

Bilan de l'euthanasie en Belgique 2002-2007

Evaluation of euthanasia in Belgium 2002-2007

B. Figa

Médecine Générale et Soins palliatifs

RESUME

Entre le 22 septembre 2002, date de l'entrée en vigueur de la loi dépenalisant l'euthanasie médicale, et le 31 décembre 2007, 1.925 euthanasies ont été pratiquées légalement en Belgique. Le présent travail résume les données essentielles de ces euthanasies analysées par les trois rapports publiés par la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 419-21

ABSTRACT

Between September 22, 2002 and December 31, 2007, 1925 legal euthanasia's were performed in Belgium. The present paper reviews the principal data of these euthanasia's following the three reports of the federal Commission for Control and Evaluation of Euthanasia.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 419-21

Key words : euthanasia, legal euthanasia in Belgium

INTRODUCTION

L'euthanasie, définie comme un acte qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient à sa demande, a été dépenalisée en Belgique moyennant le respect de conditions et procédures définies dans la loi du 28 mai 2002, entrée en vigueur le 22 septembre 2002. La Commission de Contrôle et d'Evaluation, mise en place par cette loi, est tenue de publier tous les deux ans un rapport statistique et critique sur l'application de cette loi. Trois rapports successifs ont été publiés¹ et ce sont les données essentielles de ces rapports qui sont présentées dans ce travail.

LE NOMBRE D'EUTHANASIES PRATIQUEES

Entre le 22 septembre 2002 et le 31 décembre 2007, 1.925 euthanasies légales ont été pratiquées. La figure illustre l'évolution de la pratique de l'euthanasie entre ces deux dates.

Le premier rapport, portant sur la période du 22 septembre 2002 au 31 décembre 2003, faisait état de 17 euthanasies par mois en moyenne ; le deuxième rapport, portant sur les années 2004 et 2005, de 31 euthanasies par mois en moyenne et le troisième rapport de 38 euthanasies par mois en moyenne.

Entre 2003 et 2004, l'augmentation a été importante (près de 50 % soit respectivement 19 et

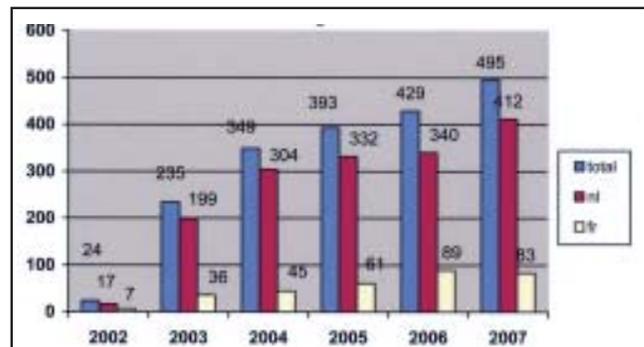


Figure : Evolution du nombre annuel d'euthanasies légales en Belgique.

29 euthanasies en moyenne par mois). Depuis 2004, l'augmentation a été régulière mais relativement faible d'environ 10 % par an.

Les décès par euthanasie représentent environ 0,4 % de l'ensemble du nombre de décès dans notre pays.

SURTOUT DES CAS DE CANCERS ET D'AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

La grande majorité des affections (plus de 80 %) qui ont donné lieu à une euthanasie étaient des *cancers généralisés ou gravement mutilants* chez des patients dont la plupart avaient subi de multiples traitements à visée curative et/ou palliative, qui étaient souvent suivis

par des équipes de soins palliatifs et dont le décès était prévisible dans les jours ou semaines à venir. *Les affections neuromusculaires évolutives mortelles* et, dans une moindre mesure, les séquelles neurologiques dues à une maladie ou un accident viennent en second lieu (environ 10 %). Les autres affections ont été rarement à l'origine d'une euthanasie.

