenne de 2.68 sur 5*) < aspect administratif-C- (*moyenne : 2.92*) < aspect pluridisciplinarité -B- (*moyenne : 2.98*) < aspect légal-A- (*moyenne : 3.19*).

Les répondants évaluent leurs connaissances comme étant **entre le niveau insuffisant et le niveau de base pour la catégorie B, C et D**. En ce qui concerne les catégories B et C, une **discordance** s'observe entre l'évaluation objective et subjective. En effet, l'évaluation subjective est plus critique que ce qu'il ressort des connaissances théoriques évaluées de manière objective. On observe tout de même un taux de réussite de plus de 70% pour les deux catégories confondues. Les répondants **dévaluent** donc leurs niveaux de connaissances pour ces deux catégories. Pour l'aspect pharmaco-technique, les répondants **surévaluent** leurs niveaux de connaissances, une discordance s'observe entre le score moyen obtenu de 35.29% et l'évaluation subjective de connaissances situé entre les niveaux insuffisant et de base. Un score moyen de 35.29% se rapproche selon moi, nettement plus, d'un niveau insuffisant (aucune possibilité d'être autonome dans la procédure).

Les répondants évaluent cependant leurs connaissances comme étant entre **le niveau intermédiaire et le bon niveau de connaissances pour l'aspect légal**. Au niveau de l'évaluation objective de cet aspect, le score obtenu est de 62.13%. Une **concordance** entre les connaissances objectives et les connaissances subjectives s'observent dans mon échantillon pour l'aspect légal. En effet, ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de l'aspect de la procédure d'euthanasie le plus exposé, que ce soit à l'université ou dans les médias grand public et donc, par conséquent, celui que l'on présuppose être le mieux connu.

A titre de comparaison, dans un TFE réalisé il y a 6 ans sur le sujet sur des médecins d'âges variés, ceux-ci considéraient déjà à l'époque que **leurs connaissances globales étaient suffisantes (plus de 60% des interrogés)**.⁽²⁷⁾

e) Quel a été l'impact formatif de mon questionnaire ?

Plus de 92% sont satisfaits de l'**utilité** du sujet pour leur pratique médicale. Plus de 94% sont satisfaits de la **clarté** des informations fournies. Plus de 86% des répondants estiment que les informations sont **suffisamment exhaustives** pour comprendre les démarches de l'euthanasie actuelle. Plus de 96% des répondants sont **réceptifs** à la création d'une fiche outils. Ces résultats me confortent dans la qualité de la fiche réalisée. Le fond étant, selon mon échantillon, de qualité. La forme de ma fiche n'a pas pu faire l'objet d'une évaluation approfondie et ce par manque de temps.

Toutes les catégories confondues ont observé une augmentation de l'évaluation subjective de connaissances. Je peux en déduire que mon questionnaire **a eu l'impact formatif escompté**. La catégorie abordant l'aspect pharmaco-technique est celle ayant observé la plus grande augmentation (41%), probablement par le fait que c'est cet aspect le moins exposé de la démarche et que pour certains cet aspect a été abordé pour la première fois. L'augmentation la moins significative est observée pour la partie abordant l'aspect légal, car il s'agit de la partie ayant une évaluation subjective pré-test la plus élevée. Comme expliqué précédemment, il s'agit de l'aspect le plus débattu et expliqué au grand public.

f) Facteurs influençant les connaissances de mon échantillon

La formation EOL, en soins palliatifs et de médecin coordinateur présentent **une corrélation positive** avec le score objectif obtenu au questionnaire formatif, c'est-à-dire que les scores totaux sont plus élevés (et donc par extension les connaissances théoriques) chez les répondants ayant ces qualifications. Il a notamment été abordé dans une étude que *"l'expérience en soins palliatif augmente la qualité de l'exploration des souhaits de fin de vie et des demandes d'euthanasie".*⁽²⁸⁾ Une amélioration de la qualité des soins et une réduction de l'impact émotionnel a été observé. Il est d'ailleurs, recommandé dans cette même étude, qu'une équipe palliative multidisciplinaire soit impliquée dans une demande d'euthanasie. *"Une équipe multidisciplinaire peut soutenir la prise de décision et l'exploration d'une demande".*⁽²⁸⁾

La formation en bioéthique des soins de santé présente, quant à elle, **une corrélation négative** dans mon échantillon. Cette corrélation négative signifie que le score obtenu au questionnaire formatif diminue chez ceux ayant cette qualification. Il s'agit probablement d'un biais

statistique. En effet, n'ayant pas suffisamment de cas ayant réalisé cette formation dans mon échantillon, cette corrélation ne peut être étendue à la population étudiée.

La fréquence d'interpellation présente également **une corrélation positive** mais non extrapolable à la population de départ car non significative.

On observe que chez les répondants ayant réalisé/participé à un nombre important d'euthanasies, les scores objectifs sont plus élevés. Cette corrélation étant significative, on peut l'extrapoler à la population générale. **L'expérience a un impact significatif sur les connaissances théoriques.**

4)2 Atteinte des objectifs de travail

Tableau n°16 : Synthèse des différents objectifs du TFE

Objectifs	Respect de l'objectif ?
L'évaluation subjective des participants par rapport à leurs niveaux de connaissances	OUI ->Aspect pharmaco-technique < aspect administratif < aspect pluridisciplinarité < aspect légal
L'évaluation objective des connaissances théoriques et pratiques	OUI ->58.04% pour les médecins généralistes répondants ->59.88% pour les assistant(e)s répondants Aspect pharmaco-technique (35.29 %) < aspect légal (62.13%) <aspect pluridisciplinarité (70.96%) < aspect administratif (71.32%)
L'évaluation de l'impact de cette méthode formative (via une échelle de Likert)	Oui ->Aspect pluridisciplinarité > Aspect pharmaco-technique > Aspect administratif > Aspect légal
Création de la fiche outils	OUI (Cfr Annexe n°12)
Mettre en évidence les éléments de la démarche d'euthanasie étant moins bien connus	OUI -> Aspect pharmacologique
Evaluer les diverses sources d'informations sur la loi concernant l'euthanasie	OUI -> Principalement l'université
Déterminer la réceptivité de cet échantillon au sujet de la création d'une fiche	OUI -> Echantillon réceptif à la création de la fiche
Evaluation des divers moyens de formation et d'informations souhaités	OUI ->Création d'une fiche outils, Formation des assistant(e)s lors des cours obligatoires-séminaires et Rubrique spéciale de type "aide à la consultation" sur la SSMG.
Facteurs/variables influençant les connaissances de mon échantillon	OUI -> Corrélation significative et faiblement positive pour le nombre d'euthanasies pratiquées

4) Implication des résultats

Les résultats de mon TFE permettront peut-être d'interpeller le cadre académique sur l'importance de former et de sensibiliser à la pratique de l'euthanasie **les étudiants en médecine durant leurs masters** (dans le cours de soins palliatifs par exemple). Afin de remédier au manque de compétences et de ressources, **une formation plus exhaustive** pourrait être reprise dans les heures de cours théoriques données durant le **master de spécialisation en médecine générale (journée de retour de 2^{ème} année)** en abordant notamment les aspects de la procédure étant les moins bien assimilés : l'aspect pharmaco-technique. A noter que **80.9%** des répondants à mon questionnaire y sont favorables. La CFCEE dans son neuvième rapport insiste également sur l'importance de la formation: “ l'ensemble des prestataires de soins **doivent être informés de façon suffisante. Cela n'est pas encore le cas**, malgré diverses initiatives non gouvernementales. C'est pourquoi, il importe que les autorités prennent des initiatives ou qu'elles subventionnent les initiatives de tiers. **Les facultés et les hautes écoles en charge de la formation de tous les professionnels de la santé devraient obligatoirement inscrire dans leur cursus une formation concernant les soins en fin de vie** ”.⁽¹⁾

Un mémoire réalisé par un étudiant de la KUL, Dr Moons Leentje, abordant la mise en œuvre médico-technique de l'euthanasie en médecine générale via une étude mixte met en évidence que près “*de 3/4 des répondants estiment qu'il est nécessaire d'être formé à la pratique de l'euthanasie*”.⁽²⁹⁾ Certaines perspectives sont ainsi évoquées par les répondants: création d'un plan détaillé de la pratique (étape par étape), publication de lignes directrices officielles, formation dans le cursus universitaire, formation via les cercles de médecine générale, formation pratique (remplir les documents administratifs, critères d'éligibilité...).

Je le répète, pour ceux souhaitant se former de manière ex cathedra, il existe la formation EOL ou la **future cellule euthanasie de la SSMG**. Cette cellule proposera également des manières de se former ; la méthode formative restant encore à déterminer. L'utilisation d'un questionnaire formatif avec feedback semble avoir montré quelques bénéfices. En effet, plus de 85% des répondants jugent les informations fournies comme utiles, compréhensibles et exhaustives.

A l'heure actuelle, il est également important de rappeler, **qu'il n'existe pratiquement pas en Belgique de littérature officielle** pour servir de support pour l'enseignement de l'aide médicale à mourir. Cependant, la création d'un guideline officiel serait un outil utile de formation

uniquement pour la moitié de mon échantillon. Cet intérêt modéré pour ce mode d'information peut être en lien avec le fait que les guidelines sont souvent assez lourds en termes de quantité d'informations fournies et de ce fait amènent difficilement aux éléments essentiels et primordiaux.

Enfin, **un apprentissage basé sur la pratique et l'expérience clinique semble nécessaire.**⁽³⁰⁾ Le comité de Bioéthique mentionne ce fait également dans un de ses rapports : «**Durant leurs études, les médecins doivent acquérir les compétences de communication et de réflexion nécessaires en vue de gérer avec assurance des demandes d'euthanasie** ».⁽³¹⁾ Un moyen d'y remédier pourrait être la création de **vidéos de tutorat (mise en place d'un cathéter, préparation des produits, rédaction de l'ordonnance pour les produits,...)**. Ceci semble être une manière de formation attractive. En effet, 6 répondants sur 10 y sont favorables.

4)4 Apport des connaissances (fiche en annexe n°12)

Ma fiche a été rédigée en parallèle de la récolte de mes données. Dès la récolte de mes données finalisée, j'ai apporté diverses modifications à ma fiche (clarifications, ajout d'informations, application des suggestions des participants (suggestions libres en commentaires à la dernière question du questionnaire)).

La publication de ma fiche (à laquelle 87.5% des répondants sont favorables, probablement parce qu'il s'agit d'une fiche synthétique et imprimable) dans la cellule euthanasie de la SSMG (71.3% des répondants étant favorables à la création de cette cellule spécifique) aura, je l'espère, un impact bénéfique pour la pratique des médecins généralistes. Je tiens à le répéter : ma fiche se veut être un outil d'aide mais ne remplace en aucun cas l'expérience clinique.

Quelles ont été les adaptations apportées à ma fiche ? :

- Les questions ayant été moins bien répondues ont été plus détaillées que dans le questionnaire. Notamment en ce qui concerne la partie technique et pharmacologique. Un répondant m'a indiqué l'importance de détailler les procédures médicamenteuses.
- A noter qu'entre la rédaction du questionnaire et la publication de la fiche, le thiopental n'est plus commercialisé en Belgique (cfr CBIP : <https://www.cbip.be/fr/chapters/19?matches=thiopental&frag=16105>)

- Un autre répondant a proposé l'idée de la création d'une ligne du temps/ checklist de la procédure qui m'a semblée très intéressante-> en annexe N°12 (dernière page de ma fiche)
- Il m'a été suggéré de réaliser une ordonnance "type" ainsi qu'une schématisation de la phase technique (cfr fiche en annexe N°12).
- A noter que ce symbole :  indique la référence à la question de mon questionnaire.

4)5 Forces et faiblesses du travail

Dans les forces de mon travail, je peux évoquer l'intérêt qu'il a suscité, par le sujet traité mais également par le type de questionnaire. J'ai reçu des mails de répondants qui se sont intéressés au sujet afin d'obtenir des informations complémentaires ou tout simplement pour m'encourager dans mes démarches. Nombreux sont ceux qui m'ont demandé de leur transmettre les résultats de cette étude. J'ai même également deux médecins qui ont proposé mon questionnaire lors de séances d'intervision. A travers ce travail, j'ai aussi été confrontée à de nombreuses demandes de collègues assistants et assistantes pour des conseils.

Une des forces de mon travail est représentée par les divers moyens que j'ai mis en place pour susciter l'intérêt des répondants : création d'un questionnaire formatif avec feedback immédiat et obtention de la fiche outils pour remercier les répondants. Le score final obtenu est également un élément positif.

La question de l'euthanasie a déjà été traitée par de nombreux assistants dans le cadre de leur TFE mais de manière qualitative afin de recueillir la position du médecin sur divers aspects de cette pratique. C'est pour cette raison que j'ai essayé de pousser l'originalité en prenant la voie de l'étude quantitative.

Ce travail comporte évidemment également des faiblesses. Malgré toute les précautions prises, ce travail est sujet à de nombreux biais (cfr tableau explicatif détaillé en annexe N° 13).

Mon questionnaire est effectivement assez long, mais il est difficile d'aborder un sujet si complexe en le synthétisant. J'aurais probablement eu plus de répondants en rendant ce questionnaire moins chronophage. Mais afin de limiter l'impact de cette contrainte, j'ai laissé l'opportunité aux participants d'enregistrer leurs réponses et de reprendre plus tard le questionnaire.

Le nombre de répondants n'a pas atteint le seuil nécessaire pour être représentatif de la population. Le taux de réponses n'est pas très élevé (1.6%). Cela est probablement lié, en partie, à la durée de diffusion du questionnaire qui n'a été que de 2 mois, ainsi qu'à la durée pour répondre au questionnaire. Si le nombre de répondants avait été plus élevé, nous aurions pu établir plus de liens statistiques significatifs entre les différentes variables étudiées.

De plus, la moitié de mon échantillon est constitué d'assistants, ce qui n'est pas le cas dans la population étudiée et ce, malgré toutes mes tentatives pour rendre mon échantillon le plus représentatif possible. De plus, il est possible que les médecins ayant répondu au questionnaire étaient intéressés par la problématique et donc plus favorables à en connaître davantage sur le sujet. Dès lors, les analyses statistiques sont à prendre avec critique au vu de ce biais de représentativité. En effet, après un entretien auprès du SMCS (support en méthodologie et calculs statistiques) en date du 28/02/2023, il était préférable de réaliser une bonne analyse descriptive comparant les médecins généralistes et les assistants. Au vu du biais cité ci-dessus, il est préférable de prendre les résultats d'une analyse statistique inférentielle avec critique. Etant seule à analyser les résultats, il y a peut-être une part de subjectivité. Ces résultats analysés par un pair n'auraient sans doute pas donné la même discussion.

Etant donné qu'il s'agit de mon premier TFE, le manque d'expérience a été une difficulté supplémentaire rencontrée. De nombreuses remises en question du sujet et de ma méthodologie m'ont fait douter de la qualité de travail en cours. C'est notamment pour la partie concernant l'étude quantitative que le manque d'expérience s'est fait le plus sentir. La création du questionnaire, étape cruciale, a été plus compliquée que prévue. En effet, j'ai dû me former à un sujet sur lequel je n'avais que quelques brides de connaissances. J'ai dû chercher par moi-même les sources d'informations fiables, les lire, regrouper les informations similaires et en ressortir les idées principales et utiles en médecine générale. Le questionnaire réalisé ne s'est donc pas basé sur un questionnaire préalablement validé via une étude. Avant d'établir le questionnaire, la lecture de la littérature sur l'euthanasie en Belgique m'a évidemment aidée à le réaliser mais m'a probablement conduite à formuler les questions en fonction des réponses trouvées dans cette même littérature.

4)6 Perspectives pour le futur

Parmi les perspectives dans l'avenir, je pense notamment à la possibilité de tester la forme de ma fiche sur une plus large échelle, afin de lui apporter des améliorations en fonction des remarques des utilisateurs. Suivre une cohorte de médecins généralistes sur plusieurs mois et recueillir les avantages et les inconvénients qu'ils rencontrent lorsqu'ils utilisent ma fiche outils lors de demande d'euthanasie, pourrait également être envisagé. Il serait également utile de confronter ma fiche à la pratique, notamment en demandant un retour sur la qualité de celle-ci via une étude d'assurance qualité. Un autre élément qui serait intéressant à étudier serait de confronter les connaissances des médecins généralistes à l'échelle de la Belgique en y incluant toutes les communautés linguistiques. Enfin, l'évaluation des facteurs influençant les connaissances des médecins généralistes sur l'euthanasie actuelle des patients pourrait être, selon moi, un potentiel futur sujet de TFE. Une diffusion à plus grande échelle de ma fiche est en discussion. Ma fiche fera probablement partie de la partie documentation de la cellule euthanasie de la SSMG.

5) Conclusion

Ce TFE a débuté en soulevant le manque de connaissances de médecins généralistes et des assistants au sujet de l'euthanasie actuelle d'un patient majeur. Cette notion relève de mon expérience personnelle, de l'interaction avec mes confrères et bien sûr de la référence dans la littérature. Mon TFE vient d'une part, renforcer ce qui est déjà connu et a permis d'autre part, de soulever plusieurs informations principales. Ainsi, l'aspect pharmaco-technique est celui faisant le plus défaut en termes de connaissances théoriques et l'aspect administratif quant à lui, est celui étant le plus connu de mon échantillon. Un élément à rappeler est que les assistants ont obtenu un meilleur score global à ce questionnaire formatif. L'ensemble de mon échantillon a tendance à respecter les exigences procédurales. La formation en soins palliatifs/EOL/médecin coordinateur et la fréquence d'interpellation ont un impact positif sur les connaissances. Le facteur ayant le plus d'impact bénéfique reste le nombre d'euthanasies pratiquées. On peut en conclure que l'expérience a une influence significative sur les connaissances théoriques. Mon questionnaire formatif a eu l'impact escompté et enfin l'échantillon est réceptif à la création d'une fiche outils.

Ce TFE est également l'aboutissement d'une année et demie de travail, de recherches et d'investissement personnel. Ce mémoire m'a permis d'ouvrir une des portes des soins de fin de vie possibles en Belgique. A travers ce TFE, j'ai pu défier mes capacités de réflexion et de questionnement. Le sujet de l'euthanasie étant si vaste selon moi, qu'il pourrait même faire l'objet de plusieurs autres TFE. Pourquoi ne pas mettre ma fiche à l'épreuve ? Que ressortirait-il de son utilisation en situation réelle ? Quels seraient les avis des médecins généralistes/assistants après une utilisation à plus grande échelle ? Quels seraient les facteurs socio-démographiques ou autres pouvant influencer les connaissances des médecins généralistes (analyse statistique) ?

Il reste néanmoins encore un souci majeur en Belgique. En effet, même si l'euthanasie reste un geste exceptionnel à l'échelle d'un seul médecin, il s'agit souvent des mêmes médecins qui se retrouvent à gérer les demandes d'euthanasies d'une même région géographique. Sans relèver des jeunes générations de médecins et vu le vieillissement croissant de la population, on peut présumer qu'il n'y aura bientôt plus assez de médecins prêts à accepter cette responsabilité.

De ce souci majeur résulte le fait que le premier maillon de la chaîne se verra directement pénalisé : je parle évidemment du patient. Il est primordial, selon moi, de poursuivre la sensibilisation des jeunes générations de praticiens mais également de ceux qui acceptent de les former (université, cours pratique, stage d'observation, formation continue, ...) et de promouvoir ces diverses formations. Ces moyens pour former le personnel soignant devront à mon sens se focaliser sur l'aspect pharmacologique-technique qui est, comme on peut le voir dans mon échantillon, l'aspect le moins bien connu de la procédure d'euthanasie. Comme nous pouvons le voir également dans mon échantillon ; le niveau de connaissances de chaque répondant est assez varié. Afin d'éviter que ce clivage de connaissances ne s'accroisse, l'initiative de la SSMG via la cellule euthanasie est plus que bénéfique.

En guise de conclusion finale, j'ai tenu à ce que ce TFE ne soit pas qu'une étape de plus dans l'obtention de mon diplôme. J'ai voulu réaliser un travail utile pour moi-même, mais également pour mes confrères. Désormais, je me sens prête à épauler mes collègues dans les divers questionnements découlant d'une demande d'euthanasie et motivée à accroître encore plus mes connaissances dans la gestion de fin de vie.

Sources

- 1) Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. **Neuvième rapport aux Chambres législatives (années 2018-2019)**. Oct 2020. 61 p., disponible sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf-page -Pages consultées 47 et 51
- 2) SPF, Santé publique [Web page]., **Document : Euthanasie Chiffres de l'année 2022** ; 17 février 2023 Available from : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2022> [cited 2023 Apr 8].
- 3) De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. **Richtlijn Uitvoering Euthanasie**. [Web page]. 2018 Oct. Available from: www.pallialine.be [cited 2022 Oct 8].
- 4) ADMD-Forum EOL. **L'euthanasie en pratique** [Web page]. 2019. Available from: https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Entretiens_Semaine/2019/Damas_brochure.pdf?t=1553244822 [cited 2022 Sep 6].
- 5) KNMG, **RICHTLIJN UITVOERING EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING**, [Web page]. 2021, Available from : www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.html [cited 2022 Oct 20].
- 6) Rédaction. Le soir [Web page]. **La loi sur l'euthanasie est «inconstitutionnelle», selon la Cour constitutionnelle** ; 20 oct 2022. Available from : <https://www.lesoir.be/472387/article/2022-10-20/la-loi-sur-leuthanasie-est-inconstitutionnelle-selon-la-cour-constitutionnelle> [cited 2023 Jan 4]
- 7) Medi-Sphère, [Web page], **Euthanasie: 94% des généralistes réclament une formation**, 21 mars 2019, Available from : <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/euthanasie-a-94-les-mg-aspirent-a-de-la-formation.html> [cited 2023 Jan 4].
- 8) ADMD-Association du droit de Mourir dans la Dignité [Web page]. **Historique** . Available from : <https://www.admd.be/information/legislation-belge/>. [cited 2022 Jun 8]
- 9) Comité éthique- Centre Hospitalier Jan Yperman. 90.004F. **Décisions médicales à la fin de la vie point de vue** [Web page]. Ypres ; 2018 8 p. Available from : <https://yperman.net/volumes/files/Brochures/90.004F%20-%20Décisions%20médicales%20à%20de%20la%20vie.pdf> [cited 2023 Jan 5].
- 10) Damas F., **La place de l'euthanasie dans les décisions médicales en fin de vie**, Présentation Forum EOL , 12/11/22
- 11) Légifrance :le service public de la diffusion du droit [Web page], **LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie**, Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253> [cited 2022 Jun 8].
- 12) OpenJustice [Web page], **Loi modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs**, Available from : <https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-21-juillet->

- [2016_n2016024163.html#:~:text=Les%20soins%20palliatifs%20tendent%20%C3%A0,y%20compris%20la%20phase%20terminale. \[cited 2022 Jun 8\].](#)
- 13) Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie -EUTHANASIE – **Chiffres des années 2020-2021 - 10e rapport aux Chambres législatives**. 8 déc 2022. 6 p.
Available from :
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_rapport-2020-2021_communiquepresse-total.pdf
 - 14) Cohen J, Van Wesemael Y, Smets T, Bilsen J, Deliens L. **Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: one law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia**. Soc Sci Med. 2012 Sep;75(5):845-53. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.021. Epub 2012 May 17. PMID: 22682367, Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22682367/>
 - 15) Institut Européen de Bioéthique [Web page]. **Italie : où en sont les initiatives visant à légaliser le suicide assisté ?** ; 3 mars 2022. Available from : <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/italie-ou-en-sont-les-initiatives-visant-a-legaliser-le-suicide-assiste-2091.html> [cited 2023 Jan 5].
 - 16) ADMD-Association du droit de Mourir dans la Dignité [Web page]. **International** ; Available from : <https://www.admd.be/information/international/> [cited 2022 Jun 8].
 - 17) Le Figaro [Web page]. **Portugal : la loi autorisant l'euthanasie de nouveau soumise à la Cour constitutionnelle** ; 4 jan 2023. Available from : <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/portugal-la-loi-autorisant-l-euthanasie-de-nouveau-soumise-a-la-cour-constitutionnelle-20230104> [cited 2023 Jan 8]
 - 18) Health Belgium [Web page]. **Euthanasie** ; 22 oct 2018]. Available from : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie> [cited 2022 Oct 22]
 - 19) Felgueroso-Bueno F, Lafontaine J-B, Vanmeerbeek M, **Guide de rédaction du TFE en médecine générale (3ème édition)** [Web page] 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/2268/227341> (cited 2023 Feb 15).
 - 20) Absym, Association belge des syndicats médicaux ADMD [Web page]., **Quand une répartition correcte du nombre de médecins en Belgique ?**, Available from : <https://www.absym-bvas.be/fr/actualite/communiqu-de-presse-quand-une-repartition-correcte-du-nombre-de-medecins-en-belgique> [cited 2023 Oct 10].
 - 21) Application Survey monkey, [En ligne]., <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/> [cited 2023 Jan 3].
 - 22) Sotteau J. **Pratique de l'euthanasie : Analyse du vécu d'assistants en Médecine Générale issus de l'ULG**. [Travail de fin d'étude]. ULG; 2019, 44 p. Available from <https://www.futurmg.be/mgtfe/api/edition/>, [cited 2023 Jan 3].
 - 23) Silon A. **La polypathologie dans le cadre de l'euthanasie : comment gérer les demandes pour des maladies qui ne sont pas « graves et incurables » ?** [Travail de fin d'étude]. UCL ; 2021. 313 p. Available from : <https://www.futurmg.be/mgtfe/api/edition/> [cited 2023 Jan 3].
 - 24) K ten Cate, DG van Tol, S van de Vathorst. **Considerations on requests for euthanasia or assisted suicide; a qualitative study with Dutch general practitioners**. Family Practice. 2017. Oxford academic doi : 10.1093/fampra/cmz041. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28486577/>

- 25) Abbadie B, Roland M, Cosyns M, Mainil T, Deveugele M, De Maeseneer J. **Decision-making processes and medical care at the end of life.** Rev Med Brux, 2006; 27(4):S287-91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17091893/> [cited 2022 Apr 26]
- 26) Smets T, Bilsen J, Van den Block L, Cohen J, Van Casteren V, Deliens L. **Euthanasia in patients dying at home in Belgium: interview study on adherence to legal safeguards.** The British Journal of General Practice. 2010 Apr 1 ; 60(573):e163–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845507/> [cited 2021 Jun 24];
- 27) Résignies C., **Euthanasie : vécu et ressentis en médecine générale**, [Travail de fin d'étude]. ULB ; 2016-2017. Available from : <https://www.futurmg.be/mgtfe/api/edition/> [cited 2023 Jan 3].
- 28) Bernheim JL, Raus K. **Euthanasia embedded in palliative care. Responses to essentialistic criticisms of the Belgian model of integral end-of-life care.** J Med Ethics. 2017 Aug;43(8):489-494. doi: 10.1136/medethics-2016-103511. Epub 2017 Jan 6. PMID: 28062650. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062650/> [cited 2023 Jan 3].
- 29) Moons L. **De medicotechnische uitvoering van euthanasie in de huisartsenpraktijk** [Travail de fin d'étude] KUL. 21 p. Available from: <https://www.icho-info.be/application/content/downloadthesis/id/705> [cited 2022 Apr 26]
- 30) M Gewarges, J Gencher, G Rodin, N Abdullah. **Medical Assistance in Dying: A Point of Care Educational Framework For Attending Physicians.** Teaching and Learning in Medicine. 2019. Pubmed, doi : 10.1080/10401334.2019.1682588, Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31682469/>
- 31) Comité consultatif de bioéthique de Belgique. **Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques.**; sep 2017. 88 p. Available from : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_73_euthanasie_0.pdf, page consultée 64, [cited 2023 Jan 3].

