

La pratique dépenalisée de l'euthanasie en Belgique : évolution de 2002 à 2005 et interprétation des différences entre le Nord et le Sud du pays

Depenalized practice of euthanasia in Belgium : evolution from 2002 to 2005 and interpretation of the differences between the North and the South of the country

M. Englert

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

RESUME

Les euthanasies pratiquées dans le respect de la loi du 28 mai 2002, d'une part entre le 22 septembre 2002 et le 31 décembre 2003 et d'autre part entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005 ont fait l'objet de deux rapports successifs de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, basés sur les documents d'enregistrement que la loi impose aux médecins d'adresser à cette Commission.

Le présent travail compare les données de ces deux rapports et analyse l'évolution de l'application de la loi : en dehors du nombre d'euthanasies pratiquées, nettement plus élevé en 2004-2005, les données statistiques restent très similaires. La différence importante entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en français et ceux rédigés en néerlandais, déjà relevée dans le premier rapport, se confirme en 2004-2005. Une interprétation est proposée.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 423-30

ABSTRACT

The euthanasia's performed, in accordance with the law of may 28, 2002, between September 22, 2002 and December 31, 2003 and between January 1, 2004 and December 31, 2005 are respectively analyzed in two successive reports of the federal commission for control and evaluation of euthanasia, based on the registration documents referred by the physicians to this commission. The present paper compares the data of those two reports and analyses the evolution of the application of the law. Apart from the number of euthanasia's per year, much greater in 2004-2005, the statistical data are very similar. The important difference in the number of registration documents written in French and in Dutch, already noted in the first report, is confirmed in 2004-2005. An interpretation is proposed.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 423-30

Key words : euthanasia, euthanasia in Belgium, legal control of euthanasia

INTRODUCTION

L'euthanasie médicale - c'est-à-dire l'acte pratiqué par un médecin qui met *intentionnellement* fin à la vie d'un patient à la demande de celui-ci - a été dépenalisée sous les conditions définies par la loi du 28 mai 2002¹, entrée en vigueur le 22 septembre 2002.

A la date du 22 septembre 2006, soit en quatre ans d'application, 1.300 euthanasies avaient été pratiquées

dans le respect de cette loi* et déclarées comme telles à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie chargée d'examiner les documents d'enregistrement introduits par les médecins. Composée de 16 membres désignés par arrêté royal (8 médecins dont 4 professeurs d'université, 4 professeurs de droit ou avocats et 4 membres issus de milieux chargés de la problématique des patients incurables), cette

* données non publiées.

Commission a déposé un premier rapport au Parlement² portant sur les 259 euthanasies pratiquées à la date du 31 décembre 2003, c'est-à-dire pendant les quinze premiers mois d'application de la loi et un second rapport portant sur les 742 euthanasies pratiquées en 2004 et 2005³.

Une analyse du premier rapport a fait l'objet d'une publication antérieure⁴. Le présent travail compare les données des deux rapports, discute l'évolution de celles-ci et tente d'interpréter celles qui suscitent des interrogations ou qui prêtent à controverse.

DONNEES STATISTIQUES ET DISCUSSION

Les pourcentages indiqués sont exprimés à 0,5 % près.

Source : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie^{2,3}.

Le nombre d'euthanasies pratiquées

La comparaison des deux rapports de la Commission fédérale de contrôle met en évidence une augmentation du nombre d'euthanasies pratiquées : ce nombre a été de 259 entre le 22 septembre 2002 et le 31 décembre 2003 et de 742 entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005, soit 17 par mois en moyenne en 2002-2003 et 31 par mois en 2004-2005 (Tableau 1). La répartition entre 2004 et 2005 a été de 349 en 2004 (29 par mois) et 393 en 2005 (33 par mois)³. Par rapport au nombre total de décès dans notre pays (environ 105.000 par an), la proportion de décès par euthanasie a été de 0,37 % en 2005.