Les cas d'affections neuropsychiques incurables (maladie de Huntington, maladie de Kreutzfeld-Jacob, maladie d'Alzheimer, etc.) qui ont bénéficié d'une euthanasie ont été rares (moins de 1 % des euthanasies). Ils ont fait l'objet d'un examen particulièrement approfondi de la Commission de Contrôle pour s'assurer que les conditions légales (en particulier la lucidité de la demande) étaient bien présentes.

Près de 5 % des euthanasies concernaient des cas d'affections engendrant de grandes souffrances mais dont le décès n'était prévisible qu'à une échéance lointaine : ces patients ont obtenu une euthanasie, comme la loi le permet, après avis de deux consultants et un délai d'attente d'un mois après la demande écrite.

SURTOUT DES MALADES D'AGE MOYEN

80 % des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans. L'euthanasie est rare avant 20 ans et elle est peu fréquente après 80 ans.

PRES DE LA MOITIE A LA RESIDENCE DES PATIENTS

On relève que près de 50 % des euthanasies ont été pratiquées à la résidence du patient, soit au domicile du malade (en général par le médecin généraliste : environ 45 % des cas), soit dans une maison de repos et de soins (environ 4 % des cas). Près de 50 % ont été pratiquées en milieu hospitalier.

DES SOUFFRANCES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Les souffrances étaient toutes décrites comme constantes, insupportables et inapaisables. Parmi les souffrances physiques le plus souvent mentionnées, il faut noter *la suffocation, l'obstruction digestive avec vomissements, les douleurs* ; quant aux souffrances psychiques, *la dépendance, la perte de dignité et le désespoir* sont les plus fréquentes.

La Commission a considéré que si certains facteurs objectifs peuvent contribuer à estimer le caractère insupportable de la souffrance, celui-ci est en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres. La Commission note également que, dans certains cas, le caractère insupportable des souffrances doit être estimé en tenant compte de l'âge.

Certains membres de la Commission ont émis des réserves sur le caractère insupportable dans le sens de la loi, de souffrances psychiques liées à une évolution future prévisible, dramatique, de l'affection en cours (évolution vers un coma, une suffocation, une paralysie par exemple). Ils n'ont pas été suivis par la majorité de la Commission.

UNE MORT CALME ET RAPIDE EN SOMMEIL PROFOND

Dans plus de 90 % des cas, le décès a été obtenu en induisant d'abord par injection intraveineuse une inconscience profonde (en général par injection de Pentothal®), et (sauf si le décès se produit en quelques minutes dès cette injection, ce qui est fréquent) en injectant ensuite un paralysant neuromusculaire qui provoque le décès par arrêt respiratoire. La Commission note que, d'après les données disponibles de la littérature médicale, une telle manière d'agir est effectivement la plus adéquate pour remplir les conditions requises pour une euthanasie correcte : *décès rapide et calme, sans souffrance ni effets secondaires*.

Comme on sait que l'administration de fortes doses de morphine est fréquente dans les derniers moments de vie pour apaiser les souffrances, la Commission relève, comme dans son premier rapport, que cette manière d'agir, lorsqu'elle a été utilisée, a donc été considérée par le médecin comme un traitement de la souffrance et non comme une euthanasie et n'a donc pas fait l'objet d'une déclaration, même si elle a pu parfois accélérer quelque peu le décès.

LES CAS DE SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE

Dans moins de 2 % des euthanasies, l'inconscience a été obtenue par administration d'un barbiturique en potion que le malade a avalé lui-même. Dans quelques-uns de ces cas, un paralysant neuromusculaire a été injecté après que le patient soit devenu inconscient. Quand c'est le malade lui-même qui ingère le produit, il s'agit d'un acte qui peut être qualifié de "*suicide médicalement assisté*". La Commission a considéré, comme dans ses rapports précédents, 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 du médecin présent et prêt à intervenir* : la loi n'impose pas, en effet, la technique à utiliser pour pratiquer l'euthanasie.