Listing des annexes:

- Annexe n°1 : Echange de contact avec le KCE et Ebpracticenet (page 57).
- Annexe n°2 : Texte intégral de la loi sur l'euthanasie (page 58).
- Annexe n°3 : Copie du document de demande d'enregistrement d'une euthanasie (page 64).
- Annexe n°4 : Décision GEIMG et commission éthique hospitalier Saint-Luc (page 68).
- Annexe n°5 : Tableau récapitulatif de ma recherche littérature et flow chart (page 70).
- Annexe n°6 : Mots clés utilisés pour ma recherche : MESH (page 72).
- Annexe n°7 : Tableaux PICO (page 73).
- Annexe n°8 : Copie du questionnaire (page 75).
- Annexe n°9 : Formulaire de consentement fourni au répondant et mail explicatif (page 105).
- Annexe n°10 : Critères d'inclusion et d'exclusion de mon échantillon (page 108).
- Annexe n°11 : Compléments d'analyse inférentielle (page 109).
- Annexe n°12 : Copie de ma fiche outils avec commentaires (page 119).
- Annexe n°13 : Tableau des divers biais (page 133).
- Annexe n°14 : Autorisation de citation (page 137).

Annexe n°1 : Echange de contact avec le KCE et Ebpracticenet (sans réponse)



kce_info <kce_info@kce.fgov.be>

01-03-22 15:07

À : 'Shanon Acx' Cc : kce_info

Bonjour Shanon,

Si un tel document existe, il ne provient pas du KCE. Depuis quelques années, tout le travail de développement de guidelines pour la première ligne est coordonné par le Réseau EBP belge (www.ebpnet.be). Je pense que c'est à eux que vous devez vous adresser.

Je sais aussi qu'il existe des formations pour les MG dispensées par le groupe EOL (pour End of Life) mais cela ne répond pas exactement à votre question.

Bon courage pour votre mémoire,

Cordialement,
Karin Rondia



Karin Rondia
Communication scientifique
Wetenschappelijke communicatie
Doorbuilding (10e étage)
55 Bd du Jardin botanique - 1000 Bruxelles
T +32 2 287 33 48 GSM +32 475 769 766
Karin.Rondia@kce.fgov.be -- www.kce.fgov.be
Follow us on Twitter: [@KCEfgov](https://twitter.com/KCEfgov)

From: Shanon Acx <shanon.acx@hotmail.com>

Sent: dinsdag 1 maart 2022 14:54

To: kce_info <kce_info@kce.fgov.be>; euthanasiecom@health.fgov.be

Subject: Guide de bonne pratique clinique : Euthanasie

Opgelet ! Externe e-mail. Wees voorzichtig bij openen van bijlagen of links.

Attention ! Courriel externe. Soyez prudent lorsque vous ouvrez des pièces jointes ou des liens.

Bonjour,

Je suis assistante en deuxième année d'assistantat en médecine générale à l'université catholique de Louvain. Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire pour fin mai 2023. Mon sujet de TFE serait la création et évaluation à l'aide d'experts d'une fiche outils destinée aux médecins généralistes/assistants.

En faisant mes recherches, j'ai eu accès à la publication de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité : "l'Euthanasie en pratique".

J'ai également eu accès sur palliative.be à un document similaire intitulé : Directive d'Euthanasie (rédigé en flamand). Ces deux documents sont inspirés du document " Ligne directrice KNMG/KNMP sur l'euthanasie et le suicide assisté" des Pays-Bas qui pourrait-être considéré comme un guide de bonne pratique clinique en lisant sa préface.

Je suis donc à la recherche d'un document officiel fédéral équivalent à un guide de bonne pratique clinique. Malgré mes recherches approfondies je m'étonne de ne pas encore avoir trouvé ce document. Pourriez-vous m'indiquer si un tel document existe officiellement ? Si oui, serait-il possible d'y avoir accès ?

Merci d'avance pour votre réponse,

Dr ACX Shanon
(INAMI 10245870005)

Annexe n°2 : Texte intégral de la loi disponible sur

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/loi20020528mb_frn1.pdf

Remarque : la loi a été modifiée en date du 15 Mars 2020. B.S. 23.03.2020 :

Art. 6. Les testaments de vie qui ont été rédigés, modifiés et éventuellement enregistrés entre le 1er janvier 2020 et la date d'entrée en vigueur de la présente loi sont réputés avoir une validité de cinq ans de plein droit.

Art.7 L'article 2, 1°, est applicable aux testaments de vie rédigés ou réaffirmés après l'entrée en vigueur de la présente loi.

MINISTERIE VAN JUSTITIE

N. 2002 — 2141 [C — 2002/09590]
28 MEI 2002. — Wet betreffende de euthanasie (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK I. — Algemene bepalingen

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

HOOFDSTUK II. — Voorwaarden en procedure

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat :

- de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

§ 2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen :

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;

2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;

5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

F. 2002 — 2141 [C — 2002/09590]
28 MAI 2002. — Loi relative à l'euthanasie (1)

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.
Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE I^{er}. — Dispositions générales

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

CHAPITRE II. — Des conditions et de la procédure

Art. 3. § 1^{er}. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'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.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1° 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. 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;

2° 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;

3° 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;

4° 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;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. 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 du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

§ 4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd.

De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.

§ 5. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

HOOFDSTUK III. — De wilsverklaring

Art. 4. § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhinderdheid, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon(en).

Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.

Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.

De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.

De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. 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.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE III. — De la déclaration anticipée

Art. 4. § 1^{er}. 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.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

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.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

§ 2. De arts die euthanasie toepast, tengevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :

- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;

2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;

3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;

4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

HOOFDSTUK IV. — Aangifte

Art. 5. De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

HOOFDSTUK V. — De Federale Controle- en Evaluatiecommissie

Art. 6. § 1. Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet, hierna te noemen « de commissie ».

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of gewestregering.

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit – waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt – en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door de Senaat, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De commissie kan slechts geldig beslissen als twee derden van de leden aanwezig zijn.

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1^{er}, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traite avec cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE IV. — De la déclaration

Art. 5. 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.

CHAPITRE V. — La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Art. 6. § 1^{er}. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique – chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe – et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7. De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden.

Dit document bestaat uit twee delen. Het eerste deel moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens :

- 1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;
- 2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;
- 3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;
- 4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;
- 5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(n)en(en).

Dit eerste deel is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietaken.

Het tweede deel is eveneens vertrouwelijk en bevat de volgende gegevens :

- 1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt;
- 2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;
- 3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;
- 4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;
- 5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;
- 6° op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;
- 7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;
- 8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;
- 9° de procedure die de arts gevolgd heeft;
- 10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;
- 11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;
- 12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

Art. 7. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

- 1° les nom, prénoms et domicile du patient;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;
- 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
- 5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

- 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;
- 2° la date, le lieu et l'heure du décès;
- 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'irréductible;
- 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
- 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;
- 8° s'il existe une déclaration de volonté;
- 9° la procédure suivie par le médecin;
- 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
- 12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8. La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gevraagd worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.

Art. 9. Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks :

a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;

b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;

c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.

Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaken zoals bepaald in artikel 8.

De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

Art. 10. De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 11. De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 12. Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Art. 13. Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Wetgevende Kamers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende Kamers ontbonden zijn en/of dat er geen regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récuse pour l'examen de cette affaire par la commission.

Art. 9. La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :

a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;

b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;

c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

Art. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

HOOFDSTUK VI. — *Bijzondere bepalingen*

Art. 14. Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

Art. 15. Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.

De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team.

Art. 16. Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,
M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,
M. VERWILGHEN

Nota

(1) *Zitting 1999-2000.*
Senaat.

Parlementaire bescheiden. — Wetsvoorstel van de heer Mahoux, Mevr. Leduc, de heer Monfils en Mevr. Vanlerberghe, Nagy en De Roeck, 2-244 - nr. 1. — Amendementen, 2-244 - nr. 2.

Zitting 2000-2001.
Senaat.

Parlementaire bescheiden. — Amendementen, 2-244 - nrs. 3 tot 20. — Advies van de Raad van State, 2-244 - nr. 21. — Verslag, 2-244 - nr. 22. Tekst aangenomen door de verenigde commissies, 2-244 - nr. 23. — Bijlage, 2-244 - nr. 24.

Zitting 2001-2002.
Senaat.

Parlementaire bescheiden. — Amendementen, 2-244 - nr. 25. — Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Kamer van volksvertegenwoordigers, 2-244 - nr. 26.

Handelingen van de Senaat. — 23, 24 en 25 november 2001.

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Parlementaire bescheiden. — Ontwerp overgezonden door de Senaat, 50-1488 - nr. 1. — Amendementen, 50-1488 - nrs. 2 tot 8. — Verslag, 50-1488 - nr. 9. — Amendementen, 50-1488 - nrs. 10 en 11. — Tekst aangenomen in plenaire vergadering en aan de Koning ter bekrachtiging voorgelegd, 50-1488 - nr. 12. — Beslissing van de overlegcommissie, 50-82/30.

Zie ook :

Integraal verslag. — 15 en 16 mei 2002.

CHAPITRE VI. — *Dispositions particulières*

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi 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.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16. La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 28 mai 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN

Nota

(1) *Session 1999-2000.*
Sénat.

Documents parlementaires. — Proposition de loi de M. Mahoux, Mme Leduc, M. Monfils et Mmes Vanlerberghe, Nagy et De Roeck, 2-244 - n° 1. — Amendements, 2-244 - n° 2.

Session 2000-2001.
Sénat.

Documents parlementaires. — Amendements, 2-244 - n°s 3 à 20. — Avis de Conseil d'Etat, 2-244 - n° 21. — Rapport, 2-244 - n° 22. — Texte adopté par les commissions réunies, 2-244 - n° 23. — Annexe, 2-244 - n° 24.

Session 2001-2002.
Sénat.

Documents parlementaires. — Amendements, 2-244 - n° 25. — Texte adopté en séance plénière et transmis à la Chambre des représentants, 2-244 - n° 26.

Annales du Sénat. — 23, 24 et 25 novembre 2001.

Chambre des représentants.

Documents parlementaires. — Projet transmis par le Sénat, 50-1488 - n° 1. — Amendements, 50-1488 - n°s 2 à 8. — Rapport, 50-1488 - n° 9. — Amendements, 50-1488 - n°s 10 et 11. — Texte adopté en séance plénière et soumis à la sanction royale, 50-1488 - n° 12. — Décision de la commission de concertation, 50-82/30.

Voir aussi :

Compte rendu intégral. — 15 et 16 mai 2002.

Annexe n°3 : Copie du document de demande d'enregistrement d'une euthanasie disponible sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-dune-euthanasie-word-0>

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE

Document d'enregistrement à remettre **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante :

- Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
(ci-après désignée sous le nom de Commission).
Avenue Galilée 5/2
1210 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (dans sa version en vigueur au 19 janvier 2021).

UNE CONFUSION A EVITER

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, une distinction est faite dans le document d'enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie et sur la base d'une déclaration anticipée.

Si le patient¹ est

- conscient,
- capable d'exprimer sa demande et
- dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi
(situation médicale sans issue et souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable [art. 3])

Alors il s'agit d'une

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE.

La demande **doit être confirmée par un écrit** (même si une déclaration anticipée d'euthanasie a été préalablement rédigée) et 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 sont à compléter dans ce cas.

Si le patient

- est incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible (par ex. coma ou état végétatif persistant),
- est dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi
(inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et affection accidentelle ou pathologique grave et incurable [art. 4]) et
- a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.)

Alors il s'agit d'une

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE.

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

VOLET I : informations personnelles²

Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN ayant pratiqué une euthanasie
(Dans une enveloppe séparée – ne pas utiliser d'agrafe ou de papier collant !)

Ce volet est strictement **confidentiel** et doit **impérativement être envoyé avec le volet II** à la Commission.

Les champs avec * doivent obligatoirement être remplis

1. PATIENT
1.1 Nom * :
1.2 Prénom(s) * :
1.3 Domicile * :
2. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie
2.1 Nom * :
2.2 Prénom(s) * :
2.3 Numéro d'enregistrement INAMI * :
2.4 Domicile * :
Coordonnées pour une éventuelle correspondance
2.5 Adresse
2.6 Numéro de téléphone
2.7 Courriel
3. MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie
3.1 Premier médecin consulté dans tous les cas (art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)
3.1.1 Nom * :
3.1.2 Prénom(s) * :
3.1.3 Domicile * :
3.1.4 Qualification et/ou numéro d'enregistrement INAMI * :
3.1.5 Date de la consultation * : / /
3.2 Si le médecin était d'avis que le décès n'interviendrait manifestement pas à brève échéance, second médecin consulté, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée (art. 3, §3, 1°) :
3.2.1 Nom * :
3.2.2 Prénom(s) * :
3.2.3 Domicile * :
3.2.4 Qualification et/ou numéro d'enregistrement INAMI * :
3.2.5 Date de la consultation * : / /

² Vos données personnelles sont protégées conformément au règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (entré en application le 25 mai 2018) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).
En savoir plus : <https://www.health.belgium.be/fr/protection-des-donnees-personnelles>

¹ Dans ce document d'enregistrement, les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

☐

1

17

☐ Oui Remarque éventuelle :

DATE DE LA DEMANDE ACTUELLE ECRITE * :/...../.....

8.2. Par qui cette demande d'euthanasie a-t-elle été rédigée ? *

☐ **Par le patient** qui l'a rédigée, datée et signée

☐ **PAS par le patient** (car le patient n'était pas en état de le faire)
=> Dans ce cas, une personne majeure de son choix, qui n'a aucun intérêt matériel à son décès, l'a-t-elle rédigée, datée et signée, et ce en présence du médecin ?

☐ Oui Remarque éventuelle :

et les raisons pour lesquelles le patient n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont-elles mentionnées ?

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.3. Avez-vous informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie (art. 3, §2, 1°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.4. Vous êtes-vous concerté avec le patient sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.5. Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.6. Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.7. Vous êtes-vous entretenu avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.8. Vous êtes-vous, si telle était la volonté du patient, entretenu de sa demande avec les proches désignés par lui (art. 3, §2, 5°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.9. Vous êtes-vous assuré que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

8.10. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (demande, avis...) sont-ils consignés au dossier médical (art. 3, §5) ? *

☐ Oui Remarque éventuelle :

12. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner

Remarque: si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire par e-mail: euthanasiecom@health.gov.be (compte tenu du caractère anonyme du volet II du document ci-dessus mentionné).

15.3. AVIS du médecin consulté
quant à l'irréversibilité de la **situation médicale** du patient(e) * :

16. ENTRETIENS menés (art. 4)		
16.1. Vous êtes-vous entretenu de la demande d'euthanasie avec la ou les <u>personne(s) de confiance</u> éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°) ? * ☐ Oui Remarque éventuelle :		
16.2. Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec <u>l'équipe soignante</u> ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°) ? * ☐ Oui Remarque éventuelle :		
16.3. Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec les <u>proches</u> du patient, désignés par la personne de confiance (art. 4, §2, 4°) ? * ☐ Oui Remarque éventuelle :		
16.4. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (déclaration, avis, ...) sont-ils consignés au <u>dossier médical</u> (art. 4, §2, 4°) ? * ☐ Oui Remarque éventuelle :		
17. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES *		
(ne pas mentionner de nom) <i>Ne mentionnez les personnes qu'une seule fois, quel que soit le nombre de «consultations». Vous pouvez également indiquer ici les membres de l'équipe médicale ou palliative, les collègues, etc., que vous n'avez pas repris dans le volet I.</i>		
17.1. Qualité : Date(s) de consultation :/..... /		
17.2. Qualité : Date(s) de consultation :/..... /		
17.3. Qualité : Date(s) de consultation :/..... /		
17.4. Qualité : Date(s) de consultation :/..... /		
17.5. Qualité : Date(s) de consultation :/..... /		
18. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée *		
NOM du produit	MODE d'administration <i>(voie intraveineuse (IV) / voie orale (PO) / sous-cutanée (SC))</i>	DOSAGE total employé <i>In µg, mg ou gr (pas en ampoule)</i>
19. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner		
<i>Remarque: si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire par e-mail: euthanasiecom@hesith.fgov.be (compte tenu du caractère anonyme du volet II du document d'enregistrement).</i>		

Annexe n°4 : décision GEIMG et commission éthique Saint-Luc

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 07/06/2022

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : C = Doit être soumis au comité d'éthique de l'université du candidat MG.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : C = Doit être soumis au comité d'éthique de l'université du candidat MG.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les 3 avis ne sont pas unanimes, le GEIMG, sur base des informations transmises, décide qu'il est nécessaire de soumettre le projet de TFE au comité d'éthique de l'université dont il dépend.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

De : Shanon Acx

Envoyé : vendredi 10 juin 2022 15:22

À : Commission Ethique <commission.ethique-saintluc@uclouvain.be>

Objet : Informations complémentaires concernant avis GEIMG

Bonjour,

Je vous contacte afin d'avoir de plus amples informations concernant la prise de décision du GEIMG au sujet de mon mémoire. Voici une copie du mail reçu ce jour:

"Votre demande concernant le TFE **Evaluation des connaissances théorique et pratique des médecins généralistes/assistants au sujet de l'euthanasie actuelle de personnes majeures en Belgique via une étude d'assurance qualité dans le but de la création d'une fiche outils**, pour l'année académique **2022-2023** a été examinée par le Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG).

Le GEIMG estime que, sur base des informations transmises, il est nécessaire de soumettre le projet de TFE au comité d'éthique de l'université dont vous dépendez."

Il est vrai qu'à travers mon mémoire je désire aborder un sujet délicat pouvant faire intervenir des valeurs éthiques et personnelles à savoir l'euthanasie. A travers ce mémoire, je désire évaluer les connaissances théorique et pratique des médecins généralistes. Les médecins qui intégreront mon échantillon seront à la fois des médecins l'ayant déjà pratiquée (donc par extension des médecins qui n'éprouvent pas de conflits de valeurs par rapport à cette pratique) et des médecins/assistants ne l'ayant pas encore pratiquée pour diverses raisons (manque de connaissances, pas encore été confrontés ou refus de pratiquer l'acte en lui-même pour des raisons personnelles). Je n'évalue dès lors en aucun cas la position éthique ou personnelle des médecins par rapport au geste de l'euthanasie. Je désire simplement mettre en évidence le manque de formation et donc de connaissances des médecins généralistes par rapport à cette pratique que ce soit dans notre cursus universitaire ou notre pratique future.

C'est pour cela que je souhaiterais obtenir de plus amples informations quant à la décision qui a été prise par le comité d'éthique.

Je vous remercie pour l'attention apportée à ma demande,

De : Commission Ethique <commission.ethique-saintluc@uclouvain.be>

Envoyé : lundi 13 juin 2022 11:02

À : Shanon Acx <shanon.acx@student.uclouvain.be>

Objet : RE: Informations complémentaires concernant avis GEIMG

Bonjour,

Bien qu'effectivement, le sujet de votre TFE soit 'délicat', cela reste une étude des pratiques professionnelle qui ne tombe pas sous la loi relative à l'expérimentation sur la personne humaine et ne requiert donc pas un avis favorable (contraignant) d'un comité d'éthique.

Aucune donnée personnelle / médicale de patient ne sera collectée.

Cependant, si vous souhaitez quand même avoir un avis éthique (qui peut être demandé dans la cas d'une éventuelle publication), vous pouvez nous soumettre votre dossier en nous envoyant les documents suivants :

- Résumé du projet reprenant :
 - Le titre du projet
 - les objectifs,
 - la méthodologie,
 - la population cible (participants),
 - les mesures prises pour le respect de la confidentialité des données,
- Votre CV daté et signé
- Le questionnaire qui sera soumis aux participants

Dans ce cas, nous examinerons votre dossier de façon approfondie et vous rendrons notre avis éthique dans le mois

Cordialement,

Pascale de Pierpont

Pharmacien

Coordination scientifique CEHF

Disponible les lundis et jeudis

CEHF

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03...1200 Bruxelles

E-mail : commission.ethique-saint-luc@uclouvain.be

Tél. : 02/764.55.14 Lu, Ma 10h-13h et 14h-16h Me, Je 10h-13h

02/764.55.12 Lu, Me 10h-13h et 14h-16h Je, Ve 10h-13h

De : Shanon Acx
Envoyé : lundi 13 juin 2022 11:46
À : Commission Ethique <commission.ethique-saintluc@uclouvain.be>
Objet : RE: Informations complémentaires concernant avis GEIMG

Bonjour,

Merci pour la rapidité de votre réponse.

Donc si je ne désire pas publier mon mémoire (ce qui est le cas), il ne m'est pas nécessaire d'entrer un dossier auprès du comité d'éthique hospitalo-universitaire de UCL ?

Si oui, serait-il dès lors possible d'obtenir une réponse officielle de la part du GEIMG stipulant qu'il n'est pas nécessaire de soumettre le projet de mon TFE au comité d'éthique de l'université dont je dépends (car il nous est demandé de mettre dans les annexes de notre mémoire une réponse officielle) ?

Bien à Vous,

Acx Shanon



Commission Ethique <commission.ethique-saintluc@uclouvain.be>

13-06-22 14:30

À : [Shanon Acx](#)

Effectivement, je confirme qu'il n'est pas nécessaire de demander un avis contraignant au comité d'éthique.

Et je vous propose d'envoyer mon mail précédent au GEIMG afin d'obtenir leur avis officiel

Cordialement,

Pascale de Pierpont

Pascale de Pierpont

Pharmacien

Coordination scientifique CEHF

Disponible les lundis et jeudis

CEHF

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03...1200 Bruxelles

E-mail : commission.ethique-saint-luc@uclouvain.be

*Tél. : 02/764.55.14 **Lu, Ma** 10h-13h et 14h-16h **Me, Je** 10h-13h*

*02/764.55.12 **Lu, Me** 10h-13h et 14h-16h **Je, Ve** 10h-13h*



Dominique Lamy <dominique.lamy@uclouvain.be>

21-06-22 20:47

À : Shanon Acx

Bonsoir

Suite à la réponse du comité d'éthique de l'UCL, tu n'as pas besoin d'aller plus loin, sauf si tu comptes publier ton travail dans une revue scientifique. La réponse du comité d'éthique suffit, il n'y a pas besoin d'avoir un retour du groupe éthique de MGTFE Ethique

Bien à toi

D. Lamy



Dr Dominique Lamy

maître de conférence invité

CAMG Centre Académique de Médecine Générale

Avenue Hippocrate 57 bte B1.57.02...1200 Woluwe-St-Lambert

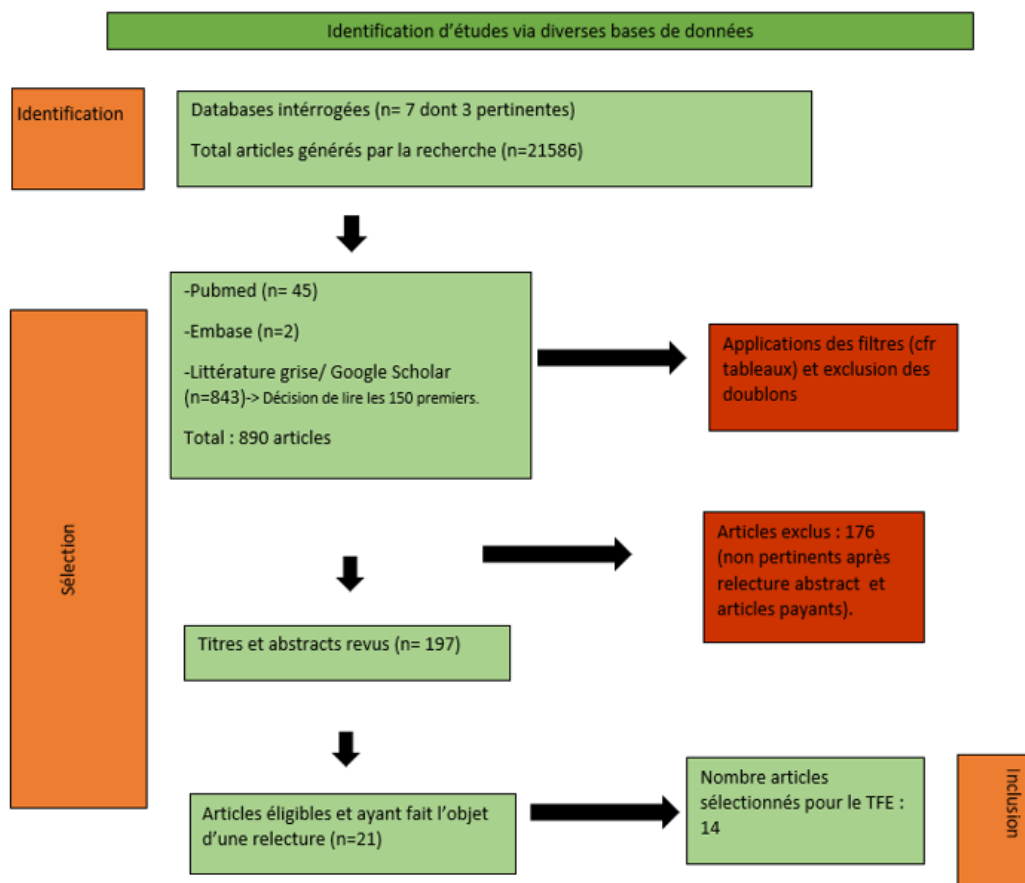
dominique.lamy@uclouvain.be

www.camg.be

Annexe n°5 : Tableau récapitulatif de ma recherche littérature et flow chart

	Termes de Recherche - équation de recherche et nombres d'articles	Filtre et/ou critère d'exclusion	Article Retenus
Recherche dans Pubmed (24/04/2022)	Ci-dessous les étapes des diverses équations de recherche avec les MESH jugés comme les plus adaptés après essais erreurs; (((((knowledge) OR (awareness)) OR (understanding)) AND (euthanasia)) AND (general practice)) OR (general practitioner)) OR (family practice)) OR (family physician)) AND (Belgium) -> 2583 résultats-> 941 résultats après application des filtres (((((knowledge) OR (awareness)) OR (understanding)) AND (euthanasia)) AND (general practice)) OR (family practice)) AND (Belgium)-> 1415 résultats -> 525 résultats après application des filtres ((knowledge) AND (euthanasia) AND (Belgium)->45 résultats -> 14 résultats après application des filtres ((((knowledge) OR (awareness)) AND (family practice)) OR (general practice)) AND (euthanasia)) AND (Belgium)-> 11 résultats -> 3 résultats	Euthanasie des animaux Euthanasie des mineurs Since 2002 à 2022 Anglais, français et néerlandais A noter: lecture des articles, lecture des articles cités dans les références des articles sélectionnés et lecture des articles suggérés dans l'onglet "les articles similaires").	13 résultats pertinents après relecture; Smets Bilsen J, Van den Block L, Cohen J, Van Casteren V, Deliens L. Euthanasia in patients dying at home in Belgium: interview study on adherence to legal safeguards. Br J Gen Pract. 2010 Apr;60(573):e163-70. doi: 10.3399/bjgp10X483940. PMID: 20353662; PMCID: PMC2845507. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, De Keyser E, Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. Health Policy. 2009 May;90(2-3):181-7. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.10.003. Epub 2008 Nov 18. PMID: 19019485. Cohen J, Van Wesemael Y, Smets T, Bilsen J, Deliens L. Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: one law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. Soc Sci Med. 2012 Sep;75(5):845-53. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.021. Epub 2012 May 17. PMID: 22682367. Bergman TD, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Complexities in consultations in case of euthanasia or physician-assisted suicide: a survey among SCEN physicians. BMC Fam Pract. 2020 Jan 9;21(1):6. doi: 10.1186/s12875-019-1063-z. PMID: 31918673; PMCID: PMC6953152. Deliens L, Bernheim JL, van der Wal G. Similitudes et différences entre les lois belge et néerlandaise relatives à l'euthanasie [A comparative study of the euthanasia laws of Belgium and the Netherlands]. Rev Med Liege. 2003 Jul-Aug;58(7-8):485-92. French. PMID: 14579612. de Boer ME, Depla MFIA, den Breejen M, Slottje P, Onwuteaka-Philipsen BD, Hertogh CPM. Pressure in dealing with requests for euthanasia or assisted suicide. Experiences of general practitioners. J Med Ethics. 2019 Jul;45(7):425-429. doi: 10.1136/medethics-2018-105120. Epub 2019 May 15. PMID: 31092632. Almoina A, Piili RP, Hinkka H, Metsänoja R, Hirvonen O, Tyynelä-Korhonen K, Kaleva-Kerola J, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen PI, Lehto JT. Does Decision-making in End-of-life Care Differ Between Graduating Medical Students and Experienced Physicians? In Vivo. 2019 May-Jun;33(3):903-909. doi: 10.21873/in vivo.11557. PMID: 31028215; PMCID: PMC6559926. Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? J Med Ethics. 2012 May;38(5):274-80. doi: 10.1136/medethics-2011-100048. Epub 2012 Jan 10. PMID: 22233937. Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Ehteld M, Bilsen J, Deliens L. Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium. J Pain Symptom Manage. 2011 Jun;41(6):1060-72. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.09.020. Epub 2011 Mar 12. PMID: 21402463. Abbadie B, Roland M, Cosyns M, Mainil T, Deveugele M, De Maeseneer J. Processus décisionnels et soins médicaux en fin de vie [Decision-making processes and medical care at the end of life]. Rev Med Brux. 2006 Sep;27(4):S287-91. French. PMID: 17091893. Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, Van Casteren V, Deliens L. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. BMC Public Health. 2009 Mar 9;9:79. doi: 10.1186/1471-2458-9-79. PMID: 19272153; PMCID: PMC2660906. Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. N Engl J Med. 2015 Mar 19;372(12):1179-81. doi: 10.1056/NEJMc1414527. Epub 2015 Mar 17. PMID: 25776935.C31 Deschepper, Reginald et al. "Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flanders, Belgium." The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners vol. 56,522 (2006): 14-9.
Embase (24/04/2022)	('euthanasia'/exp) AND ('knowledge'/ OR awareness) AND	Filtres appliqués: range 2002-	Après élimination des doublons de Pubmed: 2 résultats pertinents après relecture; Van Wesemael Y, Cohen J, Bilsen J, Smets T, Onwuteaka-Philipsen B, Distelmans W, Deliens L. Implementation of a service for physicians' consultation and information in

