

7^e Congrès

Société Francophone
de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée



SF3PA

La Psychiatrie de la Personne Âgée en mouvement
Jeudi 4 et vendredi 5 JUIN 2026

Université Catholique de Lyon - UCLy - LYON

www.sf3pa-congres.com

La législation de fin de vie en Belgique

Pr Gérald Deschietere

Psychiatre

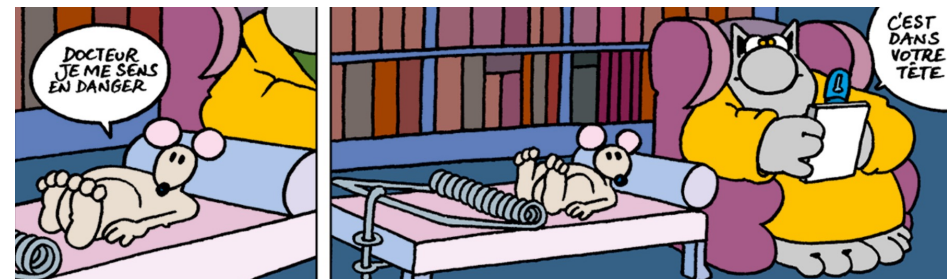
Unité de crise et d'urgences psychiatriques

Gériatrie de jour

Conflicts of Interest & Disclosures



- I have received consultancy or speaking fees from the following companies:
 - Janssen – Viatris – Lundbeck – Eli Lilly - AstraZeneca – Eurogenerics
- Aucun conflit “d’intérêt” pour cette communication mais probablement d’autres conflits. Je n’ai pas été confronté à cette situation...
- Nécessite un débat teinté de nuances...dépassionné



Limites

Contexte large de la fin de vie : médicalisation et régulation juridique de la fin de vie (norme sociale) : loi droits des patients, loi sur les soins palliatifs, loi relative à l'euthanasie (dépenalisation).

- Rendre légal/légitime des pratiques qui existaient et qui vont, espoir, diminuer à l'avenir... (sédation non décidée par le patient) -> lutter contre le paternalisme médical sans verser dans l'abandon thérapeutique. Lutter contre les inégalités sociales, physiques, psychiques...
- Contexte sociétal : responsabilité exponentielle des individus (DP) : contexte de (post)modernité : contrôle, maîtrise... et perte du sentiment de cohésion sociale
- Evolution personnelle

Nb : Je n'aborderai pas la question des mineurs (loi 2014) ni la question des directives anticipées...



La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (concomitante loi SP)



1. La demande est formulée de manière **volontaire, réfléchie et répétée**, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure
2. Le patient, majeur ou mineur émancipé, 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**

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

3. 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. Le médecin doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a **aucune autre solution raisonnable** dans sa situation et que la demande du patient est entièrement **volontaire**



La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

4. 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 »

5. Consulter un autre médecin quant au caractère **grave** et **incurable** de l'affection, en précisant les raisons de la consultation.

« 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** » « 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; » « si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne » (...)

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

6. Si le médecin est d'avis que le décès du patient majeur ou mineur émancipé n'interviendra manifestement pas à brève échéance (?), il doit, en outre :
 - a) 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. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté
 - b) Laisser s'écouler **au moins un mois** entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie



7. Commission de contrôle et d'évaluation (on y revient...) A posteriori.
8. Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables le document d'enregistrement.

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 * :
<u>Coordonnées pour une éventuelle correspondance</u>
2.5 Adresse
2.6 Numéro de téléphone
2.7 Courriel

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

9. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.
10. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.
11. Aucune clause écrite ou non écrite ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales.
12. 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 et au plus tard dans les sept jours de la première formulation de la demande 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

La commission de contrôle et d'évaluation (2021-2023)



