

RÉSUMÉ DU 7^e RAPPORT DE LA COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE (ANNÉES 2014 et 2015)

Le texte intégral peut être obtenu sur le site Internet du Service Public Fédéral www.health.belgium.be/euthanasie

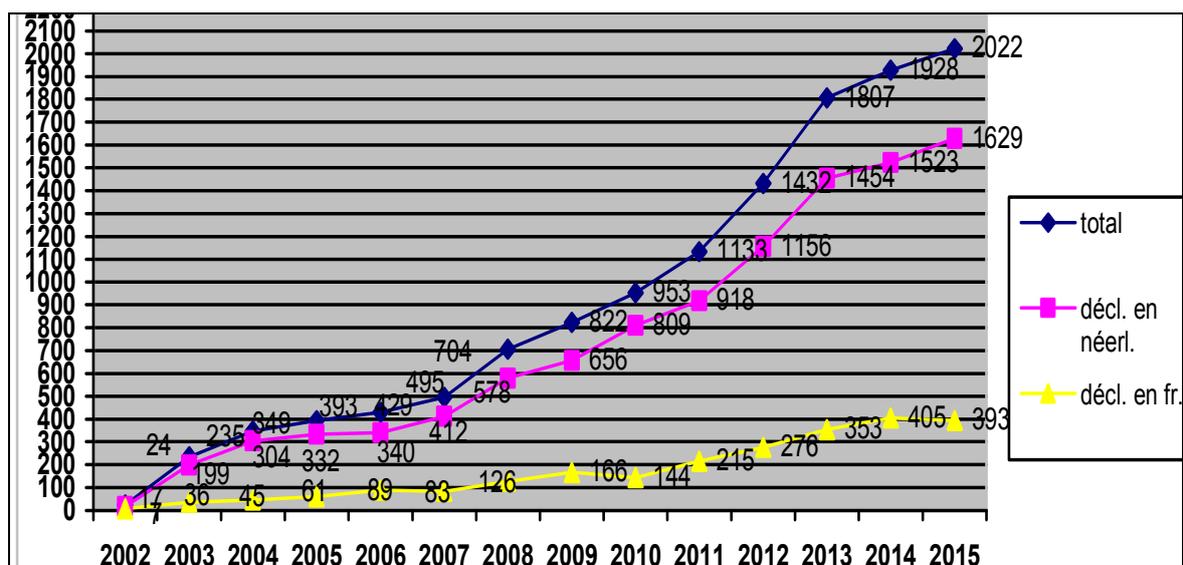
Des commentaires rédigés par notre présidente à l'intention du corps médical ont été publiés sur le site lejournaldumedecin.com

Rappel : La commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Cette commission est chargée du contrôle des déclarations d'euthanasie que les médecins doivent lui adresser dans les 4 jours qui suivent l'acte. Elle doit rédiger tous les 2 ans à l'intention du Parlement un rapport statistique et une évaluation de l'application de la loi. Elle est composée de 16 membres effectifs (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) et de 16 membres suppléants. Une copie des déclarations reçues par le secrétariat est envoyée à chaque membre au fur et à mesure de leur réception et une séance plénière se tient mensuellement. Seul le volet anonyme du document d'enregistrement envoyé par le médecin qui a pratiqué une euthanasie est examiné mais la commission peut décider, en cas de doute, d'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

3950 déclarations d'euthanasie ont été reçues par la commission en 2014-2015 soit, en moyenne, 165 par mois ce qui correspond à 2% de l'ensemble des décès. Le rapport précédent, portant sur les années 2012-2013 faisait état de 3239 euthanasies soit 135 par mois en moyenne et 1,5% de l'ensemble des décès. Le graphique ci-après illustre l'évolution de la pratique de l'euthanasie depuis l'entrée en vigueur de la loi de dépénalisation ; une augmentation du nombre de déclarations est notée chaque année depuis l'entrée en vigueur de la loi en septembre 2002.



Comme le souligne la commission, elle n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Cependant, elle rappelle que seuls **les actes ayant intentionnellement et effectivement mis fin à la vie** (art. 2 de la loi relative à l'euthanasie) répondent à la définition légale de l'euthanasie. L'utilisation fréquente en fin de vie de drogues diverses non létales ou dont la nature létale est douteuse (en particulier les morphiniques) n'est donc pas une euthanasie, même si elle peut hâter le décès.

