

LE TROISIÈME RAPPORT DE LA COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE EST PUBLIÉ

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

TROISIÈME RAPPORT AUX CHAMBRES LÉGISLATIVES

(Années 2006 et 2007)

RÉSUMÉ SUCCINCT

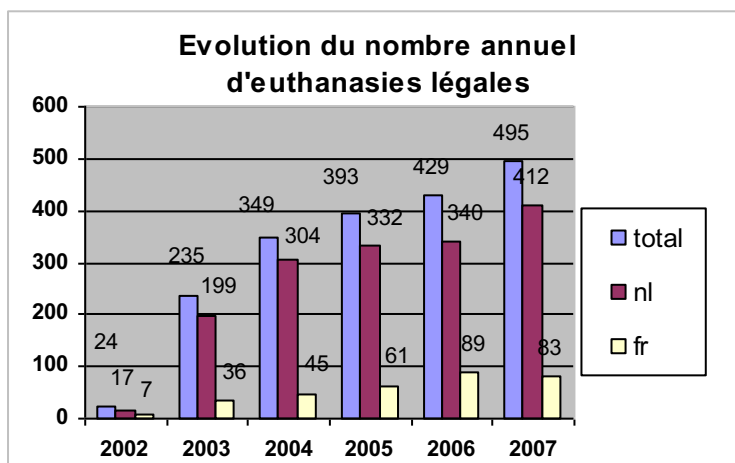
Texte intégral disponible sur le site Internet du Service public fédéral de la Santé www.health.fgov.be/euthanasie/fr

Rappel : La commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Elle est composée de 16 membres : 8 médecins dont quatre professeurs d'université, 4 juristes ou professeurs de droit, 4 membres d'organisations qui s'occupent de patients en fin de vie. Elle examine le volet anonyme du document d'enregistrement envoyé par le médecin qui a pratiqué une euthanasie et peut, en cas de doute, ouvrir le volet nominal pour demander des explications complémentaires au médecin. Elle a le droit, à la majorité des 2/3 des voix, de transmettre le dossier à la justice si elle estime que les conditions de la loi n'ont pas été respectées.

Le nombre d'euthanasies pratiquées

Ce rapport porte sur **924** euthanasies légales pratiquées entre le 1er janvier 2006 et et le 31 décembre 2007 soit en moyenne **38** euthanasies par mois. Le graphique ci-après illustre l'évolution de la pratique de l'euthanasie depuis l'entrée en vigueur de la loi de dépénalisation. Le bilan total depuis l'entrée en vigueur de la loi au 31 décembre 2007 est de 1925 euthanasies dont 321 en Communauté française.



Surtout des cas de cancers et d'affections neurologiques

La grande majorité des affections (**81 %**) 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 (**9 %**). Les autres affections ont été rarement à l'origine d'une euthanasie. 54 cas d'affections engendrant de grandes souffrances mais dont le décès n'était prévisible qu'à une échéance lointaine 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'âge 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.

Près de la moitié des euthanasies sont pratiquées à la résidence des patients

On relève que **49 %** des euthanasies ont été pratiquées à la résidence du patient, soit au domicile du malade (en général par le médecin généraliste) : **45 %** des cas, soit dans une maison de repos et de soins (**4 %** des cas). **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.

Comme elle l'avait fait dans les deux premiers rapports, 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 96 % 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 médicalement assisté

Dans 24 euthanasies, l'inconscience a été obtenue par administration d'un barbiturique en potion que le malade a avalé lui-même. Dans 3 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 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.

Toujours beaucoup plus de déclarations d'euthanasie en Flandre qu'en Communauté française

81 % des déclarations ont été rédigées en néerlandais et 19 % en français (voir le graphique ci avant). Comme dans les rapports précédents, la commission s'interroge 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 ? 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.

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.

En conclusion, en dehors d'un nombre nettement plus élevé d'euthanasies, les informations contenues dans ce troisième rapport sont très similaires à celles du précédent. L'augmentation du nombre d'euthanasies est conforme à ce qui était attendu, compte tenu de la diffusion des informations, tant au niveau de la population que du corps médical.