22/9/2002-31/12/2003	1/1/2004-31/12/2005
259 soit 17/mois	742 soit 31/mois
216 déclarations (83 %) sont rédigées en néerlandais	636 déclarations (86 %) sont rédigées en néerlandais
43 déclarations (17 %) sont rédigées en français	106 déclarations (14 %) sont rédigées en français

Cependant si on compare les moyennes mensuelles depuis l'entrée en vigueur de la loi (Tableau 2), on constate que l'augmentation est surtout marquée de 2002 à 2004 (respectivement 8 en 2002, 19 en 2003 et 29 en 2004) : l'augmentation est de 53 % entre 2003 et 2004 et de 13 % entre 2004 et 2005 (respectivement 29 et 33 euthanasies mensuelles). On peut considérer une telle évolution comme normale et attendue en fonction de la prise de connaissance progressive de la législation par les médecins et par le public.

Euthanasies déclarées et euthanasies pratiquées

La proportion de 0,37 % de décès par euthanasie

Année	2002	2003	2004	2005
Moyenne mensuelle du nombre d'euthanasies	8	19	29	33

déclarée en 2005 concerne l'ensemble du pays ; si on se réfère au nombre de déclarations rédigées en néerlandais en 2005 (332) et au nombre de décès en région flamande (environ 56.000), la proportion passe à 0,59 %. Dans son premier rapport, la Commission soulignait qu'on ne dispose, pour estimer le nombre d'euthanasies réellement pratiquées, que d'une enquête épidémiologique réalisée en Flandre en 2000, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur de la loi, qui l'estimait à 0,3 % environ de l'ensemble des décès⁵ soit environ 225 cas annuels (une enquête antérieure, datant de 1998 et également réalisée en Flandre, l'estimait à 1,3 % de l'ensemble des décès, soit 705 cas⁶ mais ces chiffres sont probablement peu fiables en raison de l'interprétation, imprécise à l'époque, du terme " euthanasie "). Si on se réfère à l'enquête la plus récente, il semblerait donc qu'en ce qui concerne la Flandre, le nombre d'euthanasies pratiquées ait légèrement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Quant à la différence importante entre le nombre de déclarations rédigées respectivement en néerlandais et en français, déjà soulignée dans le premier rapport de la Commission et confirmée par le second, elle suscite des interrogations et fait l'objet d'une étude spécifique du présent travail (voir plus loin " *Le problème de la disproportion entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en français et en néerlandais* ").

L'euthanasie sur déclaration anticipée

La loi prévoit la possibilité de pratiquer une euthanasie à un patient inconscient ayant rédigé, dans les 5 années précédant l'incapacité de s'exprimer, une déclaration d'un modèle qui a été défini par arrêté royal (l'inconscience doit être considérée comme irréversible). Alors qu'une seule euthanasie a été pratiquée sur cette base en 2002 et 2003, ce chiffre est passé à 13 en 2004-2005 (Tableau 3). Bien que cette augmentation reste modeste, elle démontre l'utilité de la déclaration anticipée, malgré son champ d'application restreint. Elle gagnerait à être mieux connue.

22/9/2002-31/12/2003		1/1/2004-31/12/2005	
Demande consciente	Déclaration anticipée	Demande consciente	Déclaration anticipée
258 (99,5 %)	1 (< 0,5 %)	729 (98 %)	13 (2 %)

Le sexe et l'âge des patients

L'euthanasie a concerné pratiquement autant d'hommes que de femmes (Tableau 4).

Pendant les 4 années d'application de la loi, la grande majorité des euthanasies ont concerné des patients âgés de 40 à 79 ans (respectivement 80 % en 2002-2003 et 77 % en 2004-2005) (Tableau 5). Seule une faible proportion (respectivement 16 % et 17 %) a concerné des patients de plus de 79 ans alors que 45 % de l'ensemble des décès se situent dans cette tranche d'âge. Cette répartition, qui est restée constante, permet de conclure que l'âge ne semble nullement un facteur favorisant l'euthanasie. En fait, la proportion d'euthanasies par rapport au nombre de décès est aussi faible dans la tranche d'âge supérieure à 79 ans que dans celle inférieure à 20 ans.