	('Belgium'/exp) AND ('general practice'/exp)-> 403 articles trouvés	2022 and Medicine and Dentistry - > 186 résultats	euthanasia requests in Belgium. Health Policy. 2012 Mar;104(3):272-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.12.001. Epub 2012 Jan 5. PMID: 22226142. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. J Pain Symptom Manage. 2011 Mar;41(3):580-93. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.015. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21145197.
Cochrane (24/04/2022)	Euthanasia/ general practitioner-general practice/knowledge "euthanasia" AND "general practice" AND "knowledge"-> 0 résultat donc décision de réduire ma question de recherche à deux termes "euthanasia" AND "general practice" -> 0 résultat		0 résultat -> pas de méta-analyse relative à mon sujet
Tripdatabase (24/04/2022)	Euthanasia/ general practitioner-general practice/knowledge Euthanasia and knowledge and Belgium/Europe/Netherlands		0 résultats
Littérature grise : Google Scholar (25/04/2022)	euthanasia - knowledge/awareness - Belgium- general practice	dog -cat - vétérinaire - chien -chat - animal - animaux - sédation palliative - psychiatrie - children - minor - mineurs	18600 résultats trouvés. Après application des critères d'exclusion -> 843 résultats Décision de lire les 150 premiers articles -> articles intéressants déjà présents dans ma recherche pubmed et embase/sciencedirect. Découverte d'un mémoire réalisé par une étudiante en médecine générale à la KUL : Dr Leentje Moons, La mise en œuvre médico-technique de l'euthanasie en médecine générale (De medicotechnische uitvoering van euthanasie in de huisartsenpraktijk) disponible sur : https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrJ7FUaDGhiZvMAXB5XNyoA_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZANMT0NVSTAZN18xBHNIYwNzcg-/RV=2/RE=1651014811/RO=10/RU=https%3a%2f%2finfo.be%2fapplication%2fcontent%2fdownloadthesis%2fid%2f705/RK2/RS=DHZmbT5gFVMvDDKNHZeIJm68d8A- -> détaillé dans l'exercice pratique. Date de rédaction inconnue. (L'auteur a été contactée par mail pour de plus amples informations -> en attente d'une réponse).
KCE et EbpracticeNet (10/03/2022)	Euthanasie	/	0 résultat Il est également nécessaire pour mon travail d'obtenir des guidelines/recommandations/ guides de bonne pratique clinique) en vue de réaliser ma fiche outils. Pas de guideline officiel trouvé sur EbpracticeNet et KCE-> Envoi d'emails aux rédacteurs en chef de ces deux bases de données afin de m'en assurer (cfr annexe n°4) -> pas de guideline fédéral officiel. Grâce à des contacts avec des personnes de référence dans le domaine: équivalent de guide de bonne pratique clinique francophone (1) et flamand (2) ont été trouvés. Le guide rédigé en flamand s'inspire des lignes directrices des Pays-Bas (3)-> tous disponibles sur Google Scholar 1) L'euthanasie en pratique: Publication destinée aux médecins [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 24]. Available from: https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Entretiens_Semaine/2019/Damas_brochure.pdf?t=1553244822 2) De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. Richtlijn Uitvoering Euthanasie. Oktober 2018. Toegankelijk via www.pallialine.be 3) Ligne directrice KNMG/KNMP sur l'euthanasie et le suicide assisté, septembre 2021. Disponible sur www.knmg.nl/adviesrichtlijnen/dossiers/euthanasie.htm www.knmp.nl



Annexe n°6 : Mesh utilisés pour ma recherche

Principaux concepts du sujet de recherche et leurs synonymes (en français) :

Concept #1	Concept #2	Concept #3	Concept #4
Connaissances	Médecine générale	Euthanasie	Belgique
Savoir	Médecine palliative	Euthanasie active	Wallonie
Acquis	Médecine de famille	Euthanasie volontaire	Flandre
Notions		Acte d'euthanasie	Pays-Bas/Hollande
		Suicide médicalement assistée/suicide assisté par un médecin	Grand-duché du Luxembourg
		Aide médicale à mourir	
		Aide médicale au suicide	
		Mort assistée	
		Aide à mourir	

AND

Concept #1	Concept #2	Concept #3	Concept #4
Knowledge	General practitioner(s)	Euthanasia	Belgium
Health Knowledge	Family physician(s)	Active euthanasia	Belgian doctors
Knowledge bases	Family doctor(s)	Voluntary euthanasia	Wallonia
Awareness	Doctor(s)	End of life option act	Flanders
Understanding	Physician assistant(s)	Allowing to die	Flemish doctors
Appreciation	General practice	End of life	Netherlands
Level of Attainment	Family practice	Death with dignity act	Holland
Practice	General medicine	Medically assisted suicides/Suicide medically assisted	Kingdom of the Netherlands
Attitudes		Assisted Death	Luxemburg, Grand Duchy of Luxembourg
		Physician assisted suicide	

Principaux concepts du sujet de recherche et leurs synonymes (en français) : ensemble des synonymes trouvés par moi-même, via <http://www.crisco.unicaen.fr/des/synonymes/>, traduction via <http://www.wordreference.com/fren/>, via MESH bilingue de l'Inserm et enfin via MESH de Pubmed.

Annexe n°7 : Tableaux PICO

P : pour qui ? pour quel problème ?	Manque de connaissances des médecins généralistes et assistants en médecine générale concernant la pratique de l'euthanasie actuelle chez les patients majeurs ne souffrant pas de pathologie psychiatrique
I : quelle intervention ?	Création d'un questionnaire à visée formative- Création d'une fiche outils
C : quel comparateur ? quel gold standart ?	Pratique actuelle
O : pour quel objectif (critère de jugement)	Qualité de la prise en charge et amélioration des connaissances
C : dans quel contexte ?	Médecins généralistes francophones et assistants en médecine générale (UCL)

Alternative possible :

Quel est le problème ? (Qui ? Quoi ?)	Manque de connaissances des médecins généralistes et assistants en médecine générale concernant la pratique de l'euthanasie actuelle chez les patients majeurs ne souffrant pas de pathologie psychiatrique.
Qu'est-ce qui est envisagé ? (Comment ?)	Création d'un questionnaire à visée formative- Création d'une fiche outils
Qu'est-ce qui est en cours ? (Alternative actuellement reconnue ; ce qui existe actuellement ?)	-A ma connaissance pas de guideline officiel/ fédéral publié ou en cours de publication, - -Existence d'équivalent de bonne pratique clinique: un guide rédigé en français (disponible par envoi d'un mail à ADMD) et un rédigé en

	flamand disponible sur pallialine.be. Le guide francophone s'inspire du flamand lui-même s'inspirant du guide de bonne pratique clinique publié aux Pays-Bas (Ligne directrice KNMG/KNMP sur l'euthanasie et le suicide assisté). - Existence de formation type EOL et LEIF (payante et chronophage). -Cursus universitaire n'abordant la notion d'euthanasie que de manière brève (n'aborde pas en détail les aspects technique-pharmacologique et administratif). Axé surtout sur l'aspect légal. -Formation en ligne via des webinaires, via des GLEM, ... mais cela n'aborde le sujet de l'euthanasie que de manière succincte.
Quel est le but recherché ? (Pour quoi ? Dans quel but ?)	-Fluidifier au maximum le processus afin de limiter les questionnements et les incertitudes. -Améliorer la qualité de la prise en charge et également répondre aux difficultés actuelles des médecins généralistes. -Eviter d'altérer la qualité de la relation médecin-patient dans son étape ultime par des procédures et réglementations complexes.
C : dans quel contexte ? (Où ?)	Médecins généralistes francophones et assistants en médecine générale (UCL)

Evaluation des connaissances théoriques et pratiques des médecins généralistes/assistants au sujet de l'euthanasie actuelle de personnes majeures en Belgique francophone

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un travail de fin d'études du master complémentaire de médecine générale.

Mon TFE s'intitule : **Evaluation des connaissances théoriques (volet légal, procédural et administratif) et pratiques (volet gestes techniques) des médecins généralistes /assistants à travers un questionnaire au sujet de l'euthanasie actuelle de personnes majeures ne présentant pas de pathologie psychiatrique en Belgique francophone. Analyse de l'impact du questionnaire formatif sur les connaissances théoriques et pratiques des médecins/assistants répondants avec construction en parallèle d'une fiche outils synthétique des notions abordées dans le questionnaire. (Titre ayant été modifié par après)**

En mai 2022, cela a fait 20 ans que la Belgique a autorisé la pratique de l'euthanasie, moyennant le respect de strictes conditions.

L'étude que je mène a pour objectif de faire un état des lieux des connaissances des médecins généralistes/assistants face à une demande d'euthanasie actuelle d'un patient majeur en ce qui concerne les aspects théoriques, médico-technique et pratique.

Vous êtes dès lors invité(e) à répondre à quelques questions abordant ces notions afin de clarifier vos connaissances actuelles et les éléments importants à intégrer dans ma fiche.

Le questionnaire est subdivisé en 5 parties afin que celui-ci soit le plus fluide possible :

- Quelques questions d'ordre socio-démographique (8 questions)
- Questions abordant votre pratique de l'acte d'euthanasie (5 questions)
- 26 questions abordant vos connaissances théoriques (lois, devoirs, aspect médico-technique et obligations légales). Les questions n'ayant pas été correctement répondues seront suivies d'une petite explication concernant la notion abordée. Les bonnes réponses seront également indiquées afin **d'assurer une petite formation en ligne**.
- 5 questions abordant le processus de la demande et l'acte en lui-même uniquement pour les personnes ayant déjà participé ou pratiqué une euthanasie.
- 4 questions permettant d'évaluer l'impact de mon questionnaire en termes de connaissances et de donner des pistes pour améliorer celles-ci.

Les questions sont de type fermée (avec en précision si nécessaire le nombre de réponses possibles). **L'option "retour à la question précédente" n'est pas disponible.**

Il n'est possible de réaliser le questionnaire qu'une seule fois. Toutefois, il est possible d'enregistrer les réponses et de reprendre le questionnaire où on l'a laissé. Il est également possible en fin de questionnaire d'imprimer vos réponses.

La durée pour répondre à ce questionnaire est d'environ 30 à 45 minutes.

Je n'aborderai pas à travers ce questionnaire l'aspect éthique et vos convictions personnelles relatives à la question de l'euthanasie.

Les données qui seront ainsi récoltées, seront totalement anonymisées et utilisées dans le cadre de cette étude pour la réalisation de ce TFE. Les données ne seront conservées que pour une durée maximum de 12 mois.

Vous avez la possibilité en fin de questionnaire de renseigner votre adresse e-mail professionnelle si vous souhaitez recevoir ma fiche sous format pdf.

Si vous avez des questions à propos de cette étude, vous pouvez toujours me contacter via l'adresse mail : acxshanon@gmail.com

Je vous remercie d'avance pour l'aide apportée.

Acx Shanon

Partie A : Préliminaires (s'assurer que les participants répondent aux critères principaux d'éligibilité de mon échantillon)

Préliminaires

Voici deux questions qui permettent de m'assurer que vous répondez bien aux critères pour faire partie de mon échantillon et également de m'assurer que vous acceptez que vos réponses fassent partie de mes données à analyser. Si vous répondez NON à une des deux questions, veuillez ne pas poursuivre le questionnaire, je vous remercie.

* 1 Êtes-vous médecin généraliste ou assistant(e) en médecine générale pratiquant en Belgique ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Oui
- ☐ Non: merci de ne pas poursuivre le questionnaire.

* 2 J'accepte que mes réponses soient analysées anonymement dans le but de répondre aux besoins de l'enquête. Les données récoltées seront exclusivement utilisées dans le cadre de ce TFE.

(NB: je rappelle que le formulaire de consentement est présent en annexe du questionnaire).

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Oui
- ☐ Non : merci de ne pas poursuivre le questionnaire

Partie B : Données socio-démographiques-> aborde les caractéristiques des individus inclus dans mon échantillon : le but étant d'avoir une diversité la plus large possible.

Partie B: Données socio-démographiques	
Voici 8 questions relatives à vos caractéristiques socio-démographiques nécessaires pour mon analyse statistique.	
B1. Etes-vous une femme ou un homme ?	Féminin ☐ Masculin ☐
B2. Quel âge avez-vous ?	Moins de 25 ans ☐ Entre 25 et 34 ans ☐ Entre 35 et 44 ans ☐ Entre 45 et 54 ans ☐ Entre 55 et 64 ans ☐ Plus de 65 ans ☐
B3. Dans quel milieu travaillez-vous ?	Rural ☐ Urbain ☐ Hospitalier ☐ Mixte ☐
B4. Depuis combien d'années travaillez-vous en pratique de médecine générale ?	Je suis actuellement assistant ou assistante en médecine générale ☐ Moins de 5 ans ☐ Entre 5 et 14 ans ☐ Entre 15 et 24 ans ☐ Entre 25 ans et 34 ans ☐ Plus de 34 ans ☐
B5. Quel est votre type de pratique ?	Solo ☐ De groupe/duo ☐ Maison médicale au forfait ☐ Maison médicale à l'acte ☐ Hôpital (concerne les assistant(e)s en médecine générale) ☐
B6. Quelle est l'importance de votre patientèle ?	<500 patients ☐ Entre 500 et 1000 patients ☐ >1000 patients ☐ Indéterminée ☐ Ne me concerne pas (assistant(e)s médecine générale) ☐
B7. Quel est le profil de votre patientèle ?	Beaucoup de pédiatrie et de jeunes adultes ☐ Patientèle très variée et englobe toutes les tranches d'âges ☐ Patientèle avec une prédominance de personnes âgées ☐
B8. Etes-vous médecin coordinateur dans une maison de repos ?	Oui ☐ Non ☐ En cours de formation ☐

Partie C : Données concernant la pratique de l'euthanasie et la formation reçue -> permet de faire un rapide état des lieux sur la qualification/formation reçue et la pratique de l'euthanasie parmi les individus inclus dans mon échantillon

Partie C: Données concernant la pratique de l'euthanasie et la formation reçue
 Vous allez être amené(e) à répondre à quelques questions relatives à votre pratique de l'acte d'euthanasie et à vos sources de connaissances.

C1. A quelle fréquence les patients vous interpellent-ils à propos de l'euthanasie ?

Jamais ☐

Moins d'une fois par semestre ☐

Une fois par semestre ☐

Plus d'une fois par semestre ☐

C2. A combien de demandes d'euthanasies avez-vous été confronté(e) jusqu'à présent dans votre carrière (euthanasie pratiquée ou assistée ou référée vers un collègue) ?

Aucune ☐

Entre 1 et 5 ☐

Entre 5 et 10 ☐

Entre 10 et 15 ☐

Entre 15 et 20 ☐

Plus de 20 ☐

C3. Avez-vous suivi une formation spécifique abordant les aspects de la fin de vie ?

Oui, la formation EOL. ☐

Oui, le certificat interuniversitaire en soins palliatifs. ☐

Oui, une formation sur l'éthique des soins de santé. ☐

Non. ☐



C4. Pour ceux ayant déjà fait suite à la demande d'euthanasie d'un de vos patients, le geste a été posé par : ...?

Vous avez la possibilité de cocher plusieurs réponses si vous le souhaitez.

Moi-même ☐

Un confrère généraliste ☐

Un médecin généraliste spécialisé en soins palliatifs (équipe de seconde ligne,...) ☐

Un médecin EOL ☐

Le médecin coordinateur de la maison de repos ☐

En milieu hospitalier: unité de soins palliatifs, par le médecin spécialiste du patient, par le médecin de la consultation de fin de vie. ☐

Référer à un collègue car pour des raisons personnelles, je ne désire pas pratiquer ou assister ou participer de quelque manière à une demande d'euthanasie ☐

Question qui ne s'applique pas à mon cas car je n'ai pas encore été confronté(e) à une demande d'euthanasie ☐

C5. Comment avez-vous été informé(e) sur la loi relative à l'euthanasie ?

Via un e-learning. ☐

J'en ai discuté avec des collègues. ☐

Dans un GLEM, dans un séminaire,... ☐

A l'université. ☐

Information grand public (internet, télévision, radio,...). ☐

Dans des articles publiés dans la littérature scientifique. ☐

Via d'autres voies. ☐

Partie D : Evaluation des connaissances théoriques

La ou les bonnes réponses seront indiquées par un encadré rouge. Si cette/ces réponses n'a pas été indiquée(s) par le participant-> apparition d'un encadré explicatif qui a pour but d'apporter les connaissances manquantes ou d'en clarifier certaines (équivalent d'une formation en ligne). Les questions présentant le plus de "mauvaises réponses" prendront dès lors une place plus conséquente dans ma fiche. Ces sources des informations fournies ont toujours été mentionnées en bas des encadrés explicatifs.

Partie D: Evaluation des connaissances théoriques (lois, devoirs et obligations légales).

Voici dans cette section quelques questions évaluant vos connaissances théoriques concernant la loi relative à l'euthanasie, nos devoirs en tant que médecins et les conditions à respecter pour qu'une euthanasie ait lieu dans les meilleures conditions. Le nombre de réponses correctes est toujours indiqué dans la question.

La ou les bonnes réponses aux questions vous seront indiquées par après et ce afin de clarifier certaines notions et de lever vos doutes. Si vos réponses sont correctes, vous passerez automatiquement à la question suivante.

D1. Avant de répondre au reste du questionnaire, comment évaluez-vous votre niveau de connaissances au sujet des demandes d'euthanasie dite actuelle du patient majeur et ne souffrant pas d'une pathologie psychiatrie sur une échelle de 1 à 5 ?

1: Niveau médiocre -> je n'y connais rien.

2: Niveau insuffisant -> j'ai quelques notions vagues.

3: Niveau intermédiaire-de base-> mes connaissances sont basiques mais ne me permettent pas d'être à l'aise face à une demande d'euthanasie.

4: Bon niveau de connaissance -> je me sens à l'aise avec mes connaissances mais j'ai toujours besoin d'une aide extérieure (document informatif, médecin EOL, collègue plus expérimenté, ...).

5: Très bon niveau de connaissance -> mes connaissances me permettent d'être indépendant dans la démarche d'une demande d'euthanasie.

	1	2	3	4	5
Au niveau de l'aspect légal (conditions pour être éligible à une demande d'euthanasie, différence entre demande anticipée et actuelle,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Au niveau de la procédure à respecter et de l'aspect administratif (clause de conscience individuelle, ordonnance pour obtenir les produits et le matériel, certificat de décès, document d'enregistrement de l'euthanasie)	☐	☐	☐	☐	☐
Au niveau du rôle des différents intervenants (pharmacien, personnel infirmier, maison de repos, hôpital, famille-proche,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Au niveau des gestes techniques (méthode d'administration, produits utilisés, précautions d'usage, ...)	☐	☐	☐	☐	☐

- Question n°1-> pas de correctif nécessaire
- Question n°2-> Sujet : définition de l'euthanasie (Catégorie A)

★ 18 Voici la définition de l'euthanasie selon la loi "acte (médical), pratiqué par un tiers (médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci".

Selon vous, quelles sont les **conditions indispensables** à respecter pour que la demande d'euthanasie dite actuelle soit légalement acceptable ?

UNE seule réponse correcte.

:

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue (affection terminale) + La demande doit être volontaire, réfléchie, répétée et sans pression extérieure + Le patient doit faire état d'une souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable, souffrance résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable
- ☐ La demande doit être volontaire, réfléchie, répétée et sans pression extérieure + Le patient doit faire état d'une souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable, souffrance résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable + Le patient doit être capable d'exprimer sa volonté et être conscient.
- ☐ Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue (la pathologie en cause ne doit pas obligatoirement être au stade dit "terminal") + La demande doit être volontaire, réfléchie, répétée et sans pression extérieure + Le patient doit faire état d'une souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable, souffrance résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable + Le patient doit être capable d'exprimer sa volonté et être conscient.

Voici pour ceux n'ayant pas répondu correctement à la question précédente voici la bonne réponses ainsi que des explications supplémentaires :

Le patient qui demande l'euthanasie doit remplir les conditions suivantes :

- le patient est :

- un adulte ayant la capacité juridique : la capacité de jugement signifie que la personne est capable de prendre une décision et de former/exprimer une opinion. L'évaluation du jugement est faite par le médecin.
- ou un mineur incapable enlevé
- ou un mineur judiciaire et conscient au moment de sa demande ;

-la demande est:

- **Volontaire:** la demande doit émaner du patient. Les proches ou d'autres personnes ne peuvent pas demander l'euthanasie d'un patient. Même s'ils estiment interpréter les souhaits du patient. Le médecin ne peut être le premier à évoquer la possibilité de l'euthanasie ! De plus, seul un patient pleinement informé sur les options possibles (soins palliatifs, traitement de confort et antalgique, support morale), peut prendre une décision mûrement réfléchie. A noter, que tout patient a le droit légalement de refuser un traitement même palliatif.
- **considérée,**
- **répétée:** La demande doit être faite plusieurs fois. Ces répétitions ne doivent pas être consignées par écrit par le patient, mais elles doivent être notées dans le dossier du patient. En outre, la demande doit être permanente. Cela signifie que la volonté d'euthanasie doit continuer à exister, même entre deux répétitions. L'exigence de permanence vise à éviter une situation où ce n'est qu'à des moments de souffrance insupportable, par exemple en raison d'un contrôle insuffisant des symptômes, que le désir d'euthanasie existe.

- le patient doit être dans un état médicalement désespéré :

- **de souffrance physique et/ou psychologique** prolongée et insupportable qui ne peut être soulagée: le caractère insupportable de la souffrance est déterminé subjectivement. Le médecin le vérifie en s'entretenant régulièrement avec le patient, pendant une période raisonnable, de sa demande d'euthanasie. Cette notion d'insupportable appartient au patient. Elle ne se limite pas aux symptômes physiques. La souffrance psychologique basée sur la déchéance et la désillusion, la peur de ne pas pouvoir mourir dans la dignité sont également des raisons d'accepter une demande. La capacité
- **résultant d'une maladie grave et incurable causée par un accident ou une maladie.** L'incurabilité est un concept médical simple relatif à une pathologie ou un état. En ce qui concerne la gravité d'une pathologie de nombreux facteurs influencent cette notion (comorbidité, âge du patient, circonstances de vie) et c'est au médecin de déterminer l'impact de cette gravité en terme de souffrance engendrée. Si la situation du patient ne peut être améliorée ou stabilisée au moyen d'un traitement médical "acceptable", on parle de désespoir médical. La loi n'exige pas que le patient doive mourir de son affection ou que celle-ci soit terminale.

Ce n'est que lorsque ces condition sont remplies que la question est recevable et que la suite de la procédure peut commencer.

➤ Question n°3 : Sujet -> euthanasie = droit du patient ? (Catégorie A)

* 20 L'euthanasie peut-elle être considérée comme étant un droit du patient ?

! Cochez la ou les réponses

- ☐ Oui, tout patient a le droit de choisir la manière et les conditions dans lesquelles il souhaite mourir.
- ☒ Non, il s'agit de la demande d'euthanasie qui peut être considérée comme un droit du patient.

Voici la réponse à la question précédente:

L'euthanasie n'est pas un droit.

Il s'agit de la **demande d'euthanasie** qui peut être considérée comme un droit.

En introduisant sa volonté à l'euthanasie le patient n'a pas la garantie que celle-ci soit pratiquée. Le médecin recevant la demande est libre d'accepter ou de refuser de pratiquer une euthanasie et ce même si toutes les conditions légales sont respectées. S'il refuse, il est tenu d'en informer le patient ou la personne de confiance. Le patient peut alors se tourner vers un autre médecin.

➤ Question n°4 : Cas clinique : contrôle critères d'éligibilité à l'euthanasie ? (Catégorie A)

* 22 Robert âgé de 62 ans, souffre d'une néoplasie du pancréas déjà au stade métastasé. Son état se dégrade, des soins palliatifs ont été mis en place. Douleur intense mais refus du patient de mise en place d'une pompe et refus des entredoses. Il émet le souhait d'une euthanasie.

Robert est-il éligible à une demande d'euthanasie dite actuelle ?

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Oui, il est en droit de refuser les antidouleurs. Tout patient a la liberté de choix de sa prise en charge médicale. Toutes les conditions sont respectées. Les démarches peuvent être mises en place.
- ☒ Oui, mais sa demande doit être clarifiée. Il est important d'investiguer si cette demande a déjà été émise par le patient dans l'histoire de sa maladie (demande répétée) ou si cette demande résulte de douleurs intolérables (dans ce cas, il faudra s'assurer dans le temps que cette demande se répète).
- ☐ Non, la loi stipule que la demande doit résulter d'une souffrance physique ou psychique prolongée, insupportable et qui ne peut être SOULAGÉE (ce qui n'est pas le cas ici car il refuse les méthodes analgésiques, il faudrait investiguer les raisons de son refus: peur d'effets secondaires, peur d'altération de l'état de conscience,...).
- ☐ Ne sait pas.

23 Voici la réponse correcte à la question précédentes:

"Oui, mais sa demande doit être clarifiée. Il est important d'investiguer si cette demande a déjà été émise par le patient dans l'histoire de sa maladie (demande répétée) ou si cette demande résulte de douleurs intolérables (dans ce cas, il faudra s'assurer dans le temps que cette demande se répète)."