DESCRIPTION DES CAS EXAMINÉS

Remarque : la classification utilisée dans ce rapport est celle des codes ICD-10-CM obligatoire dans les hôpitaux depuis le 1^{er} janvier 2015.

Les diagnostics

Surtout des cas de cancers

Comme dans les rapports précédents, la grande majorité (68 %) des affections 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 polyopathologies

Ce diagnostic vient en deuxième lieu et est plus fréquent qu'en 2012-13 (**9,7%** au lieu de 5%). Cette augmentation est vraisemblablement en relation avec l'augmentation du nombre d'euthanasies pratiquées à un âge supérieur à 79 ans (36% au lieu de 33%), un âge où les patients souffrent fréquemment de plusieurs pathologies simultanées.

Les affections neuromusculaires

Ce diagnostic vient en troisième lieu (**6,9 %**) et sa fréquence est similaire à celle de 2012-2013 (6%).

Autres

On ne constate pas de différence importante avec le rapport précédent en ce qui concerne les affections cardiovasculaires (5%) et respiratoires (3%). Des affections diverses sont en cause avec une fréquence difficilement comparable à celle du rapport précédent en raison du mode de classification. C'est notamment le cas pour les affections classées comme « troubles mentaux et du comportement » qui étaient antérieurement classées avec les affections neurologiques dégénératives comportant une symptomatologie psychique importante sous le titre général « affections neuro-psychiques ».

L'ECHEANCE PREVISIBLE DU DECES

15% des euthanasies concernent des cas d'affections incurables engendrant de grandes souffrances mais dont le décès n'était prévisible qu'à une échéance lointaine (**13%** en 2012-13); comme l'exige la loi, elles ont été pratiquées après avis de deux consultants (le second étant soit un spécialiste de l'affection en cause soit un psychiatre) et un délai d'attente d'un mois après la demande écrite.

L'ÂGE

63 % des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de **40 à 79 ans (65 %** en 2012-13). L'euthanasie est rare avant 40 ans et elle est peu fréquente après 79 ans. On note cependant une augmentation du nombre d'euthanasies dans le groupe d'âge supérieur à 79 ans (36% au lieu de 33% en 2012-13)

LE LIEU DE L'EUTHANASIE

On relève que **56 %** des euthanasies ont été pratiquées à la résidence du patient, soit au domicile (en général par le médecin généraliste : **44 %** des cas) soit dans une maison de repos et de soins (**12 %** des cas). **42 %** ont été pratiquées en milieu hospitalier et **2%** dans des lieux divers. Ces chiffres sont semblables à ceux de 2012-2013

LES 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'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 rapports antérieurs, 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.

LES TECHNIQUES UTILISÉES

Dans **97 %** des cas, le décès a été obtenu en induisant d'abord par injection intraveineuse une inconscience profonde (en général par injection de Thiopental), 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*.

Dans **1,8 %** des cas une technique I.V. avec des produits divers a été utilisée. 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 les rapports antérieurs, que cette manière d'agir, lorsqu'elle a été utilisée, a 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 peut-être accélérer parfois le décès.

0,7% des euthanasies (29 cas) ont été pratiquées par administration d'un barbiturique en potion que le malade a avalé lui-même. Une telle procédure peut être qualifiée 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.

Quatre fois plus de déclarations en néerlandais qu'en français

Comme dans les rapports précédents, le nombre de déclarations rédigées en néerlandais a été quatre fois plus important que celui des déclarations rédigées en français. La commission s'interroge sur les raisons de cette différence et suggère qu'une étude objective soit menée pour le comprendre.

Ouverture du volet 1

25% des déclarations ont nécessité l'ouverture du volet 1 nominal dont 19 % pour demander des précisions au médecin et 6% pour signaler une imprécision mineure. Une déclaration comportait des éléments faisant douter du respect des conditions essentielles de la loi et elle a été transmise à la justice.

Dans beaucoup de déclarations le médecin signale spontanément 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 lui ont été adressés. Aucune complication ou effet indésirable n'a été rapporté. Certaines déclarations mentionnent des difficultés et des obstacles à la pratique de l'euthanasie particulièrement dans certaines maisons de repos et de soins. Ceux-ci ont pu être levés ou ont nécessité le transfert du patients à domicile ou vers une autre institution de soins

Dr. Marc Englert
Professeur à l'ULB (hon.)