Le lieu de l'euthanasie

41 % des euthanasies ont été pratiquées au domicile des patients en 2002-2003 et 39 % en 2004-2005 (Tableau 6). Cette proportion, restée pratiquement stable, est importante et témoigne du souhait fréquemment exprimé de mourir chez soi. Elle démontre

aussi que l'euthanasie peut répondre à ce souhait et être pratiquée par le médecin généraliste en utilisant une technique adéquate. On relève que l'euthanasie a été rarement pratiquée dans les maisons de repos et de soins (5 % des euthanasies), tout au long des 4 années d'application de la loi. Cette constatation est à mettre en relation avec la répartition des euthanasies par âge (voir ci-dessus) et renforce la constatation que c'est bien l'affection en cause et non l'âge qui est à l'origine des euthanasies.

Les décès " non prévisibles à brève échéance "

Seule une faible proportion des euthanasies, restée constante depuis l'entrée en vigueur de la loi (respectivement 8,5 % en 2002-2003 et 7 % en 2004-2005), ont été pratiquées chez des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance (Tableau 7). La procédure plus lourde, prévue par la loi, a toujours été appliquée dans ces cas (recours à deux consultants dont le second doit être un psychiatre ou un spécialiste de la pathologie en cause ; délai d'un mois au moins entre la demande écrite et l'acte).

La loi ne définissant pas ce qu'il faut entendre par une échéance " non brève ", la Commission a considéré qu'une telle estimation est impérative lorsque l'affection du patient n'est pas évolutive (séquelle d'accident par exemple) ou d'évolution suffisamment lente pour que le décès ne soit pas attendu dans les *mois* qui viennent. De plus, elle a jugé que, d'une manière générale, la prévision de l'échéance du décès ne pouvait valablement être faite que par le médecin en charge du patient, mettant ainsi pratiquement le médecin à l'abri d'une éventuelle contestation⁷.

Tableau 4 : Sexe des patients.

22/9/2002-31/12/2003		1/1/2004-31/12/2005	
M	F	M	F
129 (50 %)	130 (50 %)	386 (54 %)	356 (46 %)

Tableau 5 : Age des patients.

22/9/2002-31/12/2003					1/1/2004-31/12/2005				
< 20	20-39	40-59	60-79	≥ 80	< 20	20-39	40-59	60-79	≥ 80
1	8	83	125	42	2	45	209	362	124
< 1 %	3 %	32 %	48 %	16 %	< 1 %	6 %	28 %	49 %	17 %

Tableau 6 : Lieu de l'euthanasie.

22/9/2002-31/12/2003				1/1/2004-31/12/2005			
Hôpital	Domicile	MRS	Autre	Hôpital	Domicile	MRS	Autre
140	106	12	1	398	291	37	16
54 %	41 %	5 %	< 1 %	54 %	39 %	5 %	2 %

Tableau 7 : Echéance prévisible du décès.

22/9/2002-31/12/2003		1/1/2004-31/12/2005	
Echéance brève	Echéance non brève	Echéance brève	Echéance non brève
237 (91,5 %)	22 (8,5 %)	691 (93 %)	51 (7 %)

Le diagnostic de l'affection à l'origine de l'euthanasie

De 2002 à 2005, l'euthanasie a concerné en grande majorité (83 %) des patients cancéreux et, en second lieu, des patients atteints d'affection neuromusculaire (respectivement 13 % en 2002-2003 et 7 % en 2004-2005) (Tableau 8). La proportion s'inverse si on considère le groupe des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance (Tableau 9) : 76 % des cas dans le premier rapport et 48 % dans le second concernent des patients atteints d'affection neuromusculaire contre respectivement 13 % et 8 % de cancers.

Tableau 8 : Diagnostics (tous les cas).