En effet:

-Le patient est un être **conscient et capable d'exprimer sa volonté**.

-La situation médicale est bien **sans issue**.

-La demande semble **volontaire et sans pression extérieure**. La notion de répétition se doit être vérifiée !

-Le patient se trouve bien dans un **état de souffrance physique et peut-être psychique (à investiguer également) constante, insupportable et inapaisable**. Le patient est en droit de refuser les analgésiques. Il est important d'essayer de comprendre son refus afin de clarifier toutes inquiétudes ou questionnements par rapport à ces molécules.

➤ Question n°5-> Sujet : liberté de conscience (Catégorie A et B)

* 24 Au niveau déontologique, quel est le délai pour un médecin faisant appel à sa liberté de conscience (c'est-à-dire ne souhaitant pas réaliser ou participer à l'acte d'euthanasie) pour référer le patient à un confrère ou association et fournir les éléments du dossier médical ?

Une seule réponse correcte.

🔍 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Dans les 72 heures et transfert du dossier dans les 48h
- ☐ Dans les 96 heures et transfert du dossier dans les 72h
- ☒ Dans les 7 jours et transfert du dossier dans les 4 jours
- ☐ Aucune obligation légale ou déontologique

Voici la réponse à la question précédente:

Le médecin recevant la demande d'euthanasie de la part de son patient, est libre d'accepter ou de refuser de pratiquer une euthanasie et ce même si toutes les conditions légales sont respectées. S'il refuse, il est tenu d'en informer le patient ou la personne de confiance **endéans les 7 jours**. Le patient peut alors se tourner vers un autre médecin.

"Ce devoir déontologique ne va toutefois pas jusqu'à l'obligation pour le médecin de s'assurer réellement que le médecin ou la structure médicale vers lequel/laquelle le patient est renvoyé pratiquera aussi de facto une euthanasie."¹

En effet d'après l'article 14 de la loi relative à l'euthanasie: « Si le médecin consulté refuse, sur la base de sa liberté de conscience, de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer **en temps utile (...)** le patient ou la personne de confiance éventuelle en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance » de plus il est tenu : « de communiquer dans les **quatre jours de cette demande le dossier médical du patient** au médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance ».

¹ Obligation déontologique de renvoi en cas de refus de pratiquer une euthanasie – Avis du Conseil national du 6 mai 2017 Doc 0158004 Date de publication 16/09/2017, disponible sur file:///C:/Users/Shanon/Downloads/obligation-deontologique-de-renvoi-en-cas-de-refus-de-pratiquer-une-euthanasie-avis-du-conseil-national-du-6-mai-2017.pdf

➤ Question n°6-> Sujet : opposition de l'institution ? (Catégorie B)

* 26 Face à un patient résidant en maison de repos et de soins demandant l'euthanasie, l'institut dans lequel il réside peut-il refuser qu'elle ait lieu en son sein ?

Une seule réponse correcte.

🔍 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Oui
- ☒ Non
- ☐ Ne sait pas

Voici la réponse à la question précédente:

Pour des raisons organisationnelles, il peut s'avérer inévitable et nécessaire que la direction de la maison de repos et de soins soit mise au courant de la date de l'exécution effective de l'euthanasie. **La direction ne peut pas s'opposer à l'exécution de l'euthanasie et n'a aucun rôle à jouer dans le processus décisionnel.**

Toutefois, chaque membre de l'équipe soignante a le droit de refuser de collaborer à l'exécution de l'euthanasie (sur base de sa liberté de conscience).²

² Euthanasie dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins Doc a169006 Date de publication 25/03/2022, disponible sur <https://ordomedic.be/fr/avis/ethique/euthanasie/euthanasie-dans-les-maisons-de-repos-et-les-maisons-de-repos-et-de-soins>

- Question n°7 -> Cas clinique : Apparition de confusion lors des démarches d'une demande d'euthanasie actuelle : poursuite des démarches ? (Catégorie E)

D12. Jules est un patient âgé de 78 ans, à l'âge de 76 ans lui a été diagnostiqué la démence d'Alzheimer. Face à cette nouvelle, il a décidé de faire une demande anticipée d'euthanasie. Au fur et à mesure des mois qui passent, Jules perd de plus en plus en autonomie et les oublis sont de plus en plus importants. Jules finit par évoquer selon lui "ce besoin de mourir dans la dignité". Les démarches pour une demande actuelle d'euthanasie se mettent en route. Un second avis a été demandé et est favorable. Comme le décès n'est pas évalué à brève échéance, l'avis d'un spécialiste (neurologue ou gériatre) est demandé. A la consultation, Jules semble confus, il ne comprend pas sa venue à l'hôpital, il souhaite rentrer au plus vite à la maison....Les démarches peuvent-elles être poursuivies ?

Oui	☐
Non	☒
Ne sait pas	☐

Note explicative : La réponse est non car altération de la capacité de prise de décision, la capacité de réflexion n'est plus présente chez ce patient.

➤ Question n°8-> Cas clinique : Sédation palliative ou euthanasie ? (Catégorie E)

★ 28 Renée a 82 ans et souffre d'un cancer des intestins métastasé. Elle est dans un état avancé de cachexie et ce à cause de nausées difficilement contrôlables. A savoir que ses douleurs ne sont pas soulagées par les hautes doses de morphiniques. Le docteur décide d'un commun accord avec la patiente et les soins palliatifs que la sédation palliative est la meilleure solution étant donné la phase de sa maladie. Le médecin traitant est conscient du fait que la patiente peut mourir pendant la période de sédation vu les doses de sédatifs utilisées et la fragilité de la patiente. Si Renée décède à la suite de la procédure, est-ce pour vous une forme d'euthanasie ("euthanasie masquée") ?

✓
Oui

⊘
Non

Note explicative : la réponse correcte étant "NON" il s'agit d'une sédation palliative. Cfr Explications question suivante

➤ Question n°9 : Sujet-> Différence entre sédation palliative et euthanasie. (Catégorie E)

★ 30 La nuance entre sédation palliative et euthanasie est souvent assez floue. Quelle est l'affirmation fautive ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☒ L'infirmier peut faire appel à son objection de conscience tout comme dans la procédure d'euthanasie lors d'une demande de sédation palliative.
- ☐ La sédation palliative ne peut être envisagée qu'en phase terminale d'une pathologie contrairement à l'euthanasie.
- ☐ En ce qui concerne la sédation palliative, l'usage de benzodiazépines est fait à dose précise et ce processus est potentiellement réversible. Le patient ne mourra pas plus tôt à cause de ces médicaments.
- ☐ De plus lors d'une sédation palliative, les benzodiazépines peuvent être administrées par le personnel infirmier.
- ☐ Le patient meurt à la suite du processus de la maladie et il n'est pas question d'euthanasie. Tout comme l'euthanasie, la mort est considérée comme naturelle.

31 Voici les réponses correctes à la question précédente :

	Sédation Palliative	Euthanasie
Indications	Symptômes physiques réfractaires	Maladie incurable et souffrance intolérable
Phase terminale uniquement	OUI	NON
Dosage	Titré	Létal -Surdosage
Réversible	En principe	Non
Mort de cause naturelle	Oui	Oui si procédure OK
Raccourcit la vie	Non	Oui
Rôle infirmier	Oui	Interdit
Objection de conscience de l'infirmier	Non	Oui

➤ Question n°10 : Sujet -> Nuance entre demande ANTICIPEE ET ACTUELLE (Catégorie A)

* 32 La loi relative à l'euthanasie expose deux types de demandes: la demande dite anticipée ou la demande dite actuelle.

Quelles sont les affirmations correctes concernant les demandes anticipée et actuelle d'euthanasie ?

3 réponses correctes.

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Le modèle de demande écrite est le même pour une demande anticipée et actuelle.
- ☐ Si un patient ayant fait une demande actuelle d'euthanasie se trouve depuis peu dans un état d'inconscience, cela n'impacte en rien la poursuite de la procédure.
- ☐ Face à un patient ayant fait une demande d'euthanasie anticipée, pour laquelle sa déclaration n'a pas été enregistrée au "système d'enregistrement des déclarations anticipées" est un élément empêchant toute poursuite de la procédure.
- ☐ Si le patient qui souhaite bénéficier d'une euthanasie (demande anticipée déjà rédigée) est conscient, capable d'exprimer sa volonté et dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi, il devra faire une demande actuelle d'euthanasie par écrit, même si une déclaration anticipée relative à l'euthanasie a déjà été rédigée.
- ☐ Une déclaration de demande anticipée d'euthanasie ne sera prise en considération que si le patient est dans un état d'inconscience irréversible et incapable d'exprimer sa volonté.
- ☐ En ce qui concerne une demande d'euthanasie actuelle: cette demande reste valable pendant tout le temps nécessaire (jours ou semaines) à la mise en œuvre de l'euthanasie même si, pendant cette période, l'état du patient s'aggrave et/ou qu'il perd la capacité de s'exprimer (mais pas un état d'inconscience).

33 Voici les réponses à la question précédente:

Le modèle de demande écrite est le même pour une demande anticipée et actuelle-> **Faux**, la demande écrite pour une demande anticipée est une déclaration écrite suivant un modèle prévu par la loi (**désignant entre autres obligatoirement deux témoins**).

Si un patient ayant fait une demande actuelle d'euthanasie se trouve depuis peu dans un état d'inconscience, cela n'impacte en rien la poursuite de la procédure-> **Faux**, une demande d'euthanasie actuelle **impose que le patient soit dans un état de conscience** afin de pouvoir s'assurer de la permanence de la demande.

Face à un patient ayant fait une demande d'euthanasie anticipée, pour lequel sa déclaration n'a pas été enregistrée au "système d'enregistrement des déclarations anticipées" est un élément empêchant toute poursuite de la procédure-> **Faux**, le médecin peut dès lors **faire appel à la famille pour savoir si le patient en a rédigé une**.

Si le patient qui souhaite bénéficier d'une euthanasie (via une demande anticipée) est conscient, capable d'exprimer sa volonté et dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi, il devra faire une demande actuelle d'euthanasie par écrit, même si une déclaration anticipée relative à l'euthanasie a déjà été rédigée-> **Vrai**.

Une déclaration de demande anticipée d'euthanasie ne sera prise en considération que si le patient est dans un état d'inconscience irréversible et incapable d'exprimer sa volonté-> **Vrai**.

En ce qui concerne une demande d'euthanasie actuelle: cette demande reste valable pendant tout le temps nécessaire (jours ou semaines) à la mise en œuvre de l'euthanasie même si, pendant cette période, l'état du patient s'aggrave et/ou qu'il perd la capacité de s'exprimer (mais pas un état d'inconscience)-> **Vrai**.

Voici quelques clarifications concernant l'état de conscience réduite (concerne une demande d'euthanasie actuelle) :

- Si aucune date concrète n'a encore été fixée pour l'exécution de l'euthanasie et que le patient devient entre-temps invalide, le médecin **ne peut plus être sûr de la permanence de la demande et ne procède pas à l'euthanasie**.
- Dans le cas d'un patient valide ayant une demande répétée et soutenue, un moment précis pour la procédure d'euthanasie a été convenu, le médecin exécutant **peut raisonnablement supposer que la procédure d'euthanasie a été commencée** et peut être achevée avec cette planification spécifique.
- Si, toutefois, pendant l'épisode d'incapacité, **des doutes** surgissent quant à la permanence de la demande, la procédure doit être **interrompue et l'euthanasie ne peut être pratiquée**.

➤ Question n°11 : Sujet->Gestion des proches -annonce de la décision du patient (Catégorie B)

* 34 Le fils d'un de vos patients qu'il n'a pas vu depuis 15 ans, vous appelle pour avoir de plus amples informations par rapport à la demande d'euthanasie de son père ? Quelle est votre réaction ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Je lui explique que je dois d'abord m'entretenir avec son père en lui demandant son accord d'aborder le sujet avec son fils, après tout la consultation des proches du patient n'est pas une obligation légale.
- ☐ Je réponds à ces questions car dans la procédure de contrôle de la Commission de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie, l'entretien avec la famille est un des points vérifiés.
- ☒ Je lui explique que cela ne le concerne pas pour le moment et que je dois m'entretenir avec la personne concernée c'est à dire son père car sinon violation du secret professionnel.

Je lui explique que cela ne le concerne pas et que je dois m'entretenir avec son père pour m'assurer de son accord d'aborder le sujet avec son fils car sinon **risque de violation du secret professionnel**.

Il est vrai que deux devoirs se confrontent : d'un côté **le secret professionnel** et de l'autre le **devoir selon la procédure de la Commission de Contrôle et d'Evaluation de l'euthanasie (CCEE) de s'entretenir avec la famille du patient**. A savoir que *le secret professionnel primera toujours*.

A noter qu'il est possible dans le document à remettre à la CCEE de spécifier cette impossibilité d'entretien avec la famille du patient et de donner quelques informations justificatives.

En discutant avec des médecins ayant l'expérience de pratiquer l'euthanasie ou de donner un second avis, la poursuite de la démarche est évidemment plus sereine quand la famille en est informée et est soutenante face à cette décision. L'opposition des membres de la famille/amis peut être source de pression et par conséquent pousser un médecin à faire appel à sa liberté de conscience de peur de poursuite(s) judiciaire(s). **Cependant en aucun cas un proche peut s'opposer à la demande d'euthanasie d'un patient !**

➤ Question n°12 : Sujet -> patient souffrant de polypathologie (Catégorie A)

* 36 Dans la cas de demande d'euthanasie chez un patient souffrant de polypathologie (soit un diabète de type 2, une insuffisance rénale et une cirrhose alcoolique) dont le décès est attendu à brève échéance, la loi exige de demander l'avis du spécialiste de la pathologie engendrant le décès ?



Oui



Non

En cas de polypathologie (ce qui est de plus en plus fréquent avec le vieillissement de la population), la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie **considère les généralistes comme des spécialistes sur la base de leur expérience**. En cas de décès n'étant pas prévu à brève échéance, le second avis obligatoire peut donc être donné par un médecin généraliste (en d'autres termes, le médecin généraliste du patient peut faire appel à deux confrères généralistes pour les deux avis).

NB; la souffrance physique et/ou psychique DOIT être en lien avec la notion de polypathologie pour être éligible à une demande d'euthanasie actuelle.

Dans le document à remettre à la commission, il est important de stipuler la notion de polypathologie mais également de préciser au moins deux affections graves et incurables.

Définition de polypathologie reconnue par la CFCEE (Van den Akker en 1996): **« la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques ou aiguës et conditions médicales chez une même personne »**.

➤ Question n°13 : Sujet-> Notion de brève échéance du décès (Catégorie A)

★ 38 En cas de demande anticipée, la notion d'**échéance** du décès s'avère importante pour la suite de la procédure. La notion de brève échéance et non à brève échéance est ainsi évoquée.

Quelles sont les affirmations correctes par rapport à la notion de brève échéance ?

Deux affirmations correctes.

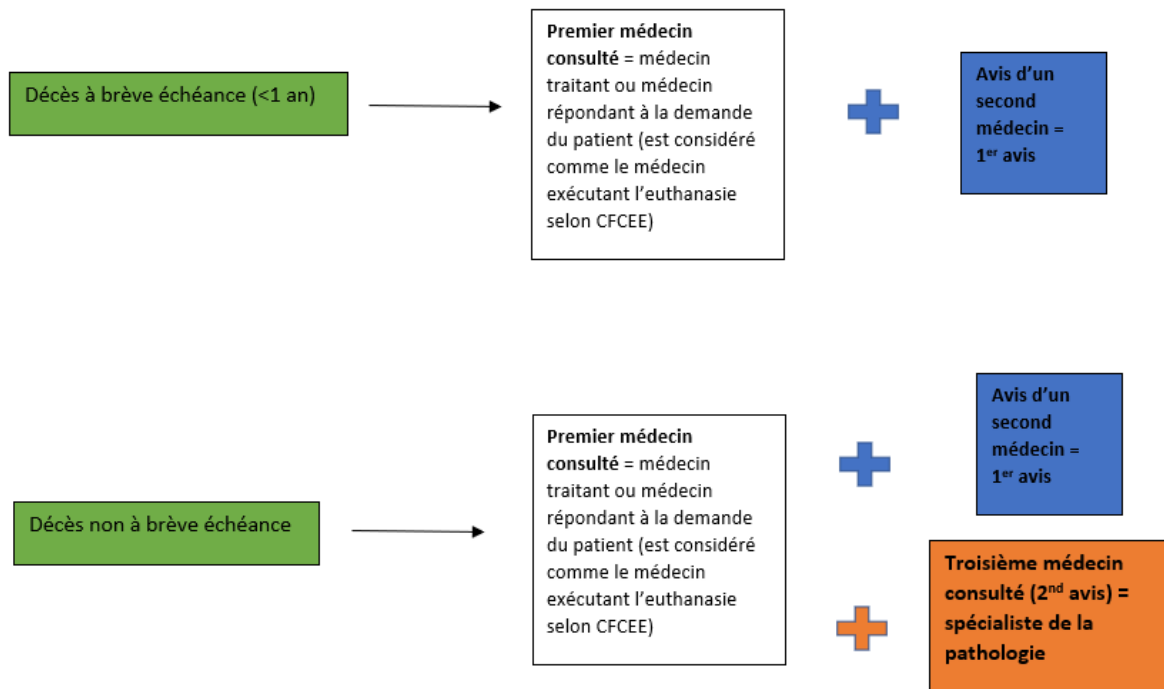
📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ La notion de brève échéance signifie que le décès est attendu dans les jours OU les semaines qui suivent.
- ☐ Si le décès est prévu à brève échéance, pas de nécessité de délai entre les deux avis/ rédaction de la demande écrite et l'acte d'euthanasie.
- ☐ Si le décès n'est pas prévu à brève échéance, la loi exige un délai de 1 mois entre le 3^{ème} avis et l'acte d'euthanasie.

La notion de brève échéance signifie que le décès est attendu dans les jours, les semaines ou les mois qui suivent (< 1 an).

Si le décès est prévu à brève échéance, **pas de nécessité** de délai entre les deux avis/rédaction de la demande écrite et l'acte d'euthanasie.

Si le décès n'est pas prévu à brève échéance, **le délai à respecter entre le 3^{ème} avis et l'acte est d'un mois.**



➤ Question n°14 : Sujet-> Obligation du second avis (Catégorie A)

* 40 La loi exige face à une demande d'euthanasie dite actuelle la nécessité d'un second avis d'un médecin affirmant que le patient répond bien aux critères autorisant l'euthanasie. Quelles sont les affirmations correctes ?

Deux réponses correctes.

🔍 Cochez la ou les réponses

- ☐ Il doit être un spécialiste de la pathologie en cause.
- ☐ Il n'est pas nécessaire qu'il examine le patient.
- ☒ Il est nécessaire qu'il prenne connaissance du dossier médical.
- ☐ Il faut avant de le contacter, être sûr que la patient va mourir dans un court laps de temps (moins d'un mois).
- ☐ Il peut s'agir de votre assistant/assistante, ou un de vos collègues.
- ☒ Si vous refusez de pratiquer le geste mais que vous souhaitez participer à la procédure d'euthanasie, il peut s'agir du médecin en charge de pratiquer le geste.

En ce qui concerne l'avis d'un second médecin en cas de décès à brève échéance, le second médecin peut également être **un médecin généraliste indépendant à la fois du patient et du premier médecin ayant donné son avis (assistant(e) ou collègue d'une même maison médicale non autorisé)**.

Par extension, éviter dès lors de prendre le spécialiste du patient lors d'un décès non estimé à brève échéance pour l'avis du troisième médecin car pas d'indépendance par rapport au patient.

Il est primordial que le **médecin s'entretienne, examine le patient et consulte le dossier médical.**

Pas de délai nécessaire entre le décès escompté et l'avis. A noter comme il s'agit d'un décès à brève échéance, pas de délai à respecter entre l'acte et l'avis du deuxième médecin.

Le médecin donnant un avis (que ce soit le premier médecin et/ou le deuxième médecin en cas de décès non prévu à brève échéance) **ne peut être le médecin exécutant !**

➤ Question n°15 : Sujet-> demande manuscrite (Catégorie C)

* 42 Face à une demande d'euthanasie actuelle, il est demandé dans la procédure que la demande soit rédigée de manière manuscrite. Quelles sont les conditions à respecter ?

Deux réponses correctes.

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Si son état physique ne le rend pas capable (hémiplegie droite et droitier), la demande peut être transcrite et signée par le médecin en charge de l'euthanasie ou par une personne de confiance.
- ☐ Ce document doit être consigné dans le dossier médical du patient.
- ☐ Cette demande peut être formulée par écrit avant même l'exploration de la demande par le médecin et pourra être considérée comme la demande manuscrite demandée par la loi.
- ☐ Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de l'écriture de sa main doivent y être mentionnées.
- ☐ Elle peut être rédigée à l'ordinateur en présence du médecin et signée par le patient

Si son état physique ne le rend pas capable la demande peut être transcrite et signée par une personne **n'ayant aucun bénéfice au décès du patient** (financier, moral,...). Cette demande doit être rédigée **en présence du médecin traitant** et contre signée par ce dernier. Il doit s'agir d'une **rédaction manuscrite** et non pas transcrite par un ordinateur.

Ce document doit être **consigné dans le dossier médical du patient**.

Cette demande peut être formulée par écrit avant même l'exploration de la demande par le médecin mais devra être à **nouveau rédigée par le patient en présence du médecin et contre-signée par celui-ci**.

Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de l'écriture de sa main doivent y être mentionnées.

➤ Question n°16 -> Sujet : Demande actuelle (Catégorie A)

* 44 A la demande actuelle d'une euthanasie par un patient, si le décès n'est pas prévu à brève échéance (décès attendu dans l'année), quelles sont les affirmations correctes ?

Deux réponses correctes.

❗ Cochez la ou les réponses

- ☐ Si le décès ne survient pas à brève échéance, le délai entre le 3^{ème} avis et l'acte d'euthanasie se doit d'être d'un mois.
- ☐ L'appréciation de la date du décès escompté est souvent laissée au médecin et peut évaluer l'échéance du décès via l'Echelle des performances pour patients en soins palliatifs.
- ☐ Si le décès n'est pas prévu à brève échéance, l'avis d'un 3^{ème} médecin est suggéré, notamment le médecin spécialiste de la pathologie dont souffre la patient (ex: oncologue si cancer, cardiologue si insuffisance cardiaque, ...).

- Si le décès ne survient pas à brève échéance, le délai entre le 3^{ème} avis et l'acte d'euthanasie **se doit d'être de un mois.**
- L'appréciation de la date du décès escompté est souvent laissée au médecin et peut évaluer l'échéance du décès via l'**Echelle des performances pour patients en soins palliatifs.**
- Si le décès n'est pas prévu à brève échéance l'**avis d'un 3^{ème} médecin est OBLIGATOIRE**, notamment le **médecin spécialiste** de la pathologie dont souffre la patient (ex: oncologue si cancer, cardiologue si insuffisance cardiaque, ...).

Echelle de Performance pour Patients en Soins Palliatifs (PPS version 2)

Niveau performance	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Translation by Dr Sandra Legault, Dr Carroll Laurin, Maryse Bouvette, RN

➤ Question n°17 : Sujet -> les produits ("euthanasiques") (Catégorie D)

* 46 Concernant les produits à utiliser quelles sont les **3 affirmations correctes** ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Les benzodiazépines (midazolam) peuvent être utilisées en vue d'induire un coma.
- ☐ Les opiacés et l'insuline sont des alternatives et peuvent être considérés comme un inducteur de coma.
- ☐ Le chlorure de potassium est une option possible si l'arrêt cardiaque vient à tarder malgré l'induction du coma.
- ☐ Le dosage de l'inducteur de coma, ainsi que du curarisant pour un patient dont le poids corporel est supérieur à 150 kg nécessite l'avis d'un anesthésiste.
- ☐ Le dosage pour induire une inconscience adéquate ne dépend que marginalement du poids.
- ☒ La dose de thiopental (2000 mg) à utiliser si cette molécule est choisie comme inducteur de coma est 10 x plus élevée que pour une anesthésie générale.

Les benzodiazépines (midazolam) peuvent être utilisées en vue d'induire un coma-> Faux, uniquement comme sédatif.

Les opiacés et l'insuline sont des alternatives et peuvent être considérés comme un inducteur de coma-> Faux

Le chlorure de potassium est une option possible si l'arrêt cardiaque vient à tarder malgré l'induction du coma-> Faux

Le dosage de l'inducteur de coma ainsi que du curarisant pour un patient dont le poids corporel est supérieur à 150 kg nécessite l'avis d'un anesthésiste-> Vrai

Le dosage pour induire une inconscience adéquate ne dépend que marginalement du poids-> Vrai, c'est la concentration maximale dans le sang et donc dans le cerveau qui est déterminante le tout dès lors influencé par la vitesse d'injection (plus l'administration est lente plus le risque de redistribution dans le tissu adipeux est élevée et plus l'efficacité du médicament est faible).

La dose de thiopental (2000 mg) à utiliser si cette molécule est choisie comme inducteur de coma est 10 x plus élevée que pour une anesthésie générale-> Vrai

➤ Question n°18 : Sujet-> Protocoles médicamenteux (Catégorie D)

* 48 Dans la loi concernant l'euthanasie, les produits autorisés pour provoquer l'euthanasie (la sédation via midazolam, l'inducteur de coma avec le thiopental sodique et le rocuronium bromure comme curarisant) ont été listés, les médecins ont dès lors l'obligation d'utiliser ces produits. Un protocole stricte a-t-il été créé par un consensus d'experts (produits à utiliser, ordre d'usage, doses à respecter) ?

✓
Oui

⊘
Non

49 Selon la loi aucun protocole en termes de médication doit être respecté. Par contre voici la liste des médicaments disponibles et autorisés à cet effet en Belgique :

Principe actif	Spécialités ⁽¹⁾⁽²⁾	CNK
Etape 1 (facultatif)		
Midazolam Dose : 1 à 5 à 15 mg (2,5 mg ⁽³⁾), en fonction de si on veut obtenir un effet calmant ou sédatif.	Midazolam Accord® 10 x 5 mg/5 ml Midazolam Accord® 10 x 15 mg/3 ml Midazolam B. Braun® 1 x 5 mg/5 ml ^(par défaut) Midazolam B. Braun® 1 x 50 mg/10 ml Midazolam B. Braun® 10 x 15 mg/3 ml Midazolam Mylan® 10 x 5 mg/5 ml Midazolam Mylan® 10 x 15 mg/3 ml	2983989 2983997 2476141 2476166 2476158 2661098 2661106
Etape 2		
Thiopental sodique Dose : 2 g (pour max. 150 kg de poids corporel ⁽³⁾)	Tiobarbital Braun® 1 g	2881803 (Prévoir 3 fl.)
2ème choix :		
Propofol formulé avec TCM* (Dose : 1 g ⁽³⁾)	Propofid® 2 %, 1 x 50 ml (flacon) Propofid® 2 %, 1 x 50 ml (ser. pré-remplie)	2438729 3078128 (En prévoir 2)
Lidocaïne chlorhydrate (Dose : 20 mg ⁽³⁾)	Lidocaïne Accord® 1 x 200 mg/20 ml Xylocaïne® 1 %, 1 x 20 ml	3373131 0137554

Etape 3 (au choix)		
Atracurium bésilate Dose : 100 mg	Tracrium® 5 x 50 mg/5 ml	0614826
	Tracrium® 10 x 25 mg/2,5 ml	0674671
Cisatracurium bésilate Dose : 10 à 20 mg (30 mg ⁽³⁾)	Cisatracurium Accord® 5 x 10 mg/5 ml	3262987
	Cisatracurium Accord® 5 x 20 mg/10 ml	3262979
	Cisatracurium Fresenius K.® 5 x 10 mg/5 ml	2906071
	Cisatracurium Fresenius K.® 5 x 20 mg/10 ml	2906089
	Nimbex® 5 x 10 mg/5 ml	1260140
	Nimbex® 5 x 20 mg/10 ml	1260157
Mivacurium chlorure⁽³⁾ Dose: 20 mg	Mivacron® 5 X 10mg/5 ml	1114412
	Mivacron® 5 X 20mg/10 ml	1114404
Rocuronium bromure Dose : 100 mg (150 mg ⁽³⁾)	Esmeron® 10 x 50 mg/5 ml	2562387
	Rocuronium Braun® 10 x 50 mg/5 ml	2658201
	Rocuronium Fresenius® 10 x 50 mg/5 ml	2582401

* TCM= Triglycérides à chaîne moyenne

http://www.appl.be/Upload/Euthanasie_DOCU_FR_2018.pdf

➤ Question n°19 : Sujet -> Méthode IV (Catégorie D)

★ 50 Par rapport à la méthode IV, quelles sont les précautions à prendre ? Quelles sont les **2 affirmations fausses** ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Au moins 24h à l'avance, il est primordial de contrôler l'abord veineux. Il est important de trouver une veine de bon calibre.
- ☐ La perfusion peut être insérée dans une veine de la main, de l'avant bras, de la cheville, de la face ventrale de la malléole médiale. Si pas de voie d'abord-> réchauffer les extrémités.
- ☐ L'utilisation d'un port à cath ou PICC -line est autorisé; test d'aspiration au préalable pour s'assurer que fonctionnel.
- ☐ L'impossibilité d'insérer un KT est la principale raison de l'échec d'une procédure d'euthanasie !
- ☐ L'injection du produit peut-être partielle (pas de nécessité d'injecter la totalité de la dose de thiopental sodique) pour des personnes cachexiques.
- ☐ Le niveau d'inconscience adéquate avant l'administration du myorelaxant peut être déterminé de la sorte. Avoir au moins deux des caractéristiques suivantes : -Les réflexes de protection, tel que le réflexe des cils, sont absents, -Grave dépression de la circulation, pouls lent et filant -Dépression sévère de la ventilation, respiration lente et superficielle
- ☐ L'injection du curarisant peut se faire dans la foulée de l'inducteur de coma dès que celui-ci a été confirmé (pas de délai à respecter) !