Nombre d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique

	2021	% TOTAL
TOTAL	2699	100 %
NL	2006	74,3
FR	693	25,7

Nombre d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique

	2022	% TOTAL
TOTAL	2966	100 %
NL	2089	70,4
FR	877	29,6

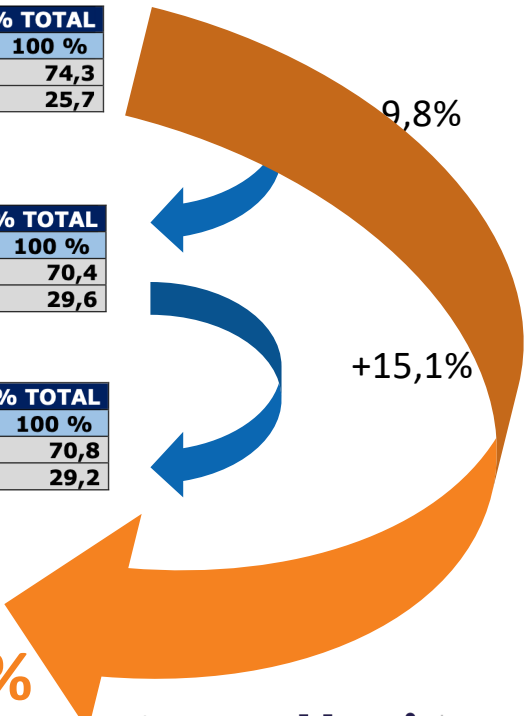
Nombre d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique

	2023	% TOTAL
TOTAL	3423	100 %
NL	2422	70,8
FR	1001	29,2

2024 : 3991 (+16%)

2025 : 4486 (+12%)