Diagnostics	22/9/2002-31/12/2003	1/1/2004-31/12/2005
Cancers (tumeurs solides et affections sanguines malignes)	83 %	83 %
Affections neuromusculaires évolutives	10 %	6 %
Affections neuromusculaires non évolutives	3 %	< 1 %
Affections pulmonaires non cancéreuses	1 %	2 %
Affections cardiovasculaires	2 %	2 %
Sida	0 %	< 1 %
Affections neuropsychiatriques	0 %	1 %
Autres	2 %	4 %

Tableau 9 : Cas dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance.

Diagnostics	22/9/2002-31/12/2003 (22 cas)	1/1/2004-31/12/2005 (51 cas)
Cancers	13 %	8 %
Affections neuromusculaires évolutives	54 %	36 %
Affections neuromusculaires non évolutives	22 %	12 %
Affections pulmonaires non cancéreuses	5 %	4 %
Affections cardiovasculaires	0 %	10 %
Affections neuropsychiatriques	0 %	12 %
Sida	0 %	2 %
Autres	5 %	16 %

Alors qu'aucune affection neuropsychiatrique n'avait fait l'objet d'une euthanasie déclarée en 2002 et 2003, neuf patients atteints de telles affections sont décédés par euthanasie en 2004 et 2005 : un cas de maladie de Creutzfeld-Jakob, un cas de maladie de

Huntington, trois cas de maladie d'Alzheimer et quatre cas de dépression majeure irréductible. En exigeant que le médecin s'assure que la demande est " volontaire, réfléchie et répétée ", la loi n'interdit pas l'euthanasie pour maladie mentale mais ne la rend possible que dans des cas très exceptionnels. Le rapport de la Commission donne à propos de ces cas les précisions suivantes : " Ils ont fait l'objet d'un examen extrêmement minutieux pour s'assurer que les conditions légales étaient effectivement présentes : selon les cas, il s'agissait soit du caractère incurable et grave de l'affection, soit du caractère volontaire et réfléchi de la demande, soit du caractère insupportable de la souffrance ou de plusieurs de ces conditions. Les rapports médicaux circonstanciés joints aux documents d'enregistrement ou ceux qui ont été demandés au médecin après examen de la déclaration et ouverture du volet 1 ont permis à la Commission de conclure dans tous les cas que les conditions de la loi avaient été respectées "3.

Les souffrances : leur caractère " insupportable " et " inapaisable "

Le Tableau 10 reproduit les principales souffrances signalées par le médecin déclarant qui sont identiques dans les deux rapports de la Commission. Il faut relever que plusieurs types de souffrances physiques et de souffrances psychiques sont généralement décrits comme présents simultanément et il n'est donc pas possible d'attribuer la demande d'euthanasie à telle ou telle souffrance particulière.

Tableau 10 : Les souffrances signalées dans les déclarations.

- **Physiques** : cachexie, douleurs, dysphagie, dyspnée, épuisement, hémorragies, obstruction digestive, transfusions répétées, plaies importantes, vomissements.
- **Psychiques** : dépendance, désespérance, perte de dignité.

Une interprétation importante de la signification des termes de la loi " caractère insupportable et inapaisable " de la souffrance, est donnée par la Commission⁷ : elle a tenu à préciser que si certains facteurs objectifs peuvent contribuer à les estimer, de telles caractéristiques sont en grande partie d'ordre subjectif et dépendent de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres. De même, la Commission rappelle que la souffrance doit être appréciée en tenant compte du droit qu'a le patient de refuser un traitement de la souffrance, même palliatif, par exemple lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il juge insupportables. Elle conseille cependant, dans ces cas, qu'une discussion approfondie sur ce refus soit engagée entre le médecin et le patient. On peut ajouter qu'en cas d'un tel refus, le médecin garde, bien entendu, sa liberté de décision.

Les techniques utilisées

Les techniques utilisées pour l'euthanasie n'ont pas varié entre 2002 et 2005 (Tableau 11). Dans la très

Tableau 11 : Techniques utilisées pour l'euthanasie.