Au moins 24h à l'avance il est primordial de **contrôler l'abord veineux**. Il est important de trouver une veine de bon calibre.

La perfusion peut être insérée dans une veine de la main, de l'avant bras, de la cheville, de la face ventrale de la malléole médiale. Si pas de voie d'abord-> réchauffer les extrémités ou mise en place d'une voie centrale en ambulatoire.

Ok pour utilisation **port à cath (PICC-ligne)**-> test aspiration pour s'assurer que fonctionnel.

La voie intraveineuse est la plus fiable et la plus rapide pour pratiquer l'euthanasie et doit donc être recommandée.

L'impossibilité d'insérer un cathéter est la **principale raison de l'échec d'une procédure euthanasie** ! Exemple : hypovolémie, hémiplegie, patient "cortisoné", œdème sévère des membres, obésité morbide, ...

L'injection doit toujours être complète du produit (inducteur de coma ou curarisant) et non partielle.

Délais de 5 min entre l'injection de l'inducteur de coma et le curarisant, si trop rapide peut provoquer la mort et engendrer un choc des proches car trop brutal .

Le niveau d'inconscience adéquate avant l'administration du myorelaxant peut être déterminée de la sorte ->

Avoir au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- Les réflexes de protection sont absents (exemple : réflexe cornéen),
- Grave dépression circulatoire : pouls lent/filant et modification de l'aspect de la peau,
- Dépression sévère de la ventilation : respiration lente et superficielle.

➤ Question n°20 ; Cas clinique -> notion de suicide assisté (Catégorie E)

* 52 Voici un cas clinique:

Léo, 43 ans, est un patient paraplégique avec des problèmes respiratoires. Il sait qu'il ne vivra plus longtemps. De ce fait, il décide de dire au revoir à ses proches dans la dignité. Il souhaite prendre un sirop de barbiturique en compagnie de sa famille et de son médecin. Répondant à tous les critères d'une demande actuelle, la demande d'euthanasie est acceptable et son médecin accepte la demande de Léo. Léo prend le sirop mais il n'est pas capable de finir la bouteille entièrement car il finit par s'endormir. Le médecin doit dès lors poursuivre l'euthanasie en ajoutant des barbituriques en IV si l'état d'inconscience n'est pas optimale et par la suite le curarisant. Selon vous, est-ce un suicide médicalement assisté ? Ou cette procédure peut être assimilée à une euthanasie ?

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Euthanasie
- ☒ Suicide assisté
- ☐ Ne sait pas

Explications : il s'agit d'un suicide médicalement assisté assimilable à une euthanasie !

➤ Question n°21 : Sujet -> Méthode par voie orale (Catégorie D)

* 53 En ce qui concerne la voie orale, quelle est l'affirmation incorrecte ?

🗳️ Cochez la ou les réponses

- ☐ Prendre la préparation avec une paille est préconisé.
- ☐ Les contre-indications sont les suivantes: nausées et vomissements, trouble de la déglutition, patient déshydraté, troubles gastro-intestinaux (vidange gastrique ralenti), débit cardiaque faible-> difficulté en terme d'adaptation du dosage !
- ☐ Le médecin doit rester présent tout au long du processus de mort afin d'apporter à tout moment l'aide nécessaire conformément aux dispositions prises.
- ☐ Une voie d'accès IV est prévue à l'avance afin qu'en cas d'échec de l'administration orale le médecin puisse quand même procéder à l'euthanasie via l'injection de curarisant.
- ☐ Prescrire un antiémétique à prendre environ 1 h ou 2 h avant l'acte.
- ☐ L'ingestion d'un sirop contenant un barbiturique est considérée selon la commission de contrôle de l'euthanasie comme étant un suicide médicalement assisté assimilable à une euthanasie. En effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée.

Prendre la préparation avec une paille est à éviter, car risque d'endormissement du patient avant la prise complète de l'inducteur de coma pouvant provoquer le décès.

Les contre-indications sont les suivantes: nausées et vomissements, trouble de la déglutition, patient déshydraté, troubles gastro-intestinaux (vidange gastrique ralenti), débit cardiaque faible-> difficulté en terme d'adaptation du dosage !

Le médecin doit rester présent tout au long du processus de mort afin d'apporter à tout moment l'aide nécessaire conformément aux dispositions prises.

Une voie d'accès IV est prévue à l'avance afin qu'en cas d'échec de l'administration orale le médecin puisse quand même procéder à l'euthanasie via l'injection de curarisant.

Prescrire un antiémétique à prendre environ 1 h ou 2 h avant l'acte.

L'ingestion d'un sirop contenant un barbiturique est considéré selon la commission de contrôle de l'euthanasie comme étant un suicide médicalement assisté assimilable à une euthanasie. En effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée.

➤ Question n°22 : Sujet -> L'inducteur de coma (Catégorie D)

* 55 Parmi ces propositions, quelles sont **les 3 affirmations correctes** ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ La sédation avant l'injection de l'inducteur du coma est toujours nécessaire.
- ☐ L'administration de lidocaïne en IV avant l'injection de l'inducteur de coma empêche toute sensation désagréable suite à l'injection de l'inducteur de coma.
- ☐ L'inducteur de coma peut être injecté en bolus.
- ☐ Le décès est généralement attendu dans les 5 minutes après l'injection de l'inducteur de coma.
- ☐ Si le décès survient à la suite de l'injection de l'inducteur de coma, l'injection du myorelaxant ne s'avère pas nécessaire.
- ☐ Le patient peut être actif en injectant lui même l'inducteur de coma ou en avalant un sirop.
- ☐ Il est indispensable de rincer entre l'administration de l'inducteur de coma et le curarisant car risque d'obstruction du butterfly.

La sédation avant l'injection de l'inducteur du coma est préconisée mais pas obligatoire !

L'administration de lidocaïne en IV avant l'injection de l'inducteur de coma évite les sensations désagréables suite à l'injection de l'inducteur de coma **mais une sensation douloureuse peut persister.**

L'inducteur de coma peut être injecté en bolus tout comme le curarisant. **Aucun protocole obligatoire concernant la méthode d'administration: voici les 3 voies possibles: en IV en bolus, en IV via perfusion ou PO.**

Le décès est généralement attendu dans les 5 minutes après l'injection du curarisant !

Si le décès survient à la suite de l'injection de l'inducteur de coma (arrêt respiratoire), **l'injection du myorelaxant reste toujours préconisée pour provoquer l'arrêt cardiaque.**

Le patient peut être **actif** en injectant lui même l'inducteur de coma ou en avalant un sirop.

Il est indispensable de rincer entre l'administration de l'inducteur de coma et le curarisant **car risque d'obstruction du butterfly car précipitation.**

➤ Question n°23 : Sujet -> Autres méthodes, don d'organes, dispositifs cardiaques implantables. (Catégorie :D et E)

* 57 Parmi ces propositions, quelle est l'affirmation correcte ?

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☒ La méthode orale est équivalente à la méthode intra-veineuse pour autant que les contre-indications à la voie orale aient été exclues.
- ☐ La voie rectale et la voie sous-cutanée peuvent être des options possibles pour les patients souffrant de vomissement et dont le capital veineux est limité.
- ☐ En ce qui concerne les dispositifs cardiaques implantés: il est primordial de désactiver le pacemaker ainsi que le défibrillateur avant l'euthanasie.
- ☐ Don d'organe après l'euthanasie : l'euthanasie doit avoir lieu obligatoirement à l'hôpital (attention sauf si tumeur maligne !).

La méthode orale est équivalente à la méthode intra-veineuse pour autant que les contre-indications à la voie orale aient été exclues-> **Vrai**.

La voie rectale et la voie sous-cutanée peuvent être des options possibles pour les patients souffrant de vomissement et dont le capital veineux est limité-> **Faux**, si la voie veineuse est complexe, faire appel à des collègues plus expérimentés. La voie sous-cutanée, intra-musculaire et rectale sont fortement déconseillées.

En ce qui concerne les dispositifs cardiaques implantés: il est primordial de désactiver le pacemaker ainsi que le défibrillateur avant l'euthanasie. -> **Faux**, les pacemakers ne sont en général pas désactivés dans la phase terminale de la vie, le processus de mort n'est pas directement influencé par la présence de ce dispositif. Si on le désactive cela peut augmenter l'inconfort du patient et il est primordial de demander l'avis du cardiologue au préalable.

Selon le guide de bonne pratique clinique des Pays-Bas, *il est recommandé de désactiver les défibrillateurs. Prévoir dès lors un rdv chez un rythmologue, si l'euthanasie se déroule plus tôt, y déposer un aimant peut être envisagé pour le désactiver.*

Don d'organe après l'euthanasie : l'euthanasie doit avoir lieu obligatoirement à l'hôpital (attention sauf si tumeur maligne !)-> **Faux**, l'euthanasie peut avoir lieu à domicile si don de peau ou des tissus oculaires.

➤ Question n°24 : Sujet -> rôle de l'infirmier (Catégorie B)

* 59 Quels sont les rôles possibles que peut exercer l'infirmier ou l'infirmière dans la procédure d'euthanasie, deux réponses correctes ?

! Cochez la ou les réponses

- ☒ Poser la perfusion (ordonnance du médecin nécessaire lui donnant l'autorisation).
- ☒ Préparer les produits (ordonnance du médecin nécessaire lui donnant l'autorisation).
- ☐ Injection du sédatif (midazolam) (ordonnance du médecin nécessaire lui donnant l'autorisation)

- **L'avant :** Son rôle n'est pas clairement défini au sein de la loi, car l'exécution de l'euthanasie est le rôle du médecin. Cependant les infirmières ont un rôle primordial que ce soit dans **la détection et la clarification d'une demande d'euthanasie, dans l'assistance à l'exécution, dans le suivi et le soutien de la famille/personnel soignant.**

La présence de l'infirmière sera discutée au préalable avec le patient. Si la présence d'un infirmier est appréciée lors de la mise en œuvre de l'euthanasie, il s'agira de préférence de l'infirmier qui a participé au processus de décision.

- **Le pendant :** L'infirmière n'effectue **aucun acte d'exécution pendant l'administration de l'euthanasie.** L'infirmière se concentre sur le confort du patient, en soutenant le patient et ses proches, en contrôlant la perfusion et en offrant un environnement calme et serein.

"L'exécution de l'euthanasie" ou les "actes d'euthanasie" s'entendent au sens strict comme l'injection de médicaments létaux qui entraînent la mort du patient. C'est la tâche du médecin et elle ne peut en aucun cas être déléguée à une infirmière.

La **"préparation à l'euthanasie"** est définie comme tout acte antérieur à l'acte exécutif (tel que décrit ci-dessus). Cette tâche peut être effectuée par une infirmière. Les actions préparatoires sont, par exemple, la pose d'une perfusion ou la préparation de médicaments.

! Attention ! : l'injection de midazolam ne peut être réalisée que par le médecin lui-même car ce dernier doit s'assurer auprès du patient que l'euthanasie est toujours son souhait (ne pas perturber son état de conscience).

NB: quand j'emploie le terme "infirmières"-> je parle du personnel infirmier au sens large

➤ Question n°25 : Sujet -> rôle du pharmacien (Catégorie B)

* 61 Un pharmacien peut-il refuser de délivrer le matériel et les produits nécessaires à l'euthanasie, **une seule réponse correcte** ?

🔊 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Non, ne participant pas de manière active à l'acte d'euthanasie, la pharmacien ne peut faire appel à la liberté de conscience.
- ☐ Oui, uniquement si il s'agit d'une préparation d'un euthanasique per os.
- ☒ Oui, le pharmacien étant un acteur à part entière du processus d'euthanasie, il peut faire appel à sa liberté de conscience et après tout, l'euthanasie n'est pas considérée comme une urgence médicale.
- ☐ Non, à partir du moment où le médecin a veillé à s'assurer que les conditions légales étaient respectées et qu'il a pris contact dans un délai raisonnable avec le pharmacien comme il est demandé dans la suite de la procédure d'euthanasie, le pharmacien ne peut dès lors refuser de délivrer le matériel et les euthanasiques.

Le pharmacien étant un acteur à part entière du processus d'euthanasie, **il peut faire appel à sa liberté de conscience**. De plus l'euthanasie n'est pas considérée comme une urgence médicale. C'est une procédure qui se prépare dans le temps. En ce qui concerne les décès prévus à brève échéance, il n'y a pas de délai minimal légal à respecter entre la demande du patient et l'acte d'euthanasie.

S'il fait appel à sa liberté de conscience, il se doit de référer vers un confrère qui potentiellement acceptera de délivrer le matériel nécessaire.

➤ Question N°26 : Sujet -> Rappel des critères d'éligibilité via de brèves situations cliniques (Catégorie A et E)

* 63 Parmi les personnes suivantes, qui est "éligible" à l'euthanasie dite actuelle (4 bonnes réponses)?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Une personne souffrant de démence
- ☒ Une personne souffrant d'une pathologie au stade terminal dont les plaintes douloureuses ne peuvent être soulagées
- ☒ Une personne tétraplégique suite à un accident de la route sous respirateur artificiel et sonde naso-gastrique pour l'alimentation avec une souffrance psychique devenue insupportable
- ☐ Un patient traumatisé de la route entraînant des lésions neurologiques aboutissant à un coma irréversible
- ☒ Un patient alcoolique avec une cirrhose décompensée ABSTINENT
- ☒ Une patiente de 102 ans atteinte d'une cécité irréversible entraînant une souffrance psychique intolérable

Une personne souffrant de démence-> **Faux**, la capacité de discernement étant abolie

Une personne souffrant d'une pathologie au stade terminal dont les plaintes douloureuses ne peuvent être soulagées-> **Vrai**

Une personne tétraplégique suite à un accident de la route sous respirateur artificiel et sonde naso-gastrique pour l'alimentation avec une souffrance psychique devenue insupportable-> **Vrai**, le décès n'étant pas attendu à brève échéance, nécessité d'un avis d'un psychiatre.

Un patient traumatisé de la route entraînant des lésions neurologiques aboutissant à un coma irréversible-> **Faux**, ce patient est éligible à l'euthanasie uniquement si demande anticipée réalisée.

Un patient avec une cirrhose alcoolique décompensée abstinent-> **Vrai**.

Une patiente de 102 ans atteinte d'une cécité irréversible entraînant une souffrance psychique intolérable-> **Vrai**, avis d'un gériatre ou psychiatre nécessaire car décès non à brève échéance.

➤ Question n°27 : Sujet -> ordonnance pour l'obtention du matériel et produits (Catégorie C)

* 65 Concernant les éléments indispensables à écrire sur l'ordonnance pour la délivrance des "euthanasiques", quelle est l'affirmation fausse ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Le nom et la date de naissance du patient.
- ☐ Le médicament avec la dose et la quantité (souvent prescrire en double par précaution).
- ☐ Les dispositifs médicaux nécessaires.
- ☐ L'ajout : "pour remettre personnellement les médicaments au médecin".
- ☐ L'ajout : "en application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie".
- ☒ Une alternative possible est une prescription mentionnant: "kit euthanasie" ce qui permet d'obtenir un kit préparé avec tous les éléments nécessaires avec la sûreté de ne pas omettre du matériel.
- ☐ Si vous désirez prescrire l'euthanasique sous format per os, il est indispensable de le mettre sous format d'ordonnance magistrale.

Le nom et la date de naissance du patient-> Vrai

Le médicament avec la dose et la quantité (souvent prescrire en double par précaution)-> Vrai

Les dispositifs médicaux nécessaires.-> Vrai

L'ajout : "pour remettre personnellement les médicaments au médecin"-> Vrai

L'ajout : "en application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie"-> Vrai

Une alternative possible est une prescription mentionnant: kit euthanasie, ce qui permet d'obtenir un kit préparé avec tous les éléments nécessaires avec la sûreté de ne pas omettre du matériel-> Faux, le conseil national de l'ordre des médecins dans son avis du 22 mars 2003 est d'avis que la prescription, par un médecin, d'un « kit euthanasie » ne répond pas aux principes suivants : connaissance approfondie des produits adéquats et éventuels dispositifs d'administration et liberté thérapeutique.

Si vous désirez prescrire l'euthanasique sous format PO, il est indispensable de le mettre sous format d'ordonnance magistrale-> Vrai

➤ Question n°28 : Sujet -> les démarches après l'acte d'euthanasie (Catégorie C)

* 67 Après le décès, quelles sont les démarches à entreprendre (4 réponses correctes) ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☒ Compléter le déclaration de décès (certificat de décès modèle IIIC) en cochant (mort naturelle) et notifier l'affection qui a justifié l'euthanasie.
- ☐ La procédure d'euthanasie doit être mentionnée comme étant la cause du décès.
- ☒ Pour les polices d'assurance ou autres documents officiels qui exigent que la cause du décès du patient soit indiquée, la cause du décès est une mort naturelle.
- ☒ Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie remet le document d'enregistrement dûment rempli à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation des euthanasies (CFCEE) dans les quatre jours ouvrables par envoi recommandé avec accusé de réception. Ce document est constitué de 2 volets. A savoir que la commission peut nous contacter par mail pour obtenir de plus amples informations (nous devons également y répondre dans les 4 jours ouvrables).
- ☒ Collectez tout le matériel non utilisé et remettez-le au pharmacien, lui demander un reçu comme preuve.

Une personne souffrant de démence-> **Faux**, la capacité de discernement étant abolie

Une personne souffrant d'une pathologie au stade terminal dont les plaintes douloureuses ne peuvent être soulagées-> **Vrai**

Une personne tétraplégique suite à un accident de la route sous respirateur artificiel et sonde naso-gastrique pour l'alimentation avec une souffrance psychique devenue insupportable-> **Vrai**, le décès n'étant pas attendu à brève échéance, nécessité d'un avis d'un psychiatre.

Un patient traumatisé de la route entraînant des lésions neurologiques aboutissant à un coma irréversible-> **Faux**, ce patient est éligible à l'euthanasie uniquement si demande anticipée réalisée.

Un patient avec une cirrhose alcoolique décompensée abstinent-> **Vrai**.

Une patiente de 102 ans atteinte d'une cécité irréversible entraînant une souffrance psychique intolérable-> **Vrai**, avis d'un gériatre ou psychiatre nécessaire car décès non à brève échéance.

Catégorie A : Aspect légal

Catégorie B : Positionnement des différents intervenants

Catégorie C : Aspect administratif

Catégorie D : Aspects pharmacologique et technique

Catégorie E : Autres -Cas clinique -Connaissances diverses

Partie E ; Questions concernant le processus : de la demande à l'acte en lui-même

Si réponse Oui à la question E1 -> alors les questions suivantes apparaîtront.

Partie E: Questions concernant le processus ; de la demande à l'acte en lui-même	
Les questions suivantes ne concernent que ceux ayant déjà participé ou pratiqué l'acte d'euthanasie.	
E1. Avez-vous déjà participé ou pratiqué une euthanasie ?	Oui ☐ Non ☐
E2. Pour ceux qui ont participé ou pratiqué une euthanasie, quelles ont été vos sources d'informations concernant l'aspect pratique-légal-médical ?	Guide de bonne pratique fourni par ADMD ☐ Formation suivie par un service de soins palliatifs/EOL ☐ Médecins type EOL ☐ Médecin coordinateur d'une maison de repos et de soins ☐ Service de consultation de fin de vie ☐ Autres, veuillez préciser svp ☐
E3. Abordez-vous les volontés (déclaration anticipée négative) avec votre patient(e) afin de s'assurer que sa décision est claire ?	Oui ☐ Non ☐
E4. Parlez-vous avec la famille ? Parlez-vous avec le personnel soignant s'occupant du patient (équipe infirmiers-aides soignants...) ?	Oui ☐ Non ☐
E5. Lors d'une demande d'euthanasie, expliquez-vous au patient les diverses alternatives possibles (gestion de la douleur, soins palliatifs, sédation palliative) ?	Oui ☐ Non ☐

Partie F : Piste d'amélioration des connaissances

Première question permet de m'assurer que ce questionnaire formatif est source d'amélioration des connaissances des participants et par conséquent du degré d'assurance à intervenir.

Partie F: Evaluation impact de ce questionnaire formatif et piste d'amélioration des connaissances

F1. Après avoir répondu au questionnaire et lu les correctifs, comment réévaluez-vous votre niveau de connaissance sur une échelle de 1 à 5 ?

1: Niveau médiocre

2: Niveau insuffisant

3: Niveau intermédiaire-de base

4: Bon niveau de connaissance

5:Très bon niveau de connaissance

	1	2	3	4	5
Au niveau de l'aspect légal (conditions pour être éligible à une demande d'euthanasie, différence entre demande anticipée et actuelle,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Au niveau de la procédure à respecter et de l'aspect administratif (clause de conscience individuelle, ordonnance pour obtenir les produits et le matériel, certificat de décès, document d'enregistrement de l'euthanasie)	☐	☐	☐	☐	☐
Au niveau du rôle des différentes intervenants (pharmacien, personnel infirmier, maison de repos, hôpital, famille-proche,...)	☐	☐	☐	☐	☐
Au niveau des gestes techniques (méthode d'administration, produits utilisés, précautions d'usage, ...)	☐	☐	☐	☐	☐

F2. Veuillez répondre au tableau suivant :

1: Pas du tout d'accord-satisfait/indifférent

2: Pas d'accord/satisfait

3: Moyennement d'accord/satisfait

4: D'accord-satisfait

5: Tout à fait d'accord/satisfait

	1	2	3	4	5
Le thème abordé par ce questionnaire vous semble-t-il utile et intéressant pour votre pratique médicale ?	☐	☐	☐	☐	☐
Les informations fournies dans ce questionnaires formatif sont-elles compréhensibles ?	☐	☐	☐	☐	☐
En ce qui concerne les informations fournies à travers ce questionnaire, celles-ci vous semblent-elles suffisantes pour comprendre les démarches de la demande actuelle de l'euthanasie ?	☐	☐	☐	☐	☐
Je vous rappelle que le but annexe de ce mémoire est la création d'une fiche outils synthétique à destination des médecins généraliste, êtes-vous réceptif(ve) à cette méthode d'information ?	☐	☐	☐	☐	☐

F3. Quels éléments parmi ceux proposés ci-dessous permettraient selon vous, d'améliorer les connaissances sur le processus de l'euthanasie ?

Formation des assistant(e)s lors des cours obligatoires-séminaires.	☐
Formation des médecins généralistes lors de GLEM ou de séminaires (accréditation)	☐
Création d'un guideline officiel via KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) ou CSS (Conseil supérieur de la santé).	☐
Création d'un cours à option spécifique pour les assistant(e)s en médecine générale	☐
Création de vidéos "de tutorat".	☐
Création d'une fiche outils.	☐
Rubrique spéciale de type "aide à la consultation" sur la SSMG.	☐

F4. Souhaitez-vous recevoir ma fiche par mail dès qu'elle sera finalisée ?

Si oui, veuillez laisser votre adresse email, merci.

Oui	☐
Non	☐

Remerciements

Je vous remercie d'avoir accordé un peu de temps à répondre à mon questionnaire. Votre participation me sera d'une grande aide. J'espère également qu'à travers mon questionnaire, certains aspects de la pratique de l'euthanasie auront pu être clarifiés.

Pour ceux qui m'auront donné leurs adresses email pour obtenir la fiche, je reviendrai vers vous dès que ma fiche sera terminée.

Formulaire de consentement de participation



Evaluation des connaissances théoriques (volet légal, procédural et administratif) et pratiques (volet technique) des médecins généralistes /assistants à travers un questionnaire au sujet de l'euthanasie actuelle de personnes majeures ne présentant pas de pathologie psychiatrique en Belgique francophone. Analyse de l'impact du questionnaire formatif sur les connaissances théoriques et pratiques des médecins/assistants répondants avec construction en parallèle d'une fiche outils synthétique des notions abordées dans le questionnaire.

*Etude quantitative (**Assurance qualité initialement**) réalisée auprès des médecins généralistes francophones (Wallonie et Région Bruxelles-Capitale, **Province de Namur et Luxembourg initialement**) et des assistants de l'UCL*

Chère consœur, cher confrère,

En mai 2022, cela a fait 20 ans que la loi dépénalisant l'euthanasie a été votée dans le but d'éviter des pratiques clandestines et de lutter contre l'insécurité juridique ressentie par les médecins. Dans le neuvième rapport de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (2018-2019), le manque de connaissance et de formation du personnel soignant y est mis en évidence.

Dans ce contexte actuel, vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à un projet d'enquête dans le cadre d'un travail de fin d'études en médecine générale du Dr Acx Shanon (3ème année de master complémentaire en Médecine Générale à l'UCL) sous la supervision du Dr Vincent Rouard, médecin généraliste à Bouvignes-Sur-Meuse.

Avant d'accepter d'y participer, vous êtes dès lors invité(e) à lire ce formulaire qui décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous êtes également invité(e) à poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit à l'interrogateur principal.

Responsable : Dr ACX Shanon

Email : acxshanon@gmail.com

Téléphone : 0470/923848

Cette enquête vise à évaluer l'impact du questionnaire formatif élaboré par mes soins sur les connaissances des médecins/assistants répondants.

Ce TFE a également comme but annexe l'élaboration d'une fiche outils type "aide à la consultation" de la SSMG afin de fluidifier et d'apporter les balises nécessaires au processus de demande d'euthanasie actuelle chez un patient majeur. L'aspect éthique et les valeurs suscitées par ce geste ne seront pas abordés dans ce mémoire.