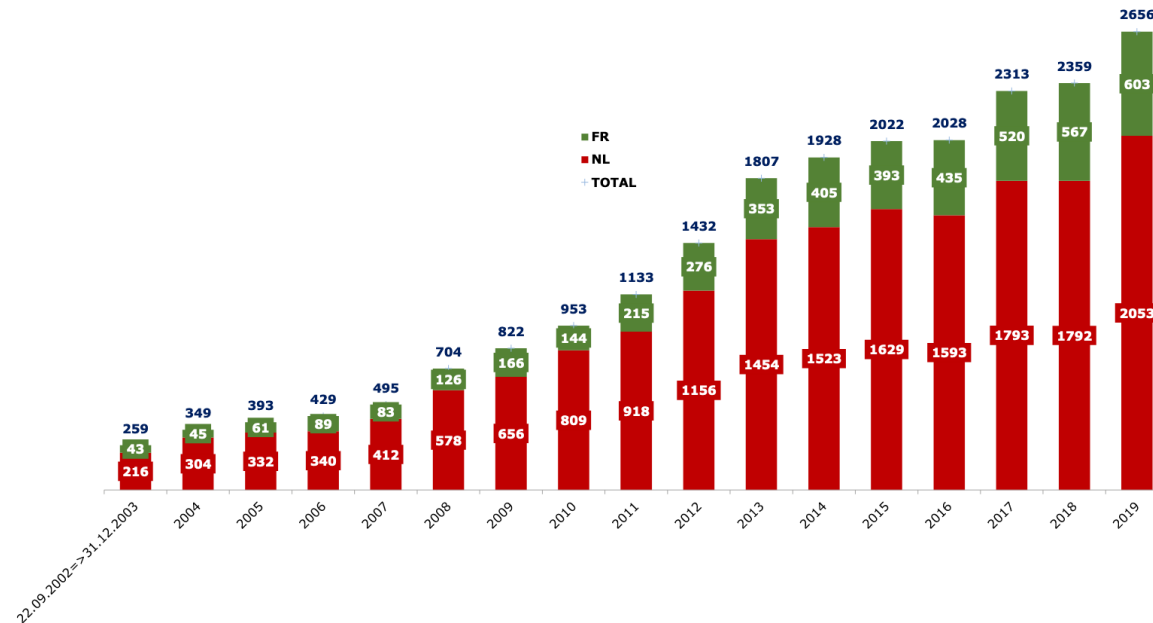
+66%



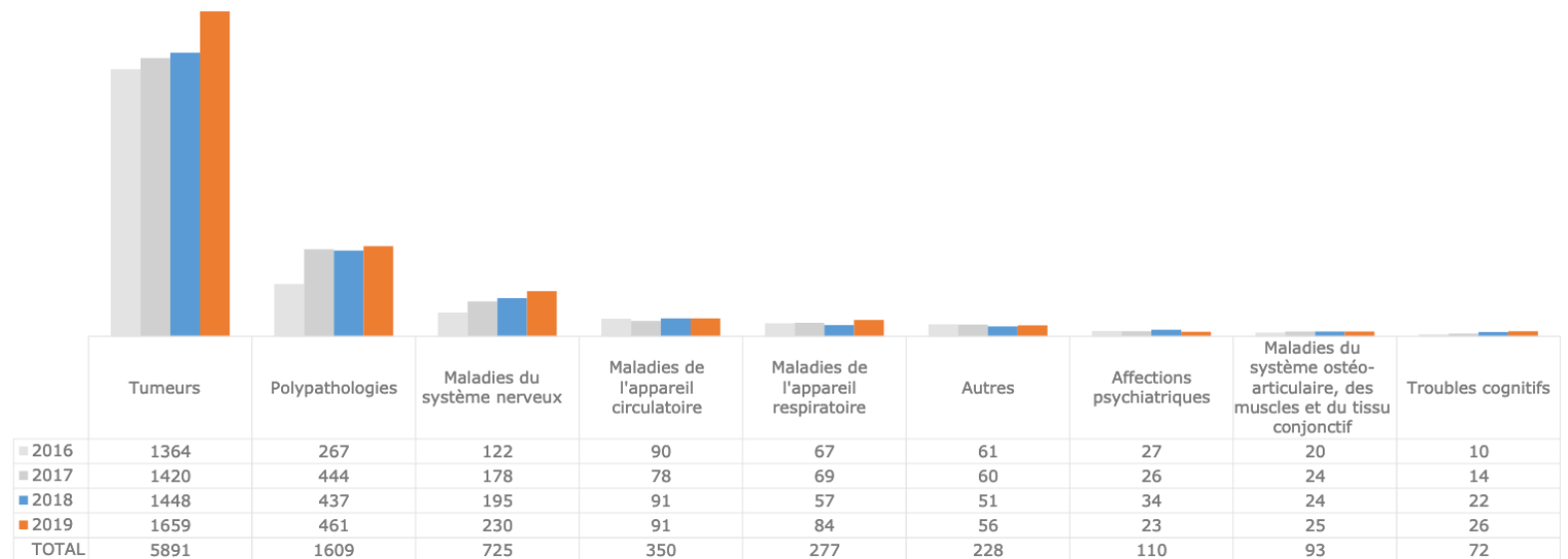
La commission de contrôle et d'évaluation



Graphique (G) 1 - Nombre d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique



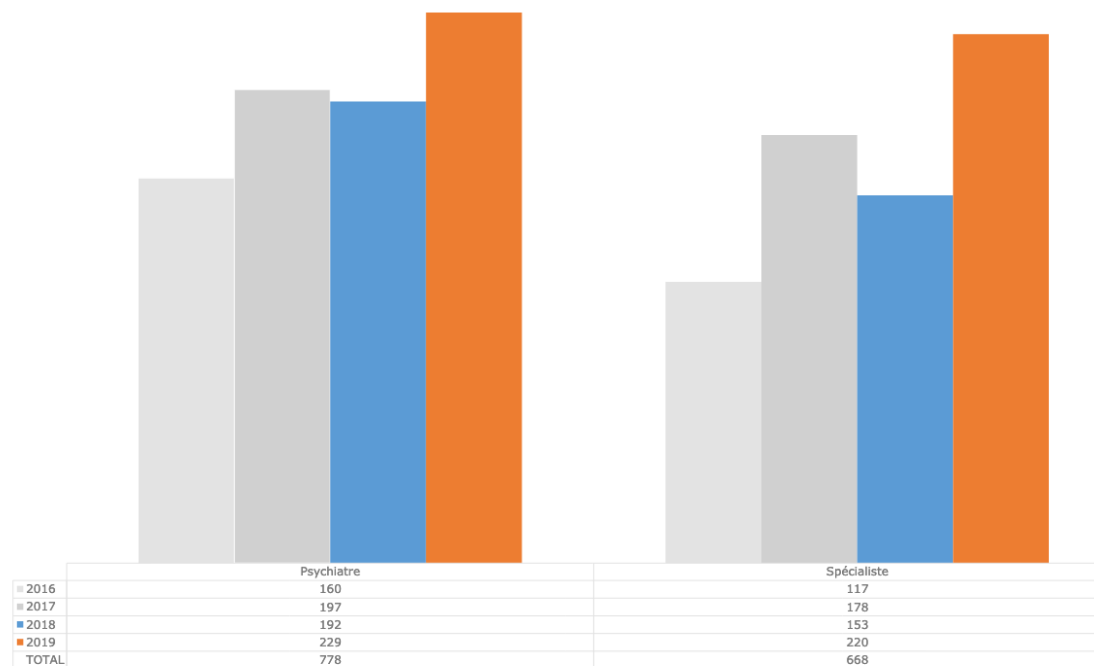
La commission de contrôle et d'évaluation



La commission de contrôle et d'évaluation

3^{ème} donc

G7 - Qualification du second médecin consulté obligatoirement (décès non attendu à brève échéance) – (T = 1447)