Technique	22/9/2002-31/12/2003	1/1/2004-31/12/2005
Barbiturique <i>per os</i> seul	2 %	1 %
Idem + paralysant neuromusc.	< 1 %	< 1 %
Thiopental ou similaire I.V. seul	31 %	28 %
Idem + paralysant neuromusc. I.V.	47 %	57 %
Idem + paralysant neuromusc. + KCl	3 %	4 %
Autres inducteurs d'inconscience + paralysant neuromusc. I.V.	10 %	6 %
Morphine seule ou avec sédatifs	1 %	< 1 %
Autre ou ?	6 %	5 %

grande majorité des cas (respectivement 91 % en 2002-2003 et 95 % en 2004-2005), le décès a été obtenu en induisant d'abord, par injection I.V., une inconscience profonde, le plus souvent (respectivement dans 81 % et 89 % des cas) par injection de thiopental (Pentothal®) à la dose de 1 à 2 g ou, rarement, d'un produit similaire.

Sauf dans le cas où le décès survenait spontanément en quelques minutes (cette éventualité est fréquemment mentionnée lorsque l'inconscience a été obtenue par injection de thiopental), une injection I.V. d'un paralysant neuromusculaire est pratiquée ensuite (généralement 20 mg de Pavulon ou Norcuron® ou 50 mg de Tracrium ou similaires). La mention d'un décès calme et rapide en quelques minutes, obtenu par cette technique, est fréquemment rapportée par les médecins dans leur déclaration, ce qui correspond aux données de la littérature⁸. Dans quelques cas, l'euthanasie a été réalisée, après induction de l'inconscience, par une injection de chlorure de potassium provoquant un arrêt cardiaque (respectivement 2 % et < 1 % des cas) ; respectivement dans 3 % et 2 % des cas, elle a été réalisée par des injections de morphine, seule ou en association.

Le fait que la morphine n'ait été que très rarement utilisée, tant en 2004-2005 qu'en 2002-2003, est en accord avec les données de la littérature qui déconseillent l'utilisation d'antalgiques à doses élevées comme euthanasiques en raison de leurs effets secondaires, de leur durée d'action souvent longue et imprévisible et des échecs possibles⁹.

On ne peut cependant ignorer le problème que pose l'utilisation fréquente en fin de vie d'analgésiques et de sédatifs à doses élevées pouvant avoir avancé le moment du décès : plus de 20 % des décès dans notre pays seraient précédés d'une telle administration⁵ et, pour autant que l'intention du médecin n'ait pas été de provoquer délibérément la mort, elle ne doit pas être considérée comme une euthanasie mais comme un traitement légitime de la douleur et de la souffrance.

L'ambiguïté peut cependant difficilement être évitée puisqu'elle repose sur un facteur purement subjectif : l'intention du médecin. Cette ambiguïté peut vraisemblablement expliquer que des euthanasies pratiquées à l'aide de morphiniques et de sédatifs à fortes doses ne soient pas déclarées. Comme nous le signalons plus loin, il est vraisemblable qu'elle est aussi, au moins en partie, à l'origine de la différence importante entre le nombre de déclarations d'euthanasie rédigées en français et le nombre de celles rédigées en néerlandais.

Il faut signaler qu'un décès déclaré à la Commission en 2004 n'a pas été repris dans cette statistique car la Commission a estimé qu'il s'agissait d'un arrêt thérapeutique suivi d'une sédation palliative. Bien que les rares cas où le midazolam a été utilisé pourraient correspondre à des sédations, aucun décès n'a été déclaré comme tel à la Commission : les unités palliatives qui utilisent cette technique pour assurer une fin de vie dans l'inconscience ont donc vraisemblablement considéré que leur action n'avait pas pour but d'entraîner la mort mais que celle-ci était survenue par l'évolution naturelle de la maladie et ne nécessitait pas de déclaration. Cette interprétation paraît très contestable, en particulier lorsque la sédation s'accompagne d'un arrêt de l'hydratation. Par ailleurs, il serait éthiquement inacceptable que pour satisfaire les conceptions philosophiques ou religieuses des soignants, une sédation aboutissant au décès soit pratiquée en réponse à une demande d'euthanasie sans un accord du patient sur les modalités envisagées et après un dialogue sincère.