Objectif et description du protocole

But : Cette fiche a pour but de fluidifier le parcours du médecin généraliste face à une demande dite actuelle d'euthanasie d'un patient majeur. L'euthanasie est un geste qui est dans le plus souvent des cas pratiqués par un médecin de famille. Que nous pratiquions le geste ou que nous accompagnions notre patient dans la démarche, le médecin généraliste garde une place centrale. Ce geste ne peut évidemment pas être pratiqué à la hâte. Il s'agit d'un parcours qui se prépare (l'avant, le pendant et l'après euthanasie). L'euthanasie est une pratique qui reste fort appréhendée par les médecins généralistes et ce probablement par manque de temps, mais aussi certainement par manque de formation et de connaissance. Ce geste bouleverse à la fois certaines de nos convictions et l'avenir de notre pratique et de nos relations avec nos patients. De multiples questions se bousculent dans notre tête: que ce soit sur notre capacité à faire le geste, sur nos valeurs, sur le respect de la loi et sur le respect des indications et des étapes du parcours. Cette fiche permettra d'être votre garde-fou: de clarifier les obligations légales et les gestes pratiques/techniques et de vous transmettre les conseils de pairs "experts dans le domaine".

- **Partie 1 :** *Création de la fiche et élaboration du questionnaire formatif* après une recherche de littérature et des contacts avec des personnes considérées comme des experts dans le domaine au vu de leur pratique régulière du geste.
- **Partie 2 :** Dans un second temps, évaluation de vos connaissances théoriques et pratiques au sujet de l'euthanasie dite actuelle via *un questionnaire mis en ligne sous format LimeSurvey* contenant des questions fermées à choix multiples avec affiche de la/les réponse(s) correcte(s) et d'explications supplémentaires pour clarifier la notion abordée dans la question.
- **Partie 3 :** *Evaluation de l'impact (positif ou non) de mon questionnaire formatif* sur les connaissances théoriques et pratiques des répondants.
- **Partie 4 :** *Apport d'améliorations à la fiche après analyse des réponses au questionnaire* : les notions ayant eu le moins de bons répondants occuperont une place plus importante ou auront une meilleure visibilité dans ma fiche.

Méthode de recrutement : envoi d'emails à l'ensemble des médecins inscrits dans des cercles médicaux de garde. Envoi d'emails à l'ensemble des maîtres de stage de UCL et aux diverses équipes de secondes lignes en soins palliatifs (car personnel sensibilisé à la gestion de fin de vie). Contact des assistants UCL via les groupes "Facebook". Enfin contact du syndicat des médecins généralistes francophones (GBO), Santé Ardenne et SSMG afin de diffuser mon questionnaire au plus grand nombre de potentiels répondants.

.....

Si vous acceptez de participer à cette étude, voici les éléments importants à connaître :

- **Participation volontaire**

Votre participation à ce travail est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'étude feront partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à ce travail n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

- *Votre participation est **non rémunérée**. Aucun frais ne vous sera facturé.*
- **Protection de la vie privée**

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Les données à caractère personnel seront anonymisées. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre

manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'enquête. Aucune donnée d'identification et aucune association de données pouvant permettre la réidentification de votre personne ne sera accessible à des tiers.

Les fichiers informatiques et les documents papiers contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives et seront conservés pour une durée de 12 mois maximum. Les données seront supprimées après présentation du mémoire et réussite de ce dernier. En ce qui concerne les questionnaires sous format LimeSurvey, ces derniers seront créés à partir d'un compte email Google nouvellement créé et dédié uniquement à cet usage.

(Conformément aux lois belges du 30 juillet 2018 relatives à la protection de la vie privée et du 22 août 2002 relatives aux droits du patient, ainsi que par la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur.)

- **Bénéfices et risques**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette étude, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude pourront contribuer à cibler les éléments à clarifier pour améliorer les étapes à suivre par un médecin généraliste lors d'une demande d'euthanasie actuelle d'un patient majeur en vue de la création d'une fiche outils.

Il n'y a aucun risque de participation à cette étude, hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Ce travail est évalué par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) **qui a émis un avis favorable le 13/06/2022.**

Consentement éclairé

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but et sa durée. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions. J'ai compris que ma participation à ce travail se fait sur base volontaire et que je suis totalement libre de mettre fin à ma participation en informant l'interrogateur. J'ai compris que les données me concernant seront collectées de façon sécurisée et seront anonymisées dans un but de protection des données. J'ai reçu une copie du consentement éclairé.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire

Je soussignée, assistante en 3ème année d'assistantat en médecine générale, interrogateur principal de ce travail, confirme avoir fourni au participant tous les éléments nécessaires à la bonne compréhension de ce travail et avoir remis une copie à l'intéressé. Je confirme qu'aucune pression ne s'exerce sur le participant et que sa participation se fait sur base volontaire, en respectant le consentement libre et éclairé. Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki » et la loi belge du 7 mai 2004.

Fait en double exemplaires à le.....
Dr Shanon Acx

Bonjour,

Je me présente, je suis assistante en 3ème année de médecine générale à UCL.

Dans le cadre de mon TFE, je souhaite évaluer **les connaissances théoriques (volet légal, procédural et administratif) et pratiques (volet technique) des médecins généralistes francophones/assistants en médecine générale concernant les demandes d'euthanasie actuelle d'un patient majeur ne souffrant pas de pathologie psychiatrique.**
La méthode choisie est celle d'une étude quantitative via un questionnaire.

Voici le lien vers mon questionnaire Lime Survey :
<https://limesurvey.uclouvain.be/limesurvey319/index.php/462361?lang=fr>

A noter que ce questionnaire se veut également à visée formative (sorte de e-learning), en effet si les réponses aux questions ne s'avèrent pas être les bonnes, un petit encadré explicatif apparaîtra afin de clarifier ou tout simplement expliquer certaines notions. J'ai essayé de regrouper l'ensemble des grands points de la pratique de l'euthanasie dite actuelle de patient majeur ne souffrant pas de pathologie psychiatrique utile dans le cadre de la pratique de médecine générale (aspect légale, les obligations du médecin, l'aspect pratique, le rôle des autres paramédicaux, les notions de pharmacologie, ...).

Par conséquent la durée pour y répondre est un peu plus longue que la plupart des questionnaires proposés dans le cadre d'un TFE, elle est d'environ de 30 à 45 minutes. Le questionnaire n'est réalisable qu'une seule fois. Toutefois, il est possible d'enregistrer les réponses et de reprendre le questionnaire où on l'a laissé (onglet supérieur droit-> cliquer sur "finir plus tard"). Il est également possible en fin de questionnaire d'imprimer les réponses.

Je tiens à préciser que je n'aborde pas la position personnelle du médecin par rapport à l'acte d'euthanasie. L'euthanasie étant légalisée en Belgique depuis 20 ans ; tout médecin généraliste se voit dans l'obligation de connaître les grandes lignes qui découlent de cette pratique.

Le but de ce TFE étant également **d'analyser l'impact de ce questionnaire formatif sur l'amélioration des connaissances des médecins/assistants répondants avec la construction en parallèle d'une fiche outils synthétique des notions abordées dans le questionnaire type "aide à la consultation" de la SSMG.**

Serait-il possible de diffuser mon questionnaire auprès des membres de votre cercle/association ?

Je vous remercie d'avance pour l'aide apportée,

NB: Pourriez-vous m'envoyer un mail de confirmation ?

Bien à Vous,

Acx Shanon

Annexe n°10 : Critères d'inclusion et d'exclusion de mon échantillon

Critères inclusion	Critères exclusion
Groupe ciblé assez hétérogène. Médecins généralistes toutes pratiques confondues et assistants en formation (maison médicale au forfait ou à l'acte, seul, association de médecins, solo) et assistants de médecine générale issus de UCL/ULB et ULG.	Médecins à la retraite,
Travaillant en région wallonne et région Bruxelles-capitale Milieux rural ou urbain,	Pratique hospitalière exclusive (pour les médecins généralistes uniquement, les assistants faisant les 6 mois d'assistantat en intrahospitalier ont été inclus),
Tous âges confondus,	Questionnaires incomplets.
Peu importe le nombre d'années de pratique,	
Francophones,	
Personne ayant suivi une formation en soins palliatifs/formations EOL/médecin coordinateur en maison de repos ou non	
Personnes ayant pratiqué ou non une euthanasie.	

Type de calcul	Résultats échantillon complet	Résultats méd. Gén.	Résultats assistant(e)s	Explications
Mode	18	11	18	Valeur la plus fréquente de la série de données.
Médiane	16	15	16	Valeur qui permet de couper un ensemble de valeurs en deux parties égales.
Moyenne	15.91	15.67	16.17	Valeur moyenne. Valeur plus importante pour les assistants.
Etendue	19	19	15	La différence entre la valeur la plus grande et la valeur la plus petite. Les valeurs extrêmes de l'échantillon sont présentes chez les médecins généralistes.
Ecart-type	3.81	4.24	3.3	Indicateur de dispersion -> indique la manière dont les individus vont se répartir autour de la moyenne : valeurs globalement faibles, concentrées autour de la moyenne. Beaucoup de scores restent autour de la moyenne.
Coefficient de variance	0.24	0.27	0.20	Coefficient de variation -> exprimer la part que représente l'écart-type dans la moyenne. Représente moins 1/4, 1/3, 1/5 de la moyenne. L'écart type est considéré comme faible quand inférieur à la moitié de la moyenne. Confirmer par mon écart type faible-> valeurs extrêmes peu nombreuses.

➔ **Etape N°1** : Test de normalité des valeurs pour déterminer le type d'analyses possibles. Dans la pratique, une valeur supérieure (p) à 0,05 est supposée être une distribution normale.

Valeurs	Type de Valeurs	Type de distribution	P-value (selon Kolmogorov-Smirnov)
Taux de bonnes réponses	Métrique	NORMALE	0.479
Participation à une euthanasie ?	Nominale	NON NORMALE	<0.001
Années d'expérience	Ordinale-> métrique	NON NORMALE	<0.001
Fréquence d'interpellation	Ordinale-> métrique	NON NORMALE	<0.001
Nombre d'euthanasies	Ordinale-> métrique	NON NORMALE	<0.001
Formation en soins palliatifs ?	Nominale	NON NORMALE	<0.001
Formation en éthique des soins de santé ?	Nominale	NON NORMALE	<0.001
Médecin coordinateur ?	Nominale	NON NORMALE	<0.001
Formation EOL ?	Nominale	NON NORMALE	<0.001

➔ **Etape N°2** : Déterminer les tests à utiliser

Les valeurs n'étant pas normalement distribuées -> Test non paramétriques à utiliser.

Valeurs comparées	Type de test utilisé	Explications
Taux de réussite et formation EOL	Corrélation point bisériale	La corrélation bisériale ponctuelle est utilisée lorsque l'une des variables est dichotomique (formation EOL), et que l'autre a un niveau d'échelle métrique (taux de réussite).
Taux de réussite et formation en soins palliatifs	Corrélation point bisériale	Cfr explication ligne supérieure.

Taux de réussite et formation en bioéthique médicale	Corrélation point bisériale	Cfr explication ligne supérieure.												
Taux de réussite et médecin coordinateur	Corrélation point bisériale	Cfr explication ligne supérieure.												
Taux de réussite et participation active ou non à une euthanasie	Corrélation point bisériale	Cfr explication ligne supérieure.												
Taux de réussite et nombre d’euthanasies réalisées	Corrélation de rang de Spearman	“L'analyse de corrélation de Spearman est utilisée pour calculer la relation entre deux variables dont le niveau de mesure est ordinal. La corrélation de rang de Spearman est l'équivalent non paramétrique de l'analyse de corrélation de Pearson. Cette procédure est donc utilisée lorsque les conditions préalables à une analyse de corrélation (= procédure paramétrique) ne sont pas réunies, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de données métriques ni de distribution normale. Les questions qui peuvent être traitées par la corrélation de rang de Spearman sont similaires à celles du coefficient de corrélation de Pearson. Elles sont les suivantes: "Existe-t-il une corrélation entre deux variables ou caractéristiques". Le calcul de la corrélation de rang est basé sur le système de classement des séries de données. Cela signifie que les valeurs mesurées ne sont pas utilisées pour le calcul, mais sont transformées en rangs. Le test est ensuite réalisé à partir de ces rangs. Pour le coefficient de corrélation de rang ρ, des valeurs comprises entre -1 et 1 sont possibles. S'il y a une valeur inférieure à zéro ($\rho < 0$), il y a une corrélation linéaire négative. Si une valeur supérieure à zéro ($\rho > 0$), il y a une relation linéaire positive et si la valeur est nulle ($\rho = 0$), il n'y a pas de relation entre les variables. La force de la corrélation peut être classée comme suit, comme pour le coefficient de corrélation de Spearman: <table><thead><tr><th>Quantité de r</th><th>Force de la corrélation</th></tr></thead><tbody><tr><td>0.0 < 0,1</td><td>aucune corrélation</td></tr><tr><td>0.1 < 0,3</td><td>faible corrélation</td></tr><tr><td>0.3 < 0,5</td><td>corrélation moyenne</td></tr><tr><td>0.5 < 0,7</td><td>corrélation élevée</td></tr><tr><td>0.7 < 1</td><td>corrélation très élevée”</td></tr></tbody></table> https://datatab.fr/tutorial/spearman-correlation	Quantité de r	Force de la corrélation	0.0 < 0,1	aucune corrélation	0.1 < 0,3	faible corrélation	0.3 < 0,5	corrélation moyenne	0.5 < 0,7	corrélation élevée	0.7 < 1	corrélation très élevée”
Quantité de r	Force de la corrélation													
0.0 < 0,1	aucune corrélation													
0.1 < 0,3	faible corrélation													
0.3 < 0,5	corrélation moyenne													
0.5 < 0,7	corrélation élevée													
0.7 < 1	corrélation très élevée”													

Taux de réussite et nombres d'années d'expérience	Corrélation de rang de Spearman	Cfr explication ligne supérieure
Taux de réussite et fréquence d'interpellation	Corrélation de rang de Spearman	Cfr explication ligne supérieure

➔ **Etape N°3** : Utilisation des tests

	Comparateur Formation EOL	
	Oui (n=21)	Non (n=115)
Taux de bonnes réponses	1296.30/21=61.73%	6718.52/115=58.42%
Corrélation	Une corrélation point-bisériale a été effectuée pour déterminer la relation entre le taux de bonnes réponses (score obtenu au questionnaire) et la formation EOL. Il existe une corrélation positive entre le taux de bonnes réponses et la formation EOL, qui n'est pas statistiquement significative (rpb (point bis) = 0,08, n = 136, p = 0,327). Une corrélation positive signifie que les valeurs des deux variables évoluent dans le même sens (c-à-d que les scores sont plus élevés chez les répondants ayant réalisé une formation EOL). Cette corrélation n'est pas statistiquement significative de par le nombre restreint de répondants ayant réalisé cette formation dans mon échantillon. Ces résultats ne peuvent donc pas être étendus à la population de départ.	
	Comparateur Formation en soins palliatifs	
	Oui (n=8)	Non (n=128)
Taux de bonnes réponses	503.7/8=62.96%	7511.11/128=58.68%
Corrélation	Une corrélation point-bisériale a été réalisée pour déterminer la relation entre le taux de bonnes réponses et la formation en soins palliatifs. Il existe une corrélation positive entre le taux de bonnes réponses et la formation en soins palliatifs, qui n'est pas statistiquement significative (rpb = 0,07, n = 136, p = 0,408). Cfr explications ci-dessus.	
	Comparateur Formation en bioéthique médicale	
	Oui	Non
Taux de bonnes réponses	566.67/10=56.67%	7448.15/126=59.11%
Corrélation	Une corrélation point-bisériale a été réalisée pour déterminer la relation entre le taux de bonnes réponses et la formation en éthique des soins de santé. Il existe une corrélation négative entre le taux de bonnes réponses et la formation en éthique des soins de santé, qui n'est pas statistiquement significative (rpb = -0,09, n = 136, p = 0,313). Une corrélation négative signifie que les valeurs des deux variables évoluent dans des sens opposés. Les répondants ayant réalisé la formation en bioéthique médicale ont des résultats au questionnaire formatif moins élevés.	
	Comparateur	

	Médecin coordinateur					
	Oui (n=18)			Non (n=112)		En cours de formation (n=6)
Taux de bonnes réponses	1144.44/18=63.58% (meilleur score moyen de toutes les formations)			6560.26/112=58.57%		274.07/6=45.68% (score moyen le plus faible) -> a été encodé comme "OUI" pour pouvoir réaliser une analyse de type corrélation
Corrélation	Une corrélation point-bisériale a été effectuée pour déterminer la relation entre le taux de bonnes réponses et le fait d'être médecin coordinateur d'une maison de repos. Il existe une corrélation positive entre le taux de bonnes réponses et la variable médecin coordinateur d'une maison de repos, qui n'est pas statistiquement significative (rpb = 0,01, n = 136, p =0 ,948).					
	Comparateur					
	Année expérience					
	Assistants	< 5 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	> 35 ans
Taux de bonnes réponses	3951.85/66=59.88%	381.48/7=54.50%	788.89/13 =60.68%	951.85/14 =67.99% (score moyen le plus élevé)	929.63/17 =54.68%	1011.11/19=53.22%
Corrélation	Nb : Il est important de préciser qu'il y a probablement une erreur de compréhension de la question abordant l'importance de la patientèle. En effet, la réponse "ne me concerne pas (assistant(e) en médecine générale)" a été répondue par 56 personnes alors que le nombre d'assistants s'élève à 66. 10 assistants ayant omis de cocher cette réponse. Ce biais de réponse impose que je ne pourrai en conclure une relation entre le taux de bonnes réponses et l'importance de la patientèle.					
	Comparateur					
	Fréquence d'interpellation					
	Jamais	< 1x/6 mois	1x/6 mois		>1x/6 mois	
Taux de bonnes réponses	537.04/10=53.7%	3948.15/66=59.82%	1681.48/30=56.05%		1848.15/30=61.60%	
Corrélation	Une corrélation de Spearman a été effectuée pour tester s'il y avait une association entre le taux de bonnes réponses et la fréquence d'interpellations. Le résultat de la corrélation de Spearman montre qu'il n'y a pas d'association significative entre le taux de bonnes réponses et la fréquence d'interpellations, $r(134) = 0,03$, $p = 0,75$. Ces résultats ne peuvent être étendus à la population étudiée. Il existe une corrélation non significative , et positive entre les deux variables. Cependant, la corrélation est positive et cela signifie que les résultats augmentent avec la fréquence d'interpellations au sein de mon échantillon.					
	Comparateur					
	Nombre euthanasies réalisées					
	0	[1-5[	[5-10[	[10-15[	[15-20[	>20
Taux de bonnes réponses	1259.26/24=52.47%	4677.78/79= 59.21%	707.41/11= 64 .31%	488.89/8= 61.11%	300/5= 60%	581.48/9=64.61%
Corrélation	Une corrélation de Spearman a été effectuée pour tester s'il y avait une association entre le taux de bonnes réponses et le nombre d'euthanasies. Le résultat de la corrélation de Spearman montre qu'il existe une association significative entre le taux de bonnes réponses et le nombre d'euthanasies, $r(134) = 0,18$, $p = 0,031$. Cette corrélation peut quant à elle être extrapolable à l'ensemble de la population étudiée. Le nombre d'euthanasies réalisées impactent bénéfiquement le taux de bonnes réponses. Il existe une corrélation faible , et positive entre les deux variables.					

Comparaison des taux de réussite au questionnaire formatif (objectif) en fonction de certains éléments sociaux-démographiques

Dans le tableau suivant, j'ai voulu confronter à la fois l'évaluation objective (score chiffré obtenu au questionnaire) et l'évaluation subjective des niveaux de connaissances des répondants par rapport à chaque catégorie. Nous pouvons voir qu'aucun répondant n'a obtenu de score sous les 20%,

Score (%) Evaluation OBJECTIVE	N/136		Evaluation SUBJECTIVE							Commentaires
			-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
0-10	0		/							
10-20	0		/							
20-30	3	Catégorie A				2	1			Pour la catégorie de répondants ayant obtenu entre 20-30% de bonnes réponses, le questionnaire semble n'avoir apporté aucun bénéfice !
		Catégorie C				2		1		
		Catégorie B				2	1			
		Catégorie D				3				
30-40	3	Catégorie A		1	2					Ce questionnaire semble avoir apporté des incompréhensions. En effet, le delta entre l'évaluation des connaissances avant et après questionnaire est dans la négative.
		Catégorie C		1	2					
		Catégorie B		2		1				
		Catégorie D		2		1				
40-50	31	Catégorie A		1	9	9	9	3		On observe une plus grande disparité dans le niveau de connaissances évalués subjectivement par les répondants. Pour la catégorie A et C, 39% et 32% des répondants évaluent mon questionnaire comme étant formateur ; 29% et 32% n'apportant pas de bénéfices. Pour la catégorie B et D, 39% et 42% des répondants évaluent respectivement mon questionnaire comme étant formateur et 39% comme n'ayant apporté aucune l'amélioration dans leurs connaissances.
		Catégorie C		1	9	10	6	4		
		Catégorie B			7	12	6	5	1	
		Catégorie D	1	1	3	12	9	4		
50-60	40	Catégorie A		2	5	12	19	1	1	52%, 55%, 52% et 55% respectivement pour les catégories A, C, B et D évaluent mon questionnaire comme étant formateur 30%, 20%, 20% et 27% respectivement pour les catégories A, C, B et D évaluent mon questionnaire comme n'apportant aucun bénéfice. 17%, 25%, 25% et 17% respectivement pour les catégories A, C, B et D évaluent mon questionnaire comme n'étant pas formateur, apport d'incompréhension.
		Catégorie C			10	8	15	6	1	
		Catégorie B			10	8	14	6	1	
		Catégorie D			7	11	12	9	1	
60-70	29	Catégorie A			2	7	18	2		69%, 76%, 69% et 79% respectivement pour les catégories A, C, B et D évaluent mon questionnaire comme étant formateur. 24%, 17%, 28% et 10% % respectivement pour les catégories A, C, B et D évaluent mon questionnaire comme n'apportant aucun bénéfice. 7%, 7%, 3% et 10% % respectivement pour les catégories A, C, B et D évaluent mon questionnaire comme n'étant pas formateur, apport d'incompréhension.
		Catégorie C			2	5	14	7	1	
		Catégorie B			1	8	13	6	1	
		Catégorie D			3	3	19	4		
70-80	21	Catégorie A			1	7	11	2		Pour cette partie de mon échantillon, ce questionnaire semble avoir été formateur pour toutes les catégories confondues ! (62% cat A, 76% cat C, 71% cat B et 81% cat D).
		Catégorie C				5	13	3		
		Catégorie B				6	12	3		
		Catégorie D			1	3	15	2		
80-90	4	Catégorie A				2	2			Ce questionnaire n'a pas apporté d'incompréhensions chez cette partie de mon échantillon. Il a même été encore plus formateur

		Catégorie C					4			chez des répondants ayant déjà un niveau objectif de connaissances de qualité ! (Cat A 50%, Cat C 100%, Cat B 100%, Cat D 75%).
		Catégorie B					4			
		Catégorie D				1	3			
90-100	5	Catégorie A				2	3			Ce questionnaire n'a pas apporté d'incompréhensions chez cette partie de mon échantillon. Il a même été encore plus formateur chez des répondants ayant déjà un niveau objectif de connaissances de qualité ! (Cat A 60%, Cat C 60%, Cat B 80%, Cat D 40%).
		Catégorie C				2	3			
		Catégorie B				1	4			
		Catégorie D				3	2			

Dans les pages suivantes, vous trouverez l'application du test U de Mann-Whitney au score de l'échelle de Likert (évaluation subjective).

✓ **Catégorie A (aspect législatif)**

→ [Statistiques descriptives](#)

Les résultats des statistiques descriptives montrent que le groupe A (évaluation subjective avant questionnaire) a des valeurs plus faibles pour la variable dépendante ($Mdn = 3$) que le groupe A évaluation post-questionnaire ($Mdn = 4$)

→ [Test U de Mann-Whitney](#)

L'hypothèse nulle selon laquelle le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a une valeur inférieure ou égale à celle du groupe "évaluation post-questionnaire" pour la variable dépendante, a été testée à l'aide d'un test U unilatéral de Mann-Whitney. Le résultat n'est pas statistiquement significatif, $p = ,0973$. **Ainsi, l'hypothèse nulle est retenue**

	Hypothèse nulle		Hypothèse alternative	
	Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante.		Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs supérieures à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante.	
	N	Moyenne	Médiane	Écart-type
Cat A Avant questionnaire	136	3,19	3	1,09
Cat A Après questionnaire	136	3,58	4	0,84

✓ **Catégorie C (aspect administratif)**

→ [Statistiques descriptives](#)

Les résultats des statistiques descriptives montrent que le groupe C (évaluation subjective avant questionnaire) a des valeurs plus faibles pour la variable dépendante ($Mdn = 3$) que le groupe C évaluation post-questionnaire ($Mdn = 3$)

→ [Test U de Mann-Whitney](#)

L'hypothèse nulle selon laquelle le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a une valeur inférieure ou égale à celle du groupe "évaluation post-questionnaire" pour la variable dépendante, a été testée à l'aide d'un test U unilatéral de Mann-Whitney. Le résultat n'est pas statistiquement significatif, $p=0,973$. **Ainsi, l'hypothèse nulle est retenue**

	Hypothèse nulle		Hypothèse alternative	
	Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante.		Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs supérieures à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante.	
	N	Moyenne	Médiane	Écart-type
Cat C Avant questionnaire	136	2,92	3	1,19
Cat C Après questionnaire	136	3,49	3	0,91

✓ **Catégorie B (rôles des différents intervenants-multidisciplinarité)**

→ [Statistiques descriptives](#)

Les résultats des statistiques descriptives montrent que le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs plus faibles pour la variable dépendante ($Mdn = 3$) que le groupe B évaluation post-questionnaire ($Mdn = 4$)

→ [Test U de Mann-Whitney](#)

L'hypothèse nulle selon laquelle le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a une valeur inférieure ou égale à celle du groupe "évaluation post-questionnaire" pour la variable dépendante, a été testée à l'aide d'un test U unilatéral de Mann-Whitney. Le résultat n'est pas statistiquement significatif, $p=0,973$. **Ainsi, l'hypothèse nulle est retenue**

	Hypothèse nulle	Hypothèse alternative
	Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante	Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs supérieures à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante.

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type
Cat B Avant questionnaire	136	2,98	3	1,18
Cat B Après questionnaire	136	3,59	4	0,92

✓ **Catégorie D (aspect technique et pharmacologique)**

→ [Statistiques descriptives](#)

Les résultats des statistiques descriptives montrent que le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs plus faibles pour la variable dépendante ($Mdn = 2$) que le groupe "évaluation post-questionnaire" ($Mdn = 3$).