La commission de contrôle et d'évaluation

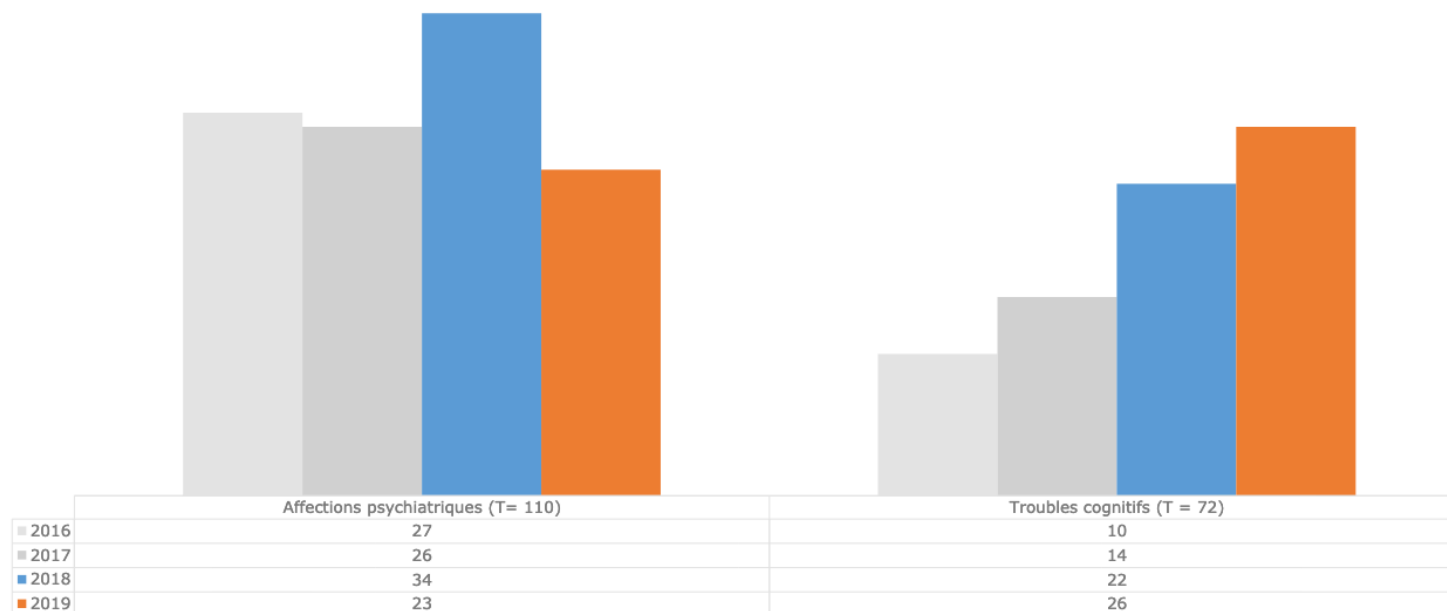
7^e Congrès

Société Francophone
de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée



La Psychiatrie de la Personne Âgée en mouvement
Jeudi 4 et vendredi 5 JUN 2026
Université Catholique de Lyon - UCLy - LYON
www.sf3pa-congres.com

G14 - Troubles mentaux et du comportement : affections psychiatriques et troubles cognitifs (T= 182)

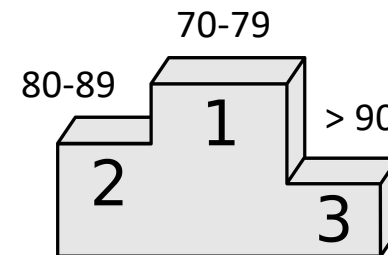


Autres enseignements



1. Lieu de l'euthanasie : toujours davantage à la maison qu'à l'hôpital

2. Âge des demandeurs : Variable < 5% moins de 50 ans (+ de 70% ont plus de 70 ans)



3. Sex ratio quasi 1

4. 3/4 de néerlandophones vs 1/4 de francophones (60-40 population)

Le rôle du psychiatre

1. Second avis possible – à quoi tient cette place du psychiatre ? Depsychiatriser. – vérifier l'absence d'un trouble mental « soignable » mais droit pour un usager de la psychiatrie aussi
2. Accompagnement des **soignants** qui procèdent à une euthanasie – cadre multidisciplinaire – Accompagnement des **proches**
3. Ne pas résumer le « cadre » de fin de vie à la question de l'euthanasie ou aux dimensions médicales : dimension sociale (logement, aide à domicile...), soins palliatifs, représentation et administration de la personne...