L'administration *per os* d'une potion contenant 9 g d'un barbiturique pour induire l'inconscience a été rapportée dans 16 cas (6 en 2002-2003 et 10 en 2004-2005), soit un faible pourcentage des euthanasies^{2,3}. Dans 3 de ces cas, un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience mais dans 13 cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention. Les deux rapports soulignent que lorsque le décès s'est produit rapidement après l'ingestion du barbiturique par le patient et qu'il n'y a donc pas eu d'injection d'un paralysant neuromusculaire, un tel acte peut être qualifié de " *suicide médicalement assisté* ". La Commission a été unanime à considérer que si les conditions et les procédures imposées par la loi relative à l'euthanasie ont été respectées et que l'acte s'est déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir, l'induction de l'inconscience par ingestion (et non par injection), qu'elle ait été ou non suivie d'une injection de paralysant neuromusculaire, entre dans le cadre de l'euthanasie telle qu'elle est définie par la loi puisque celle-ci n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. Cette interprétation rejoint celle du Conseil national de l'Ordre des Médecins¹⁰.

Les remarques des médecins

Le formulaire de déclaration comporte un espace libre permettant au médecin, s'il le souhaite, de donner

des informations complémentaires. On y trouve fréquemment la mention que le patient était entouré de proches, que le décès s'est produit calmement et dans une atmosphère sereine et que des remerciements ont été adressés au médecin par la famille.

Les décisions de la Commission

L'analyse de la Commission porte sur le volet anonyme de la déclaration introduite par le médecin et ce n'est que lorsque les données de ce volet laissent persister un doute quant au respect des conditions et/ou des procédures légales que la Commission lève l'anonymat en ouvrant le premier volet, scellé, qui contient les noms des intervenants. Le médecin est alors contacté soit pour lui transmettre une simple remarque concernant la manière dont il a complété le formulaire soit pour lui demander des précisions manquantes. L'ouverture du volet I a été nécessaire dans 31 % des déclarations en 2002-2003 et dans 22 % des déclarations en 2003-2004. Il s'agissait d'obtenir des précisions dans respectivement 19 % et 17 % des déclarations et pour de simples remarques dans respectivement 12 % et 5 % des déclarations (Tableau 12). Ces constatations témoignent d'une amélioration dans la manière de compléter le document de déclaration.

L'éventualité d'une transmission à la justice, qui peut être décidée à la majorité des deux tiers si les conditions de la loi n'ont pas été respectées, ne s'est pas présentée.

Décisions	22/9/2002-31/12/2003	1/1/2004-31/12/2005
Acceptation simple d'emblée	69 %	78 %
Acceptation avec ouverture du volet I pour remarque(s) au médecin ne nécessitant pas de réponse	12 %	5 %
Acceptation après ouverture du volet I et réception des précisions demandées au médecin	19 %	17 %
Transmission à la justice	0 %	0 %

Le problème de la disproportion entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en français et en néerlandais

Pendant les années 2002 et 2003, 83 % des documents d'enregistrement ont été rédigés en néerlandais et 17 % seulement en français. En 2004-2005, malgré l'augmentation du nombre de déclarations, tant francophones que néerlandophones, la disproportion s'est confirmée et même légèrement accentuée (respectivement 86 % et 14 %). Cette constatation suscite étonnement et interrogations. Pour l'expliquer, la Commission évoque certaines hypo-

thèses : attitude socioculturelle de la population face à la mort différente au Nord et au Sud du pays, informations sur la législation relative à l'euthanasie plus diffusées en Flandre, réactions différentes des médecins du Nord et du Sud du pays quant à l'obligation de la déclaration, etc.