→ [Test U de Mann-Whitney](#)

L'hypothèse nulle selon laquelle le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a une valeur inférieure ou égale à celle du groupe "évaluation post-questionnaire" pour la variable dépendante, a été testée à l'aide d'un test U unilatéral de Mann-Whitney. Le résultat n'est pas statistiquement significatif, $p = 0,973$. **Ainsi, l'hypothèse nulle est retenue**

Hypothèse nulle		Hypothèse alternative		
Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante		Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs supérieures à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" pour la variable dépendante.		
	N	Moyenne	Médiane	Écart-type
Cat D Avant questionnaire	136	2,68	2	1,25
Cat D Après questionnaire	136	3,27	3	0,85

Tableau : Utilisation du Test U Mann -Whitney

Utilisation du Test U Mann-Whitney				
Catégories	Résultats			
Aspect législatif		N	Moyenne	Médiane
	Cat A Avant questionnaire	136	3,19	3
			+0.39	
	Cat A Après questionnaire	136	3,58	4
Aspect administratif		N	Moyenne	Médiane
	Cat C Avant questionnaire	136	2,92	3
			+0.57	
	Cat C Après questionnaire	136	3,49	3
Aspect multidisciplinarité		N	Moyenne	Médiane
	Cat B Avant questionnaire	136	2,98	3
			+0.61	
	Cat B Après questionnaire	136	3,59	4
Aspect pharmaco-technique		N	Moyenne	Médiane
	Cat D Avant questionnaire	136	2,68	2
			+ 0.59	
	Cat D Après questionnaire	136	3,27	3

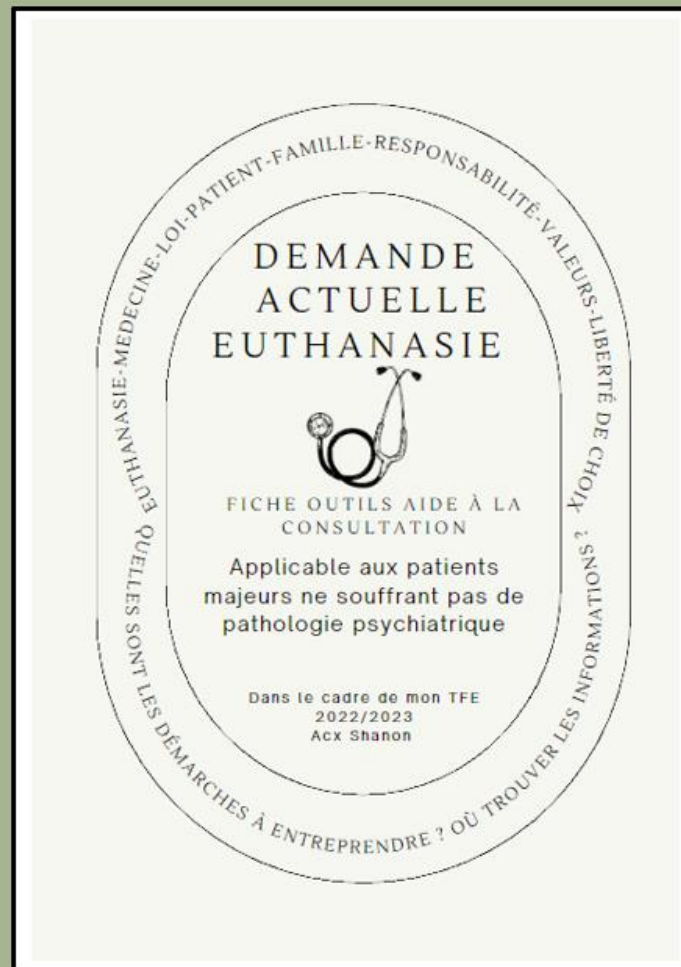
Hypothèse nulle (Ho) retenue. Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" **pour la variable dépendante.**

Ho retenue. Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" **pour la variable dépendante.**

Ho retenue. Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" **pour la variable dépendante.**

Ho retenue. Le groupe "évaluation subjective avant questionnaire" a des valeurs inférieures ou égales à celles du groupe "évaluation subjective après questionnaire" **pour la variable dépendante.**

Annexe n°12 : Fiche Outils



L'euthanasie est « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ». Loi du 28/05/2002.

Objectif: clarifier les démarches face à une demande d'euthanasie actuelle d'un patient majeur sans pathologie psychiatrique

Procédure à suivre



Quelles sont les conditions indispensables à respecter pour que la demande soit légalement acceptable ?

1. Le patient doit être :

D02

- **un adulte ayant la capacité juridique** : la capacité de jugement signifie que la personne est capable de prendre une décision et de former/exprimer une opinion. L'évaluation du jugement est faite par le médecin.

- ou **mineur capable de discernement et conscient au moment de sa demande**. La loi du 28/02/2014 exige l'accord des titulaires de l'autorité parentale et une consultation auprès d'un pédopsychiatre ou psychologue (demande non recevable pour une pathologie psychiatrique).

2. La demande est :

- **volontaire** : la demande doit émaner du patient. Les proches ou d'autres personnes ne peuvent pas demander l'euthanasie d'un patient, même s'ils estiment interpréter les souhaits du patient. Le médecin ne peut être le premier à évoquer la possibilité de l'euthanasie ! De plus, seul un patient pleinement informé sur les options possibles (soins palliatifs, traitement de confort et antalgique, support moral), peut prendre une décision mûrement réfléchie. A noter que tout patient a le droit légalement de refuser un traitement même palliatif.

- **considérée**,

- **répétée** : la demande doit être faite plusieurs fois. Ces répétitions ne doivent pas être consignées par écrit par le patient, mais elles doivent être notées dans le dossier du patient. En outre, la demande doit être permanente. Cela signifie que la volonté d'euthanasie doit continuer à exister, même entre deux répétitions. L'exigence de permanence vise à éviter une situation où ce n'est qu'à des moments de souffrance insupportable, par exemple en raison d'un contrôle insuffisant des symptômes, que le désir d'euthanasie existe.

3. Le patient doit être **dans un état médicalement désespéré** :

- **de souffrance physique ou psychologique prolongée et insupportable qui ne peut être soulagée** : le caractère insupportable de la souffrance est déterminé subjectivement. Le médecin le vérifie en s'entretenant régulièrement avec le patient, pendant une période raisonnable, de sa demande d'euthanasie. Cette notion d'insupportable appartient au patient. Elle ne se limite pas aux symptômes physiques. La souffrance psychologique basée sur la déchéance et la désillusion, la peur de ne pas pouvoir mourir dans la dignité sont également des raisons d'accepter une demande.

- **résultant d'une maladie grave et incurable ou d'un accident** : L'incurabilité est un concept médical simple relatif à une pathologie ou un état. En ce qui concerne la gravité d'une pathologie, de nombreux facteurs influencent cette notion (comorbidité, âge du patient, circonstances de vie) et c'est au médecin de déterminer l'impact de cette gravité en terme de souffrance engendrée. Si la situation du patient ne peut être améliorée ou stabilisée au moyen d'un traitement médical "acceptable", on parle de désespoir médical. La loi n'exige pas que le patient doive mourir de son affection ou que celle-ci soit terminale.¹⁻²⁻³

Ce n'est que lorsque ces conditions sont remplies que la question est recevable et que la suite de la procédure peut commencer. Cette demande est valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie.

L'euthanasie = un droit du patient ? **D04**

Non, l'euthanasie n'est pas un droit. Il s'agit de la demande d'euthanasie qui peut être considérée comme un droit.¹

Notion de liberté de conscience ?

D0

Lorsque le médecin fait appel à **sa liberté de conscience** personnelle et non institutionnelle (loi du 15/03/2020) (c-à-d ne souhaitant pas réaliser ou participer à l'acte d'euthanasie), le délai pour en informer le patient et le référer à un confrère si nécessaire (c'est au patient et à la famille de trouver un autre médecin) est **de 7 jours** et le dossier médical se doit d'être transféré **dans les 4 jours**.³⁻⁴

Opposition possible de l'institution ?

La direction de l'institution ne peut s'opposer à l'exécution de l'euthanasie en son sein et n'a aucun rôle dans le processus décisionnel (cfr art 14 de la loi) !⁵ **D10**

Détails concernant la demande anticipée

D16

"Le médecin qui pratique une euthanasie sur base d'une déclaration anticipée, doit préalablement constater :

- que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
- que le patient est **inconscient (=incapable d'exprimer sa volonté >< demande actuelle)**
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Le modèle de demande écrite désigne 2 témoins (ne peut être le médecin traitant). Au moins un des deux ne doit pas avoir d'intérêt matériel au décès du demandeur. Cette demande est valable à durée indéterminée (depuis le 2 avril 2020, anciennement 5 ans de validité).

L'enregistrement auprès de l'administration communale dans la base de données du SPF Santé publique est facultative.¹¹⁻³⁻⁶

Détails concernant la voie orale/les alternatives

Au sujet de l'euthanasie par **voie orale**, la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie précise, qu'une telle manière d'agir peut être qualifiée de suicide médicalement assisté. La Commission considère « 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 constante du médecin, présent de manière ininterrompue et prêt à intervenir jusqu'au terme du processus. **En effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée** ».⁷

A noter que si le patient ouvre le robinet de la perfusion ou pratique l'injection par lui-même, cela est également considéré comme un suicide médicalement assisté assimilable à une euthanasie.



ASPECT PLURIDISCIPLINAIRE

Rôle personnel infirmier

D43

«-L'avant : Son rôle n'est pas clairement défini au sein de la loi, car l'exécution de l'euthanasie est le rôle du médecin. Cependant, les infirmiers ont un rôle primordial, que ce soit dans la détection et la clarification d'une demande d'euthanasie, dans l'assistance à l'exécution, dans le suivi et le soutien de la famille/personnel soignant.

La présence de l'infirmier sera discutée au préalable avec le patient. Si la présence d'un infirmier est appréciée lors de la mise en œuvre de l'euthanasie, il s'agira de préférence de l'infirmier qui a participé au processus de décision

-Le pendant : L'infirmier n'effectue aucun acte d'exécution pendant l'administration de l'euthanasie. L'infirmier se concentre sur le confort du patient, en soutenant le patient et son proche, en contrôlant la perfusion et en offrant un environnement calme et serein.

"L'exécution de l'euthanasie" ou les "actes d'euthanasie" s'entendent au sens strict comme l'injection de médicaments létaux qui entraînent la mort du patient. C'est la tâche du médecin et elle ne peut en aucun cas être déléguée à un infirmier.

La "préparation à l'euthanasie" est définie comme tout acte antérieur à l'acte exécutif (tel que décrit ci-dessus). Cette tâche peut être effectuée par un infirmier. Les actions préparatoires sont, par exemple, la pose d'une perfusion ou la préparation de médicaments moyennant l'ordonnance d'un médecin lui donnant l'autorisation.

!Attention !: l'injection de midazolam ne peut être réalisée que par le médecin lui-même car ce dernier doit s'assurer auprès du patient que l'euthanasie est **toujours son souhait** (ne pas perturber son état de conscience) » 8-9-10

Rôle du pharmacien loi du 10/11/2005

D45

- « Le pharmacien qui délivre une euthanasie ne commet pas d'infraction lorsqu'il agit sur la base d'une ordonnance sur laquelle le médecin indique explicitement qu'il agit conformément à cette loi. Il doit pouvoir avoir **la liberté de réfléchir à son implication et comme toute personne de soins, de faire valoir sa liberté de conscience** (il doit en informer le médecin et lui renseigner le nom d'un confrère disposé à collaborer cfr Ordre des pharmaciens) !
- Le pharmacien **remet personnellement** l'euthanasique au médecin.
- Le pharmacien **facture idéalement directement au patient**.
- Le pharmacien est informé en temps utile (**au moins 24 heures à l'avance** dans un cadre d'une euthanasie à domicile) par le médecin pratiquant l'euthanasie. Prévoir un certain délai de livraison entre 1 à 3 jours,
- Les médicaments non utilisés ne peuvent en effet **en aucun cas être conservés en vue d'une utilisation ultérieure pour d'autres patients**.
- Depuis 2016, **le nom du pharmacien, son numéro d'INAMI et les médicaments utilisés et rendus sont mentionnés sur le document d'enregistrement**
- Il n'est pas rare, en tant que pharmacien, de recevoir une demande pour un **« kit euthanasie »** de la part d'un médecin, sans plus de précisions. Cependant, un tel kit n'existe pas. » ³



Rôle du médecin

« Le médecin face à une demande d'euthanasie se doit de: **E3 à E5**

- Clarifier la demande :

-> Que veut dire exactement le patient ? Souhaite-t-il l'euthanasie ou contrôler ses souffrances et s'assurer de mourir de manière paisible ? Le patient a-t-il consigné par écrit ses souhaits concernant la fin de vie et en a-t-il discuté auparavant avec un médecin/proches ?

Ce qui peut aider, c'est de remplir avec le patient une déclaration anticipée négative afin de s'assurer de sa compréhension par rapport à l'acte d'euthanasie (lever les incertitudes et ambivalences).

- Informer sur le processus afin de diminuer l'anxiété et l'appréhension qui en résulte.

- Aborder avec le patient :

-> Son état de santé (diagnostic),

-> Son espérance de vie (pronostic),

-> Les diverses options thérapeutiques (liberté de refus),

-> L'option des soins palliatifs.

- Le médecin **doit s'assurer** que la demande est répétée, réfléchie et permanente dans le temps
- Le médecin **doit s'entretenir** avec l'équipe soignante (infirmier, kiné, coordinateur maison de repos ...) -> entretien à visée consultative uniquement.
- Le médecin doit **s'entretenir avec les proches** souhaités par le patient (attention le secret professionnel primera toujours).
- Avoir un **dossier médical complet** (listing des rencontres, avis, ...).

Rappeler au patient que cette demande est réversible et qu'à tout moment la démarche peut être arrêtée. »³⁻¹¹

NOTIONS A CLARIFIER et ASPECT ADMINISTRATIF

Demande écrite

D26 « La demande d'euthanasie doit être rédigée de manière **manuscrite** (pas de transcription informatique). Document à conserver dans le dossier médical.

Ex : Je soussigné, né le, domicilié au, souhaite l'euthanasie.

Fait à ... le

Signature

Rédigé par le patient lui-même, ou en cas d'incapacité par une personne majeure de son choix qui n'a aucun intérêt matériel à son décès. La demande doit être rédigée en présence du médecin et contresignée par celui-ci mais PAS rédigée par celui-ci. Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit ou de la signer se doivent d'être mentionnées. »³

Polypathologie

D20 Face à un patient souffrant de plusieurs pathologies et comorbidités (polypathologie), le spécialiste en la matière selon la commission fédérale de contrôle de l'euthanasie est le **médecin généraliste** de par son expérience.¹²

Dans le document à remettre à la commission, il est important de stipuler la notion de polypathologie mais également de préciser au moins deux affections graves et incurables.

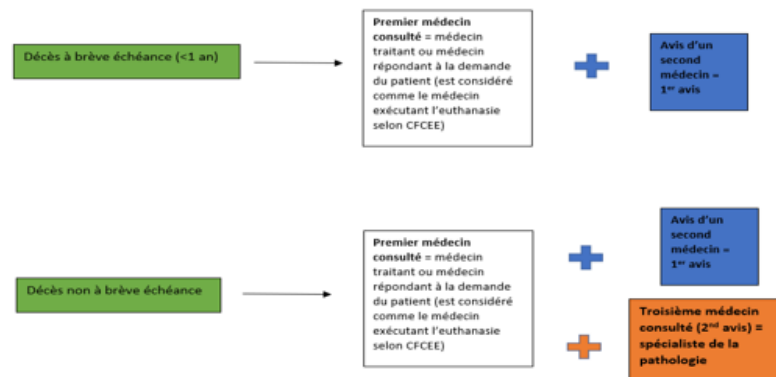
Définition de polypathologie (Van den Akker, en 1996): **"la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques ou aiguës et conditions médicales chez une même personne"**.

Brève/non-brève échéance

D22/28

Si le décès est prévu à brève échéance, **pas de délai de 1 mois nécessaire** entre la demande écrite et l'acte euthanasie >> décès non à brève échéance.

Le médecin qui a le patient en charge est le SEUL à même de juger de l'échéance plus ou moins proche du décès (pour évaluer l'échéance du décès -> se référer à l'échelle PPS).²⁻³



Second avis

D24 « Médecin généraliste indépendant à la fois du patient (éviter dès lors son spécialiste) et du premier médecin ayant donné son avis (assistant et collègue d'une même maison médicale non autorisé).

Il doit être compétent quant à la pathologie. Il doit examiner et s'entretenir avec le patient.

Il ne peut être le médecin exécutant le geste !

Il doit conclure quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère inapaisable des souffrances physiques et/ou psychiques.

A noter que la consultation du second médecin n'est pas strictement contraignante sur le plan juridique, prendre en compte les objections ! »²⁻³ Si vous obtenez un avis négatif de la part d'un confrère, il n'est pas nécessaire de le mentionner auprès de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie.

AVANT
l'euthanasiePENDANT
l'euthanasieAPRES
l'euthanasie

Aucun protocole reconnu en termes de produits et de méthode d'administration (IV en perfusion ou bolus, PO) D32

Installer le patient confortablement (tête à 45° légèrement de côté).

Remarque : Après la mise en place de la perfusion, l'entourage a encore la possibilité d'un dernier adieu. Rassurer les proches sur le déroulement et la sérénité du décès. D'après les déclarations reçues par la Commission de contrôle, la mort se produit calmement et apparaît naturelle.

- Préparer les seringues et perfusions à l'avance (peut prendre 30 minutes et les numérotter dans l'ordre d'administration !)
- Ne pas conserver les seringues au frigo car risque de cristallisation.

NB : Continuer les médicaments essentiels habituels et les morphiniques.

- **« Etape 1 : Prémédication facultative :** Si votre patient est agité/anxieux -> Temesta IM (idéalement dans le bras car meilleure diffusion) ou Expidet.
Au moment du geste : une ampoule de 15 mg/3 ml de midazolam (Dormicum) en SC ou IV lente (dose entre 5 et 15 mg en fonction tolérance aux BZD)-> induction d'un état de sommeil léger et réduction de l'anxiété (légère sédation).

	Midazolam	Normal	Non-naïf
	oral	7.5 mg	15 mg
IV (attention à l'agitation)		2.5	5

- **Etape 2 : Antalgique (Lidocaïne 1%) en cas usage de propofol comme inducteur de coma :** Injection de 2 ml en moins de 30 secondes. L'administration d'un anesthésique ne garantit cependant pas l'absence de douleur.

Installer la perfusion IV par le baxter d'entretien de 250 ml et le robinet à 3 voies.

- **Etape 3 : Inducteur du coma profond** (Thiopental ou Propofol (1-6 mg/kg), par perfusion ou injection à la seringue, uniquement en IV). Deux flacons de 1 g de thiopental chacun (Thiobarbital Braun). Prévoir un flacon supplémentaire de réserve. Prélever, à l'aide d'une aiguille et d'une seringue de 10 ml, 10 ml de solution du baby baxter et les injecter dans le premier flacon contenant 1 g de thiopental. La poudre se dissout et donne une solution jaunâtre.

On respire ensuite ces 10 ml et on les injecte dans le second flacon de thiopental. Les 2 g de poudre sont maintenant dissous. On injecte alors cette solution dans le baby baxter.

Raccorder le baby baxter de 50 ml contenant 2 g de thiopental et laisser s'écouler à plein débit (1-2min).

Dès l'inconscience profonde obtenue, il ne faut pas tarder à injecter le curarisant (après avoir rincé le circuit) car le coma induit par le propofol peut être de courte durée.

Effets indésirables : douleur à l'injection, contracture musculaire, ronflement et toux.

Avant d'entrer dans un état d'inconscience, le patient peut ressentir un goût particulier en bouche ou sentir une étrange odeur. Il peut également avoir envie de tousser. Il est IMPORTANT d'évoquer ces notions avec le patient. **Remarque :** Il est fréquent que la respiration s'arrête déjà pendant l'injection de thiopental.

Propofol : au moins 2 g en perfusion/injection rapide, deux flacons de 50 ml à 2%. Prévoir des seringues de calibre suffisant. Notion d'arrêt de commercialisation du Thiopental depuis le 01/2023 !!!

Etape 2		
Thiopental sodique Dose : 2 g (pour max. 150 kg de poids corporel ^(*))	Tiobarbital Braun [®] 1 g	2881803 (Prévoir 3 fl.)
2ème choix :		
Propofol formulé avec TCM [®] (Dose : 1 g ^(*))	Propofol [®] 2 %, 1 x 50 ml (flacon) Propofol [®] 2 %, 1 x 50 ml (ser. pré-remplie)	2438729 3078128 (En prévoir 2)
Lidocaïne chlorhydrate (Dose : 20 mg ^(*))	Lidocaïne Accord [®] 1 x 200 mg/20 ml Xylocaïne [®] 1 %, 1 x 20 ml	3373131 0137554

15

Etape 4 : Myorelaxant/ curarisant (s'assurer que le coma est profond) : paralysie de tous les muscles hormis le muscle cardiaque. Une ou deux ampoules de 10 mg/5 ml de **Nimbex** (ou un autre curarisant : Rocuronium 1 mg/kg en IV-voir ci-après)

Effets indésirables : impression de suffocation (non ressentie car sédation au préalable).

Mort peut survenir dans les 20 min , généralement < 5 minutes. D34 et D38

Etape 3 (au choix)		
Atracurium bésilate Doses : 100 mg	Tracrium [®] 5 x 50 mg/5 ml Tracrium [®] 10 x 25 mg/2.5 ml	0614826 0674671
Cisatracurium bésilate Dose : 10 à 20 mg (30 mg ^(*))	Cisatracurium Accord [®] 5 x 10 mg/5 ml Cisatracurium Accord [®] 5 x 20 mg/10 ml Cisatracurium Fresenius K [®] 5 x 10 mg/5 ml Cisatracurium Fresenius K [®] 5 x 20 mg/10 ml Nimbex [®] 5 x 10 mg/5 ml Nimbex [®] 5 x 20 mg/10 ml	3262987 3262979 2906071 2906089 1260140 1260157
Mivacurium chlorure [®] Dose: 20 mg	Mivacron [®] 5 X 10mg/5 ml Mivacron [®] 5 X 20mg/10 ml	1114412 1114404
Rocuronium bromure Dose : 100 mg (150 mg ^(*))	Esmeron [®] 10 x 50 mg/5 ml Rocuronium Braun [®] 10 x 50 mg/5 ml Rocuronium Fresenius [®] 10 x 50 mg/5 ml	2582387 2658201 2582401

^(*) TCM= Triglycérides à chaîne moyenne

http://www.spgi.be/Upload/Euthanasie_DOCU_FR_2018.pdf

15

Si nécessaire : comment déterminer le **niveau d'inconscience adéquat avant l'administration du myorelaxant** D34

Avoir au moins deux des caractéristiques suivantes :

- Les réflexes de protection-> le réflexe des yeux sont absents
- Grave dépression de la circulation-> pouls lent et filant
- Dépression sévère de la ventilation-> respiration lente et superficielle

« Injection toujours complète du produit et non partielle ! Attention : Ne pas mélanger le curarisant et l'inducteur de coma: utiliser des aiguilles et des seringues distinctes. Rincer les tubulures entre chaque produit pour éviter les précipitations.

Délai de 5 min idéalement recommandé entre injection de l'inducteur de coma et curarisant ! » ⁸

A noter que le patient peut être actif en prenant l'euthanasie sous forme de sirop ou ouvrir le robinet délivrant la sédation. **UNIQUEMENT LE MEDECIN peut administrer ou assister le patient.**

Cf schématisation de la technique en annexe

Matériels à prévoir pour une euthanasie

Par perfusion	Par seringue
1 NaCl 0.9% : Perfusion d'entretien 500 ml	3 Seringues jetables de 10 ml
Ou 1 NaCl 0.9% : Perfusion d'entretien 250 ml et 1 NaCl 0.9% : Baby baxter 50 ml	2 Seringues jetables de 20 ml
1 Trousse à perfusion	1 Aiguille « Butterfly » (21G ou 23G)
1 Aiguille « Butterfly » (21G ou 23G)	1 Sparadrap type Mefix®/Micropore®
Ou 1 Petit cathéter pour I.V. (18G ou 20G)	
1 Robinet à 3 voies avec prolongateur PVC	2 NaCl 0.9% : Ampoules 10 ml
2 Seringues jetables de 10 ml	(1 NaCl 0.9% : Perfusion d'entretien 250 ml)
2 NaCl 0.9% : Ampoules 10 ml	+ 10 Aiguilles jetables 22G
1 Seringue jetable de 20 ml	+ 10 Aiguilles jetables vertes IM 21G
1 Sparadrap type Mefix®/Micropore®	
5 Aiguilles jetables 18G	

13

« Toujours avoir le matériel en double ! » D34

-Prévoir un pied à perfusion ou un endroit de fixation stable.

NB : plus l'aiguille est fine, plus il y a de résistance, au plus le risque d'extravasation est important !

-Contrôle de la bonne position du KT -papillon : reflux ou injection de 5 cc de sérum physiologique (si gonflement sous-cutané, à replacer). Ne pas le placer trop à l'avance au risque d'extravasation sur mobilisation .

-Technique choisie : -Souhait du patient

-Préférence du médecin (expérience)

-Contrainte médicale (capital veineux limité, trouble G-I, vomissements fréquents)...

-Au moins 24h à l'avance, il est primordial de contrôler l'abord veineux. Il est important de trouver une veine de bon calibre. Perfusion peut être insérée dans une veine de la main, de l'avant bras, de la cheville, de la face ventrale de la malléole médiale. Si pas de voie d'abord-> réchauffer les extrémités. Si impossibilité d'avoir un abord correct -> mise en place d'une voie centrale.

-Ok pour utilisation port à cath. (PICC-Line)-> test aspiration pour s'assurer que fonctionnel.

- La voie intraveineuse est la plus fiable et la plus rapide pour pratiquer l'euthanasie et doit donc être recommandée.

L'impossibilité d'insérer un KT est la principale raison de l'échec d'une procédure euthanasie ! » ^{3-B-14}

ASPECT ADMINISTRATIF

L'ordonnance stipule D49

- le nom et la date de naissance du patient
- le médicament avec la dose et la quantité, en double quantité si possible ;
- Les dispositifs médicaux nécessaires (de préférence avec le numéro CNK) ;
- l'ajout : "pour remettre personnellement les médicaments au médecin" ;
- l'ajout : "en application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie" ^{3-B-14}

Prescrire chaque produit individuellement : une prescription mentionnant, par exemple, « kit euthanasie » n'est donc pas valable.¹⁷ En profiter pour demander le numéro INAMI de la pharmacie (utile pour remplir le document d'enregistrement pour la CFCEE). -> Cfr ordonnance "type" en annexe

Remarque : méthode par voie orale D37

Ordonnance type pour sirop ¹⁵ :

Principe actif	Spécialités ^[10]	CNK
Etape 1 (au choix)		
Métoclopramide Chlorhydrate (oral)	Primperan® 10 mg comp	0676296
Dose: 10 mg (12h, 6h et 5h) 1h à 2h avant le sirop.	Dibertil® 10 mg caps	0895532
Ondansétron^[11] (rectal)		
Dose : 16 mg 12h, 6h et 1h à 2h avant le sirop.	Zofran® Suppo 5 X 16 mg	1424878
Etape 2		
Pour préparer 100 ml de sirop :		
Pentobarbital sodique (ou sécobarbital sodique)	12 g	
Ethanol 96% v/v	16,2 g (20 ml)	
Aqua purificata	15 g	
Propylène glycol	10,4 g (10ml)	
Saccharine sodique	250 mg	
Sirop simple	65 g	
(Anis étoilé huile essentielle)	(1 goutte)	
Mode opératoire		
Dissoudre le barbiturique dans le mélange eau, alcool et propylène glycol.		
Dissoudre la saccharine sodique dans ce mélange.		
Ajouter ensuite le sirop simple et, éventuellement, un correcteur de goût.		
Conditionnement et conservation		
Flacon brun.		
Conservation 1 mois à température ambiante.		
Commentaires		
Le propylène glycol et l'éthanol permettent d'éviter la cristallisation du pentobarbital et agissent aussi comme conservateurs.		
Quelle qu'en soit la formulation, cette potion conserve un arrière-goût amer.		

« Prendre la préparation avec une paille est à éviter car risque d'endormissement du patient avant d'avoir ingéré tout le produit. La boisson doit être ingurgitée entièrement et aussi rapidement que possible ! Le médecin doit remettre lui-même la boisson préparée au patient et l'aidera à l'absorber.

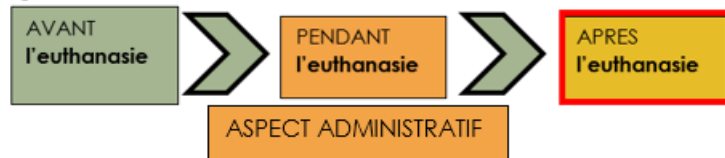
Délai du décès : Ce délai est en général de moins de 30 minutes mais, pour certains, il peut aller jusqu'à 3 heures.