BEAUCOUP PLUS DE DECLARATIONS EN NEERLANDAIS QU'EN FRANÇAIS

Près de 80 % des déclarations ont été rédigées en néerlandais et près de 20 % en français. La Commission s'est interrogée sur les raisons de cette différence. Les médecins francophones sont-ils plus réticents à répondre favorablement à une demande

d'euthanasie que leurs confrères flamands et se contentent-ils souvent d'administrer des sédatifs et des opiacés qui entrent dans le cadre de soins palliatifs, n'entraînent pas indiscutablement la mort et ne nécessitent donc pas de déclaration ? La population francophone est-elle moins encline à demander la mort par euthanasie ? Ou plusieurs facteurs s'additionnent-ils ? La Commission s'interroge mais sans pouvoir conclure. L'hypothèse avancée par certains selon laquelle la différence s'expliquerait par une simple non déclaration par les médecins francophones de véritables euthanasies correctement pratiquées est peu vraisemblable étant donné les produits létaux prescrits et utilisés pour de telles euthanasies avec le risque d'inculpation judiciaire que cette attitude comporterait².

Beaucoup de déclarations mentionnent que le décès est survenu rapidement et calmement, dans une atmosphère sereine avec un accompagnement par des proches pendant l'acte et que des remerciements ont été adressés au médecin.

Aucune déclaration ne comportait d'éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice.

LA LEGISLATION DANS LES PAYS ETRANGERS

Seuls les Pays-Bas disposent d'une législation relative à l'euthanasie. La loi hollandaise du 12 avril 2001 sur " *le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide* " a, elle, prévu d'une manière explicite, outre l'euthanasie, le cas du suicide assisté. Mais les critères de minutie qui ont été élaborés aux Pays-Bas concernent les deux cas et sont similaires aux conditions légales de la loi belge.

L'application de cette législation aux Pays-Bas ne révèle pas de différences importantes avec l'application de la loi dans notre pays, en dehors toutefois du nombre d'euthanasies qui est quatre fois plus élevé³.

La Suisse et l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis autorisent l'assistance médicale au suicide mais non l'euthanasie.

En Oregon, cette assistance est réservée aux patients adultes résidant dans l'Etat, se trouvant en phase terminale, avec une espérance de vie de

maximum 6 mois. Le rôle du médecin, après avoir constaté que toutes les conditions sont remplies et avoir consulté un autre médecin, peut, après un délai de réflexion d'au moins 15 jours, rédiger l'ordonnance. En principe, il ne sera pas présent le jour où le patient décidera de prendre les médicaments. *The Oregon Death with Dignity Act* a été adopté par voie de référendum le 27 octobre 1997.

En Suisse, la pratique du suicide assisté a été rendue possible suite à l'interprétation d'une disposition du Code pénal suisse (article 115) qui sanctionne exclusivement l'aide au suicide avec un " mobile égoïste ". Sans mobile égoïste, l'aide au suicide n'est dès lors pas punissable. Cette interprétation a été confirmée par le Parlement suisse. Des critères stricts ont été élaborés et ce n'est qu'après l'examen du dossier médical qu'un médecin acceptera de donner la prescription. Tout décès survenant à la suite d'un suicide assisté est déclaré aux autorités judiciaires.

Enfin, une législation similaire à la loi belge est actuellement en discussion au Grand-Duché de Luxembourg. Adoptée en juin 2008 au Parlement, elle n'est pas encore d'application.

BIBLIOGRAPHIE

1. Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie. Rapports aux Chambres législatives : www.health.fgov.be/euthanasie/fr
2. Englert M : 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. *Rev Med Brux* 2007 ; 28 ; 423-30
3. Englert M, Hanson B, Lossignol D : Deux années d'euthanasie dépenalisée en Belgique : comparaison avec les Pays-Bas. *Rev Med Brux* 2005 ; 26 : 145-52

Correspondance et tirés à part :

B. FIGA
Avenue Van der Meerschen 11
1150 Bruxelles.
E-mail : figabeatrice@yahoo.fr

Travail reçu le 11 juillet 2008 ; accepté dans sa version définitive le 11 juillet 2008.