Pour tenter de mieux cerner l'origine de cette différence, nous avons, dans un travail antérieur⁴, comparé le nombre de décès par euthanasies déclarées dans chacune des deux langues en 2002-2003 proportionnellement aux chiffres de mortalité en Région flamande et en Région wallonne pour les deux diagnostics principaux concernés (le cancer et les affections neuromusculaires), qui totalisent à eux seuls plus de 90 % des déclarations. Les approximations utilisées ne permettaient pas de conclusion ferme mais suggéraient que les médecins en Communauté française pratiquaient proportionnellement un nombre similaire d'euthanasies pour affection neuromusculaire que leurs confrères flamands mais un nombre nettement moindre pour cancer.

Nous avons repris la comparaison en l'étendant aux autres données essentielles du rapport pour les euthanasies déclarées en 2004 et 2005 (Tableau 13).

Ce tableau permet les constatations suivantes :

1. En Communauté française, l'euthanasie est moins fréquemment pratiquée au domicile du patient qu'en Flandre.
2. En Communauté française, l'euthanasie sur déclaration anticipée est nettement plus exceptionnelle qu'en Flandre.
3. En ce qui concerne la technique la plus utilisée (thiopental ou similaire, suivi ou non d'un curarisant), il n'y a pas de différence entre les deux communautés (Tableaux 11 et 13).
4. En ce qui concerne les deux pathologies les plus fréquemment en cause (le cancer et les affections neuromusculaires, soit plus de 90 % des cas), la disproportion entre le nombre d'euthanasies en Flandre et en Communauté française est nettement moindre en ce qui concerne les affections neuromusculaires qu'en ce qui concerne le cancer. Elle est également moindre lorsque l'euthanasie est pratiquée pour une affection dont le décès n'est pas prévisible à brève échéance, ce qui est essentiellement le cas des affections neuromusculaires. On peut conclure que s'il y a moins d'euthanasies déclarées en Communauté française qu'en Flandre, la différence est essentiellement due au nombre d'euthanasies pour cancer.

L'interprétation de cette différence n'est pas évidente. Il est possible que les demandes d'euthanasie émanant de malades cancéreux soient moins fréquentes en Communauté française qu'en Région flamande mais il est improbable qu'elles le soient dans une mesure aussi énorme. Même si certains s'en prévalent, il est tout aussi improbable qu'un grand nombre de médecins francophones, après avoir pratiqué une euthanasie avérée, préfèrent le risque

Tableau 13 : Comparaison des données 2004-2005 en fonction de la langue.

Néerlandophone (NL)	Francophone (FR)	NL/FR
Nombre total		Rapport
636	106	6
DEMANDE CONSCIENTE OU DECLARATION ANTICIPEE		
Demande consciente		
624	105	5,9
Déclaration anticipée		
12	1	12
ECHEANCE PREVUE DU DECES		
Echéance brève		
598	93	6,4
Echéance non brève		
38	13	2,9
DIAGNOSTIC		
Cancers		
533	85	6,2
Affections neuromusculaires		
36	14	2,6
LIEU DE L'EUTHANASIE		
Domicile		
265	26	10,2
Hôpital		
322	76	4,2
MRS		
34	3	11,3
UTILISATION DU THIOPEENTAL		
541	87	6,2

d'une inculpation à l'inconvénient mineur de la rédaction d'un rapport simple, légitime et qui ne demande que quelques minutes d'attention. Il faut donc admettre qu'il existe entre la Flandre et la Communauté française une différence dans la manière de gérer les demandes d'euthanasie des patients cancéreux.

On sait qu'il est partout fréquent, en réponse à une demande d'euthanasie de la part d'un patient cancéreux - mais non de la part d'un patient atteint d'une affection neuromusculaire - d'augmenter les doses d'antalgiques, couplées ou non avec des sédatifs divers. Cette manière d'agir induit, en cas de décès, une ambiguïté sur la nature de l'acte - traitement de la douleur et de la souffrance ou mort délibérément provoquée ? - et permet donc d'éluder la nécessité de la déclaration.