H-1 avant l'acte-> prise d'un antiémétique (goût salé et amer de la solution) ! Voir même H-12 et H-6.

Les CI sont les suivantes : nausées et vomissements, trouble de la déglutition, déshydratation, troubles gastro-intestinaux (vidange gastrique ralentie), débit cardiaque faible-> difficulté en terme d'adaptation du dosage !

Présence obligatoire du médecin tout au long du processus !

Une voie d'accès IV est prévue à l'avance afin qu'en cas d'échec de l'administration orale afin que le médecin puisse quand même procéder à l'euthanasie via injection du curarisant. » ^{3-B}



- 1) Condoléances à la famille. **Retirer le cathéter, la pompe à morphine et le pacemaker.** Recouvrir le site de ponction avec un sparadrap.³
- 2) Compléter la déclaration de décès (**certificat de décès modèle III C**) en cochant (mort naturelle) et notifier l'affection qui a justifié l'euthanasie. La procédure d'euthanasie n'est donc pas mentionnée comme étant la cause **unique** du décès (article 15 de la loi sur l'euthanasie de 2002).³

06 Modèle III C
DECES D'UNE PERSONNE AGÉE D'UN AN OU PLUS
(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

VOLET C

1. Type de décès

☒ cause naturelle ☐ homicide
☐ accident de la circulation ☐ sous investigation
☐ autre accident ☐ n'a pu être déterminé
☐ suicide

2. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances

..... Réservé

3. En cas d'accident

3.1 Lieu de l'accident

☐ voie publique ☐ lieu de travail (ou école pour enfants)
☐ domicile ☐ ne sait pas
☐ autres, précisez :

3.2 Date et heure de l'accident (JJMMAAAA)

• date (JJMMAAAA) / /
 • heure (HHMM) h m

4. Cause du décès (1) Délai (2)

I. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

a) conséquence de : **Euthanasie**
 b) conséquence de : **Affection justifiant l'euthanasie**
 c) conséquence de :
 d) conséquence de :

II. Causes associées

Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.

e)
 f)
 g)

NB : Pour les polices d'assurance ou autres documents officiels qui exigent que la cause du décès du patient soit indiquée, la cause du décès est l'état du patient et une mort naturelle.³

- 3) "Enregistrement de l'euthanasie (cfr article 5 de la loi) : Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie remet le document d'enregistrement dûment rempli à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation des euthanasies (CFCEE) dans les quatre jours ouvrables par envoi recommandé avec accusé de réception. Conserver une copie de cette déclaration dans le dossier médical du patient."³

Le volet I est la partie confidentielle qui reprend les données personnelles du patient, des médecins impliqués, du pharmacien et des éventuelles autres personnes consultées comme le personnel soignant, les membres de la famille ou les aidants proches. Cette partie ne peut être consultée qu'après une décision de la Commission. Le volet II est la partie anonyme qui comprend l'ensemble des données sur la base desquelles le médecin concerné a pratiqué l'euthanasie. Il sert de base à l'examen de la demande.¹³

- 4) Collecter tout le matériel et produits non utilisés et les remettre au pharmacien, lui demander un reçu comme preuve.³

Il est également important de rester disponible pour les proches pour toutes éventuelles questions.

Remarques et quelques éléments à clarifier: **D30 et 41**

- Voie administration à ne pas utiliser : **A noter que la méthode orale est équivalente à la méthode IV** pour autant que les contre-indications à la voie orale aient été exclues
 - Voie rectale : irritation, diarrhée, volume à administrer important, capacité à garder le suppositoire complexe pour certains patients
 - Intra-musculaire ou sous-cutanée (très douloureuses et peu fiables) !⁸
- Molécules à ne pas utiliser :
 - **Benzodiazépines** (midazolam) car très difficile et imprévisible d'induire un coma. Les BZ sont des prémédications et non pas des inducteurs de coma contrairement à la sédation!⁸
- Dosage pour un **poids corporel sup à 150 kg** -> demander l'avis d'un anesthésiste.⁸
- **Poids corporel inférieur ou égal à 150 kg** : le dosage pour induire une inconscience adéquate ne dépend que marginalement du poids. C'est la concentration maximale dans le sang et donc dans le cerveau qui est déterminante, le tout dès lors influencé par la vitesse d'injection (plus l'administration est lente plus le risque de redistribution dans le tissu adipeux est élevée et plus l'efficacité du médicament est faible. Exemple pour le thiopental : 2000 mg soit 10 x plus élevée que pour une anesthésie générale).⁸
- En ce qui concerne les dispositifs cardiaques implantés (type pacemaker et défibrillateur)
 - Les **pacemakers** en général ne sont pas désactivés dans la phase terminale de la vie, le processus de mort n'étant pas directement influencé par la présence de ce DCI. Si on le désactive, cela peut augmenter l'inconfort du patient et il est primordial de demander l'avis du cardiologue !
 - Par contre, il est recommandé de désactiver **les défibrillateurs**. Prévoir dès lors un rdv chez le rythmologue. Si l'euthanasie se déroule plus tôt, y déposer un aimant pour le désactiver (selon le guide de bonne pratique clinique des Pays-Bas).⁸
- Don d'organe après l'euthanasie : doit avoir lieu à l'hôpital. Retirer immédiatement les organes après le décès, (attention sauf si patient >80 ans, tumeur maligne et atteinte d'organe spécifique !). **Ok à domicile si don de peau ou du tissu oculaire.**⁸. **Uniquement possible si le patient n'a pas émis de refus de don d'organes.**

Quelques petits conseils



Mettre le téléphone en silencieux !!!

Se présenter à l'heure !

Prévoir un moment pour soi après l'euthanasie !



Mécanisme physiologique provoquant la mort

Induction d'une sédation profonde sans aucune douleur ressentie

Dépression respiratoire/vasodilatation et cardio-dépression → diminution de l'état de conscience → **MORT**

Mort d'un arrêt respiratoire (via inducteur de coma surdosé et curarisant) puis cardiaque (suite à l'acidose et arrêt respiratoire) !

- Dépression respiratoire → acidose respiratoire
- Vasodilatation → diminution TA-choo hypovolémique → acidose métabolique
- Cardio-dépression → bas débit cardiaque → acidose

Expliquer ce processus au patient et aux futures personnes présentes : délai entre l'arrêt respiratoire et cardiaque et ce sur l'automatisme des battements cardiaques qui peut se manifester par de la cyanose ! Délai de décès assez variable mais peut prendre jusqu'à 20 minutes ! Moyenne de 5 minutes.



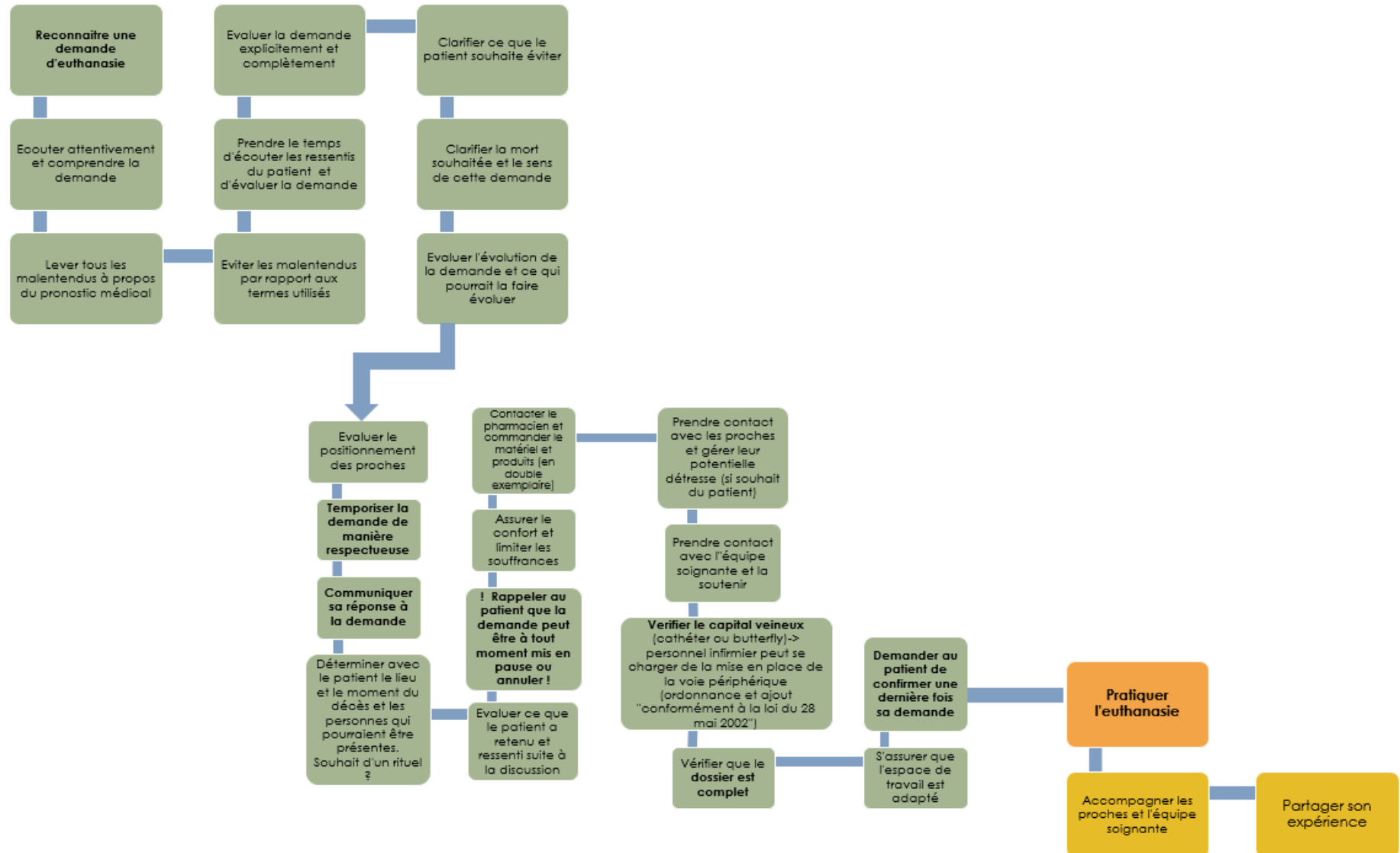
! Différencier sédation palliative/terminale et euthanasie !

16



	Sédation Palliative	Euthanasie
Indications	Symptômes physiques réfractaires	Maladie incurable et souffrance intolérable
Phase terminale uniquement	OUI	NON
Dosage	Titré	Létal - Surdosage
Réversible	En principe	Non
Mort de cause naturelle	Oui	Oui si procédure OK
Raccourcit la vie	Non	Oui
Rôle infirmier	Oui	Interdit
Objection de conscience de l'infirmier	Non	Oui

Checklist synthétique [EOL-Cours du 14/01/23 « Jeux de langage » dans la relation malade-médecins : scénarios à partir de cas cliniques (Dr Darius Razavi, Florence Lewis et Serge Marchal, psychologues)].

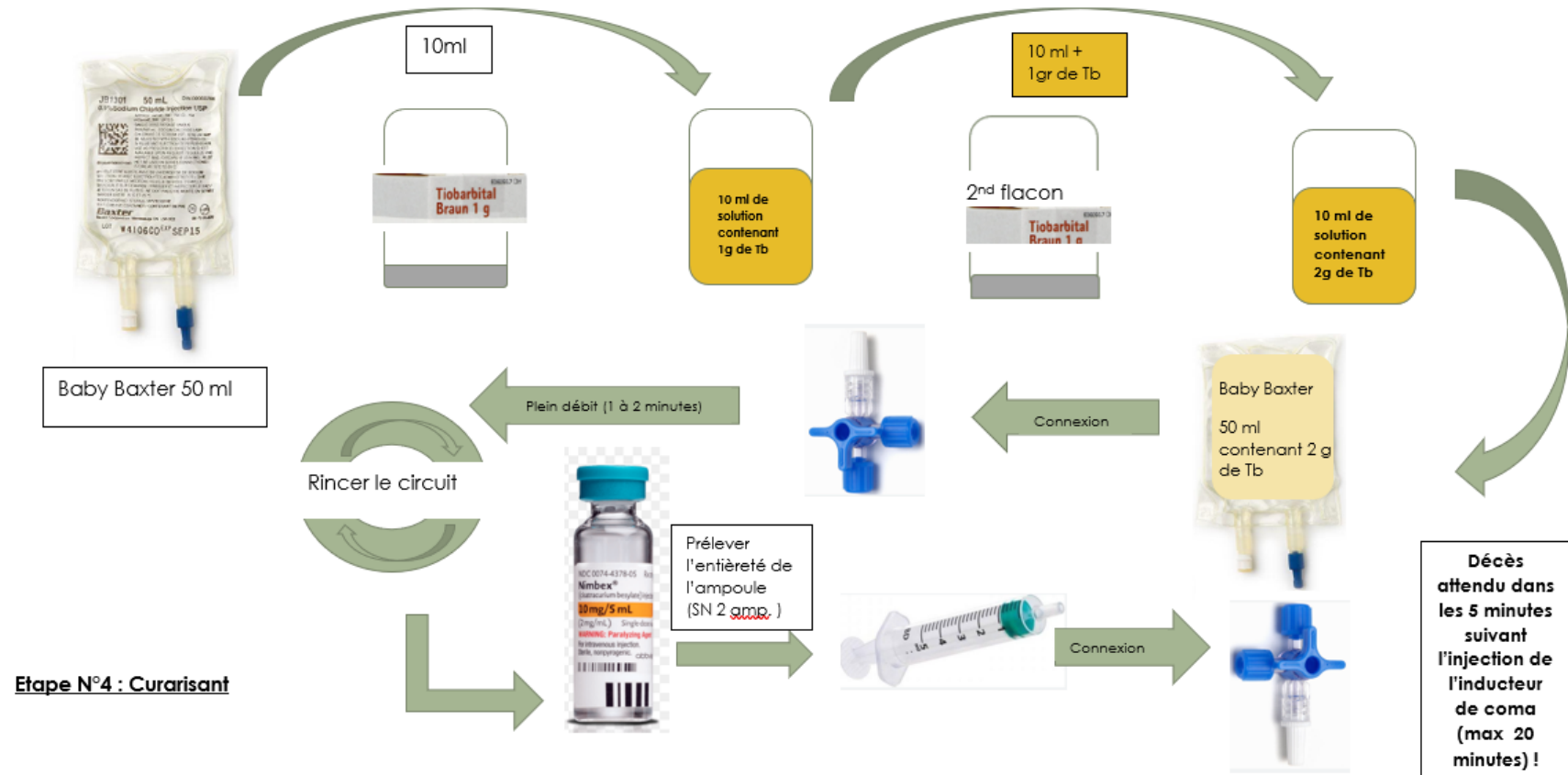


Schématisation de la technique d'euthanasie

Mise en place de la voie d'accès IV (cathéter ou papillon) + robinet 3 voies + perfusion NaCl 0.9% (250 ml) + pied à perfusion

Etape N°1 : Midazolam IV ou SC	Lidocaïne 1% => injection 2 ml en IV < 30 secondes
 MIDAZOLAM Mylan 5 mg/ml 15 mg / 3 ml Oplossing voor injectie Solution injectable Injektionslösung Midazolam	 Xylocaine 1% 20 ml Oplossing voor injectie Solution injectable Injektionslösung

Etape N°3 : Inducteur de coma



Ordonnance "type"

 102458-70 005	Nom et prénom du prescripteur ACX SHANON
--	---

A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR

Nom et prénom du bénéficiaire: Nom et prénom du patient né(e) le ../../....

Réservé à la vignette de conditionnement	R/ R/ Xylocaïne 1% dt un flacon R/ Midazolam 15mg/3ml sol inj. dt une boite de 10 ampoules R/ Tiobarbital Braun 1 g sol inj. ou Propolipid 2% (50 ml) dt un flacon R/ Nimbex 10 mg/ml sol inj. dt une boite de 5 ampoules
	Pour remettre personnellement les médicaments au médecin
	En application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

 **A prescrire en double !**

Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur
	Date de fin pour l'exécution

**PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS D'APPLICATION A PARTIR
DU 1er novembre 2019**

Sources :

- 1 : SPF Santé Publique-**Euthanasie**-Health Belgium. [Web page]. 2022. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie> [cited 2022Oct20].
- 2 : ADMD-**Législation Belge** [Web page]. Available from: <https://www.admd.be/information/legislation-belge/> [cited 2022Sep5].
- 3 : ADMD-Forum EOL. **L'euthanasie en pratique** [Web page]. 2019 Available from: https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Entretiens_Semaine/2019/Damas_brochure.pdf?t=1553244822 [cited 2022Sep6].
- 4: Ordre des médecins. **Obligation déontologique de renvoi en cas de refus de pratiquer une euthanasie – Avis du Conseil national du 6 mai 2017**, Ordomedic. [Web page]. 2017. Available from: <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/droits-du-patient/obligation-deontologique-de-renvoi-en-cas-de-refus-de-pratiquer-une-euthanasie-avis-du-conseil-national-du-6-mai-2017> [cited 2022Sep10]
- 5: Ordre des médecins. **Euthanasie dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins**. Ordomedic [Web page]. 2022. Available from: https://ordomedic.be/fr/avis/ethique/euthanasie/euthanasie-dans-les-maisons-de-repos-et-les-maisons-de-repos-et-de-soins#:~:text=navigate_beforeEuthanasie,Euthanasie%20dans%20les%20maisons%20de%20repos%20et%20les%20maisons%20de,l'un%20de%20ses%20r%C3%A9sidents. [cited 2022Sep13].
- 6; Dr Guiot Jean-Marie, **Face à une demande d’euthanasie**, Bouvignes-Sur-Meuse, GLEM, 06/09/2022
- 7 : Commission fédérale de contrôle et d’évaluation de l’euthanasie. **Brochure à l’intention du corps médical**- Health Belgium-SPF Santé Publique. [Internet]. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochurecommissionfederalefr.pdf [cited 2022Sep19]
- 8: De Laat M, De Coninck C, Derycke N, Huysmans G, Coupez V. **Richtlijn Uitvoering Euthanasie**. [Internet]. 2018 Oct. Available from: www.pallialine.be [cited 2022 Oct 8].

- 9: Institut Européen de Bioéthique. **Belgique : les infirmiers peuvent refuser de pratiquer les "actes préparatoires" à l'euthanasie** [Internet]. 2016.
Available from: <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/droits-et-libertes/clauses-de-conscience/belgique-les-infirmiers-peuvent-refuser-de-pratiquer-les-actes-preparatoires-a-l-euthanasie-1100.html?backto=bulletin> [cited 2022Sep22].
- 10 : Lecocq D. **Quel rôle pour l'infirmier dans le cadre d'une euthanasie en Belgique ?** [Web page]. 2016.
Available from: https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/246844/3/Lecocq_role_infirmier_euthanasie_ADMD.pdf
[cited 2022Sep25].
- 11; Commission Fédérale de contrôle et d'enregistrement de l'euthanasie (CFCEE). **DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE**. [Internet]. 2021.
Available from: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-dune-euthanasie-dun-patient-majeur-ou-mineur-emancipe-word> [cited 2022Oct20]
- 12 : CFCEE. **Neuvième rapport aux Chambres législatives de la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie**, [Internet]. 2018- 2019.
Available from : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf, pages consultées 36 à 39, [cited 2022Oct20],
- 13 : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie-**Fonctionnement** [Web page]. 2021 Available from:
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie>. [cited 2022Sep21].
- 14: KNMG, **RICHTLIJN UITVOERING EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING**, [Internet]. 2021, Available from : www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm [cited 2022Oct20]
- 15 : Service documentation APB. **Euthanasie Directives pratiques pour le pharmacien** [Internet]. 2015. Available from:
http://www.appl.be/Upload/Euthanasie_DOCU_FR_2018.pdf [cited 2022Oct12].
- 16: Damas, **Euthanasie et les autres interventions médicales dans les vies finissantes**, [Internet]. 2019, Available from: https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Entretiens_Semaine/2019/Damas_cours.pdf?t=1553244828 [cited 2022Oct20],
- 17 : Ordre des Médecins, **Kit euthanasie** [Web page]. 2005. Available from: <https://ordomedic.be/fr/avis/ethique/euthanasie/kit-euthanasie> [cited 2022Oct12].

Annexe n°13 : Tableau des divers biais

Il est évident que toute étude comporte des biais qu'il convient de rappeler afin de rester le plus objectif possible par rapport à l'interprétation des résultats. Ce tableau ne se veut nullement exhaustif mais il permet de faire ressortir les biais qui me semblaient les plus pertinents pour la suite des analyses.

Type de biais	Explications	Solutions trouvées pour limiter le poids du biais
<u>Biais</u> <u>Méthodologiques</u> <u>Biais de diffusion</u> 1) <u>Ressources limitées de diffusion</u> 2) <u>Méthode de diffusion</u>	Absence de listing officiel concernant les médecins généralistes/maîtres de stage francophones en Belgique. Sensation d'oppresser les personnes contactées par envoi de multiples rappels. Peu d'aide reçue de la part de la CCFFMG et SSMG. La voie de diffusion en ligne n'inclut pas l'ensemble des répondants. Absence de garantie que les répondants correspondent aux critères d'inclusion de mon échantillon.	Utilisation de la liste de l'ensemble des maîtres de stage sur Fordoc. 3 relances à 3 semaines d'intervalles. Utilisation de Santé Ardennes et du Gbo. Premier tri réalisé via les listings d'envoi + rappels des caractéristiques de mon échantillon dans mon email de recrutement + 2 questions préliminaires dans mon questionnaire afin de m'assurer que les participants répondent aux critères. <i>L'auto-administration ayant l'avantage d'engendrer moins de stress et une augmentation de la sincérité.</i>

3) <u>Durée de diffusion</u>	Uniquement de deux mois. Si ce délai avait été plus long, le nombre de répondants aurait été probablement plus conséquent.	Nécessité de prendre le temps suffisant pour l'analyse des résultats.
4) <u>Taille de l'échantillon insuffisante</u>	Taux de réponses n'est pas très élevé (1.6%). Cela est probablement lié, en partie, à la durée de l'étude qui n'a été que de 2 mois et à la durée pour répondre au questionnaire. Si le nombre de répondants avait été plus élevé, nous aurions pu établir plus de liens statistiques significatifs entre les différentes variables étudiées.	Multiplie relances afin d'obtenir le plus de répondants possibles en peu de temps. Plusieurs sources de diffusion. (EOL, glem, séminaire, ...). J'ai décidé d'inclure à la fois les assistants et les médecins généralistes francophones.
<u>Biais de sélection échantillonnage</u>	Malgré toutes mes tentatives pour rendre mon échantillon le plus représentatif possible, il n'est probablement pas représentatif de la population globale des médecins généralistes belges/assistants. De plus, il est possible que les médecins ayant répondu au questionnaire étaient intéressés par la problématique et donc plus favorables à en connaître davantage sur le sujet.	Probablement inévitable au vu de ma méthode d'échantillonnage.
<u>Biais d'analyse</u>	Etant seule à analyser les résultats, il y a peut-être une part de subjectivité. Ces résultats analysés par un pair n'auraient sans doute pas donné la même discussion.	La taille de l'échantillonnage n'a pas permis l'application de test statistique quantitatif. L'analyse des données s'est faite de manière descriptive avec intégration des données de la littérature. Certaines questions n'ont pas pu être analysées à la suite de biais méthodologiques. Seuls les questionnaires qui ont été pleinement remplis ont été comptabilisés afin d'éviter le biais de non-réponse.

Biais
méthodologiques

La durée de mon questionnaire est assez longue. Etat de connaissances lacunaires sur le sujet. Lié à l'outil (questionnaire) : Premièrement, l'évaluation s'est basée sur un questionnaire qui n'a pas été validé via une étude complète préalable.	Possibilité de mettre le questionnaire en attente et de pouvoir le reprendre plus tard. J'ai essayé de rendre ce questionnaire le plus attractif possible pour les répondants via les feedbacks immédiats et l'envoi de la fiche outils. Relectures multiples par des experts. Participation à la formation EOL. La sélection des items de celui-ci a été basée sur une revue de la littérature, et sur base d'une discussion entre médecins. De plus, ce questionnaire a subi une phase de pré-test. Deuxièmement, il a été choisi de mettre en premier lieu les questions en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques afin de « mettre à l'aise » les participants. Ensuite venaient les questions en rapport avec les sources d'informations et formations reçues, le questionnaire évaluatif, la pratique de l'euthanasie et les ressources souhaitées d'information.
Un biais de positivité est possible car plusieurs questions attendent une réponse binaire « oui/non ». Ce biais désigne le fait qu'il est plus habituel de répondre par l'affirmation que par la négation. Il s'agit d'un phénomène inconscient.	Eviter via des échelles de Likert ainsi que des questions à choix multiples.
La lecture de la littérature sur l'euthanasie en Belgique, avant d'établir le questionnaire, m'a évidemment aidée à le réaliser mais m'a sans doute conduite à	Le biais de confirmation a été pris en compte tout au long du travail afin de ne pas privilégier les informations confirmant les hypothèses avancées. Les informations favorables sont autant mises en avant que les défavorables (cfr partie résultats).

Biais de positivité

Biais de confirmation

Biais de désirabilité
sociale

Biais cognitif

formuler les questions en fonction des réponses trouvées dans cette littérature “Tendance naturelle qu’ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions”. https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf	J’ai essayé à travers la formulation de mes questions de ne pas émettre de jugement de valeur ou de transposer ma position par rapport à l’euthanasie.
Malgré l’anonymat garanti, le médecin va tenter de donner une image positive de sa personne durant l’enquête et cacher ce qui peut paraître déviant. .	Probablement inévitable. Maximiser l’anonymat !
Un premier biais cognitif est l’effet de cadrage qui est lié aux questions qui peuvent induire certains types de réponses. Un deuxième biais cognitif est plus fréquent dans ce questionnaire, l’effet de Halo. Les questions posées le sont selon des échelles similaires ce qui peut amener le médecin à proposer des réponses semblables.	L’absence d’information offerte au médecin avant qu’il débute le questionnaire et la suite logique des blocs de questions ont été pensés afin de limiter cet effet de cadrage. Je suis consciente qu’un cadre a été mis en place et je me suis efforcée de le rendre homogène. Ce biais me semblait difficile à éliminer. Gardons à l’esprit que l’ordre des questions peut influencer les réponses données au questionnaire. Au fil du remplissage, le participant expérimente l’échelle de Likert et est probablement plus à l’aise et plus « critique » en fin de questionnaire qu’au début. Même s’il s’agit d’un biais inévitable, il faut tenir compte du fait que cela peut influencer les résultats.

Annexe n°14 : Autorisation de citation dans mon TFE

Autorisation citation TFE



Jean-Marie Guiot <jeanmarie.guiot@gmail.com>

À : Shanon Acx



Mar 28/03/2023 15:33

Bonjour Shanon. Désolé de te répondre si tardivement. Pas encore sorti d'hibernation sans doute. Tu peux citer mon nom sans problème, mais c'est me faire beaucoup d'honneur pour mon modeste soutien. Cela a, en tous les cas, un réel plaisir de t'apporter ma contribution. Je suis persuadé que tu auras la satisfaction de recevoir une appréciation très positive. L'outil que tu as élaboré est une référence claire et très utile pour guider ceux qui n'ont pas beaucoup à ou des connaissances limitées. Cordialement. Jean-Marie

...

↳ Répondre

↳ Transférer

Autorisations orales ; Mathieu Aurore, cellule d'aide aux calculs statistiques de UCL, Maus Anick, Claes Youri et Rouard Vincent.