

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE

RÉSUMÉ DU PREMIER RAPPORT AUX CHAMBRES LEGISLATIVES

Le rapport intégral peut être consulté sur le site fédéral web

www.health.fgov.be

Les affections qui ont donné lieu à une euthanasie

Comme c'est le cas aux Pays-Bas, la grande majorité (82,5%) des affections qui ont donné lieu à une euthanasie étaient des cancers généralisés ou gravement mutilants (tumeurs, leucémies, myélomes, etc.) dont la plupart avaient subi de multiples traitements à visée curative et/ou palliative et dont le décès était prévisible dans les jours ou semaines à venir. Les affections évolutives mortelles viennent en second lieu (9,5%) et, dans une moindre mesure, les séquelles neurologiques d'un traumatisme (2,5%). Les autres affections ont été beaucoup plus rarement à l'origine d'une euthanasie.

Vingt-deux cas d'affections incurables engendrant de grandes souffrances mais dont le décès n'était prévisible qu'à une échéance lointaine dont 17 affections neuromusculaires (12 évolutives et 5 non évolutives) ont obtenu une euthanasie, comme la loi le permet, après avis de deux consultants au lieu d'un.

L'âge des patients

80% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans. Une seule euthanasie a été pratiquée chez un patient âgé de moins de 20 ans (18 ans). On relève que l'euthanasie n'a pas été fréquemment pratiquée chez des patients âgés de plus de 79 ans alors que près de la moitié des décès se produisent dans cette tranche d'âge, ce qui suggère que c'est bien la maladie et non l'âge qui a été le facteur déterminant de l'euthanasie.

Le lieu où l'euthanasie a été pratiquée

Plus de 40% des euthanasies ont été réalisées au domicile des patients, ce qui correspond au désir fréquemment exprimé de terminer sa vie chez soi et démontre que l'euthanasie peut parfaitement être pratiquée par le médecin de famille.

La nature des souffrances

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'épuisement, l'obstruction digestive, les douleurs* ; quant aux souffrances psychiques, *la dépendance, la perte de dignité et le désespoir* sont les plus fréquentes.

La manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés

Dans la très grande majorité des cas, le décès a été obtenu en induisant d'abord une inconscience profonde par injection IV de pentothal (82,5% des euthanasies) ou de midazolam (10% des euthanasies), et en injectant ensuite un paralysant neuro-musculaire (norcuron, pavulon, tracrium, etc.), provoquant le décès par arrêt respiratoire en quelques minutes. Lorsque l'inconscience est obtenue par injection de pentothal, le décès survient parfois immédiatement et ne nécessite pas l'injection du curarisant. 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, calme et sans souffrance*.

La morphine, seule ou en association, n'a été utilisée que rarement pour l'euthanasie (2,5% des cas), ce qui est en accord avec les données les plus sérieuses de la littérature médicale : en effet, sauf en extrême fin de vie, la morphine n'est en effet pas à recommander comme euthanasique en raison de son action inconstante et de durée variable, ainsi que de ses effets secondaires possibles. Comme l'administration de fortes doses de morphine est fréquente dans les derniers moments de vie pour apaiser

les souffrances, la commission relève 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 accélérer le décès.

La question du suicide médicalement assisté

Dans six euthanasies, l'inconscience a été obtenue non par injection mais par administration d'une dose létale d'un barbiturique en potion que le malade a avalée lui-même. Dans cinq de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention mais dans un cas, un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience. Quand c'est le malade lui-même qui ingère le produit, que cette ingestion soit suivie ou non d'une injection de paralysant neuromusculaire, il s'agit d'un acte qui peut être qualifié de « *suicide médicalement assisté* ». La commission a cependant considéré 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 : en effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée.

Beaucoup de déclarations mentionnent un accompagnement par des proches pendant l'acte ainsi que des remerciements adressés au médecin.

Un élément inattendu : cinq fois plus de déclarations en flamand qu'en français !

83% des déclarations ont été rédigées en néerlandais et seulement 17% en français. Différences dans les pratiques médicales en fin de vie ? dans les attitudes socioculturelles ? dans l'information, tant du public que des médecins ? réticence des médecins francophones à remplir le formulaire de déclaration ? plusieurs facteurs s'additionnent-ils ? La commission s'interroge mais ne conclut pas. Elle signale pourtant le rôle possible de la création en Flandre du forum LEIF longtemps avant celle du Forum EOL en communauté française.

PRÉCISIONS SUR CERTAINS POINTS DE LA LOI

1. Euthanasie pratiquée à la « demande » du patient et euthanasie pratiquée sur base d'une « déclaration anticipée d'euthanasie ».

La commission précise que la demande d'euthanasie est le cas habituel. C'est une demande faite par un patient conscient et lucide qui se trouve dans une situation médicale où les conditions mises par la loi pour pratiquer une euthanasie sont réunies : affection incurable grave, souffrances physiques ou psychiques constantes et inapaisables, demande ferme, répétée et sans pression extérieure. Elle doit être confirmée par écrit (cet écrit doit seulement confirmer la demande, être signée et datée par le patient ; si celui-ci en est physiquement incapable (par paralysie par exemple), elle peut être transcrite et signée par un tiers choisi par le patient, en présence du médecin, et doit indiquer les raisons pour lesquelles le patient ne l'a pas écrite de sa main. Elle reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie.

L'euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée est une situation rare. Il s'agit d'une euthanasie d'un patient irréversiblement inconscient qui a rédigé antérieurement (endéans les 5 années précédant l'état d'inconscience) une déclaration suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc) où il demande qu'une euthanasie soit pratiquée dans le cas où, atteint d'une affection incurable grave, il se trouve en inconscience irréversible. La dernière page du formulaire d'enregistrement a trait à une telle euthanasie.

2. Interprétation des termes « décès non prévu à brève échéance ». La commission considère que l'échéance du décès doit être considérée comme non brève si la mort n'est pas attendue dans *les mois* qui viennent. En pratique, ceci signifie que seules les affections non évolutives ou très lentement évolutives doivent être considérées comme exigeant la procédure renforcée (deux consultants et un mois

d'attente après la date de la demande écrite). Quand le décès est prévisible dans les jours, semaines ou mois qui viennent, il doit être considéré comme prévisible à brève échéance.

3. **Interprétation des termes « souffrances insupportables et inapaisables ».** La commission considère 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. Quant au caractère inapaisable de la souffrance, il faut tenir compte du fait que le patient a le droit 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. Dans ces cas, une discussion approfondie entre le médecin et le patient est toutefois nécessaire.

4. **La notion d'« indépendance » du consultant.** La commission estime que cette notion implique que le consultant ne peut avoir avec le patient ou le médecin ni relation de subordination, ni relation familiale et qu'il ne doit pas avoir une relation thérapeutique suivie avec le patient.

5. **La notion de « compétence dans la pathologie concernée » du consultant .** Certains membres de la commission ont parfois émis des réserves quant à la compétence d'un généraliste ou de certains spécialistes pour cette mission. La commission a cependant chaque fois estimé que le médecin concerné, quelle qu'était sa qualification, avait la compétence nécessaire pour s'assurer, par son examen, la consultation du dossier et l'interrogatoire, que l'affection était incurable et grave et que la souffrance était constante, insupportable et inapaisable, mission du médecin consultant fixée par la loi.