Il n'en est pas de même en cas d'utilisation de produits létaux, en raison de leur signification incontestable. Or, l'information concernant ces produits, qui ont l'avantage majeur d'assurer une fin de vie rapide, sans souffrance et au moment souhaité, est plus disponible et mieux connue des médecins en Flandre qu'en Communauté française (publications médicales hollandaises et flamandes, existence d'un important " Forum " de plusieurs centaines de médecins formés aux problèmes de la fin de vie et pouvant agir comme consultants, débats dans les médias, etc.). On peut donc comprendre que ces produits soient utilisés plus fréquemment - et très légitimement - en Flandre, avec comme corollaire la disproportion constatée dans le nombre de déclarations issues des deux régions du pays.

CONCLUSIONS

Les rapports de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie concernant l'application de la loi de dépénalisation entre le 22 septembre 2002 et le 31 décembre 2005 indiquent que la pratique de l'euthanasie en Belgique ne semble pas avoir rencontré de difficultés particulières. Le nombre d'euthanasies déclarées dans notre pays a progressivement augmenté au cours de cette période, mais dans des proportions attendues qui s'expliquent par une connaissance progressive de la législation, tant par les citoyens que par les médecins. Par contre, les données statistiques concernant la répartition des âges, du sexe, des diagnostics et des techniques sont restées pratiquement sans changement.

L'analyse des documents de déclaration suggère que l'énorme disproportion constatée entre le nombre d'euthanasies déclarées en français et en néerlandais résulte d'une attitude différente en ce qui concerne les demandes d'euthanasie des patients cancéreux. Il est vraisemblable qu'en réponse à une demande d'euthanasie, l'administration des produits létaux assurant une fin de vie rapide, sans souffrances et au moment souhaité mais ne permettant guère d'éluder l'obligation de la déclaration, soit plus fréquente en Flandre qu'en Communauté française en raison d'une information médicale plus disponible sur leur utilisation.

Remerciements.

L'auteur remercie Mmes F. Deweydt et E. Deville, secrétaires de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, pour l'aide apportée au

Note

Les documents d'enregistrement ainsi qu'une brochure de conseils à l'intention du corps médical sont disponibles sur le site Internet du SPF Santé publique www.health.fgov.be/euthanasie/fr et à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (tél. 02.525 09 25). Par ailleurs, l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD ; tél. 02.502 04 85) tient à la disposition des médecins une brochure très complète relative à l'euthanasie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moniteur belge - 22 juin 2002
2. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Premier rapport aux Chambres législatives. Service fédéral Santé publique : www.health.fgov.be/euthanasie/fr
3. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Deuxième rapport aux Chambres législatives. Service fédéral de la Santé publique : www.health.fgov.be/euthanasie/fr
4. Englert M, Hanson B, Lossignol D : Deux années d'euthanasie dépenalisée en Belgique : comparaison avec les Pays-Bas. Premier bilan d'une unité de soins palliatifs. *Rev Med Brux* 2005 ; 26 : 145-51
5. van der Heide A, Deliens L, Faisst K *et al.* : End-of-Life decision-making in six European Countries : descriptive study. *Lancet* 2003 ; 362 : 345-50
6. Deliens L, Mortier F, Bilsen J *et al.* : End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey. *Lancet* 2000 ; 356 : 1806-11
7. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Brochure à l'intention du corps médical. www.health.fgov.be/euthanasie/fr
8. Kimsma K : Euthanasia and euthanizing Drugs in the Netherlands, in : Battin, Lipman AG, eds. : *Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia*. New York-London, Pharmaceutical Products Press. 1996 : 193-210
9. Admiraal PV : Toepassing van Euthanatica. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995 ; 139 : 265-8
10. Conseil national de l'Ordre des Médecins ; Avis du 22 mars 2003. *Bull.* vol. XI, juin 2003

Correspondance et tirés à part :

M. ENGLERT
Bosveldweg 81
1180 Bruxelles
E-mail : menglert@ulb.ac.be

Travail reçu le 14 décembre 2006 ; accepté dans sa version définitive le 29 janvier 2007.