Quelques chiffres liés à ma pratique

1. Une cinquantaine de demandes (surtout 3^{ème} avis) public favorisé sur le plan socio-économique
2. Pas de demande liée à un isolement – souvent bien entourée
3. Plusieurs consultations (3-4) habituellement sauf exceptions.
4. Rare cas de chantage – Appel à la cellule d'aide à la décision éthique
5. 25 demandes écrites – moins de la moitié « acceptée » - jamais encore pour un trouble psychiatrique – certains n'actent jamais leur demande acceptée pourtant -> Droit à demander l'euthanasie et non un droit à celle-ci (conditions)

Quelques considérations personnelles

1. Evolution progressive de mon positionnement...

« La loi relative à l'euthanasie est sans conteste une avancée importante dans la place qui est donnée aux dernières volontés de patients en fin de vie et à la possibilité dont ils disposent maintenant de se faire accompagner en toute légalité par un médecin. Elle ne lève cependant pas définitivement les questions qui tournent autour de l'éthique de la pratique médicale dans ce cas particulier et en général. De manière plus précise encore, s'il faut reconnaître la difficulté qu'il y a à légiférer sur une matière aussi intime que celle du choix de sa propre mort, il importe de se poser la question des conditions dans lesquelles se trouve un patient qui doit remplir les exigences d'une loi qui lui confère une volonté pratiquement idéale »



Quelques considérations personnelles



1. Evolution progressive de mon positionnement...
2. Question du tact, de la pudeur, de l'humilité et du soulagement de la souffrance -> évolution des considérations personnelles (cfr ex premier ministre belge)
3. Amener aux soins grâce à la demande d'euthanasie : en urgences ou en consultation (vs idéation suicidaire) – concept de triangulation



Aurons-nous bien fait ?

les psychiatres se posent des questions face à l'aide médicale à mourir

Conclusion

- **Une loi qui semble répondre à un contexte sociétal**
(pourcentage augmente chaque année : 3.6% des décès en 2024)
- **et à des demandes individuelles**
(Que la loi rende possible une conversation (Le patient meilleur juge de sa souffrance))
- **Qui ne fait pas disparaître le questionnement éthique mais qui permet à tous de se poser certaines questions...**
(Qui tente de sortir de l'ombre des pratiques réelles bien qu'illicites (la loi les diminue ?))
- **Quid des risques de prosélytisme (média, en Ehpad...)? Terme « euthanasie » ? Contrôle démocratique**
- **Formation dans le cursus des futurs soignants, des futurs médecins et psychiatres...**



En guise d'ouverture

Je suis ambulancier.

Hier soir, vers 23 h, on reçoit un appel pour une dame de 83 ans. Malaise grave, elle est tombée chez elle. On arrive, elle est seule dans son petit appartement. Enfin... presque seule. À côté d'elle, il y a son vieux petit chien, un croisé tout gris qui tremble et qui refuse de s'éloigner d'elle. Il est couché contre sa jambe et la regarde avec des yeux perdus.

On la met sur le brancard, on lui pose l'oxygène. Elle est consciente mais très faible. Elle tourne la tête vers son chien et se met à pleurer en murmurant :

« Qui va s'occuper de lui maintenant... il n'a que moi... »

Le protocole est clair : pas d'animaux dans l'ambulance.

Jamais. C'est une faute grave.

Mon collègue m'a regardé. J'ai regardé le chien.

J'ai ouvert la porte latérale, j'ai tapoté la couverture à côté d'elle. Le petit chien a sauté sans hésiter, s'est blotti contre sa maîtresse et n'a plus bougé pendant tout le trajet.

Aux urgences, l'infirmière de garde a vu le chien. Elle n'a rien dit. Elle a juste laissé la porte de la chambre entrouverte pour qu'il puisse rester à ses pieds.

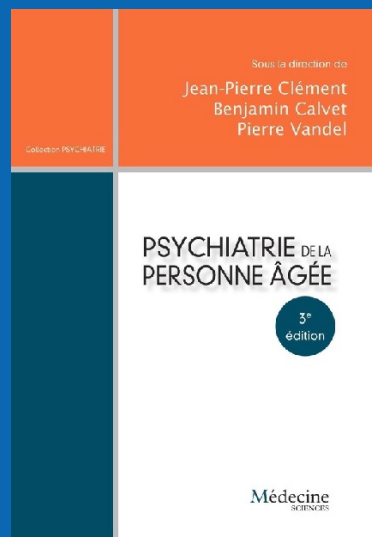
La dame s'est éteinte tranquillement au petit matin.

Son chien était là, la tête posée sur sa main, comme s'il veillait sur elle jusqu'au bout.

Elle n'est pas partie seule.

Un immense respect à tous les soignants, les ambulanciers, les infirmiers, les médecins qui, parfois, ferment les yeux sur le règlement pour laisser passer un peu d'humanité.





En guise d'ouverture

