

La mort médicalement assistée. Un essai de clarification

M. Englert

Professeur honoraire à l'U.L.B.

Membre de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

Le médecin est de plus en plus souvent amené à prendre des décisions qui abrègent la vie : on estime qu'aujourd'hui, dans les pays européens industrialisés, 25 à 50 % des décès sont provoqués ou accélérés dans une mesure variable par une décision médicale qui a précédé le décès (Tableau 1).

Ces décisions portent soit sur des modifications du traitement soit sur des actes visant délibérément à arrêter la vie.

LES DECISIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT

Elles consistent soit à arrêter ou ne pas instaurer un traitement vital ou susceptible de prolonger la vie, soit à administrer, pour combattre la souffrance, des analgésiques et des sédatifs à des doses élevées susceptibles de rapprocher le moment du décès. Renoncer à un traitement qui engendre des souffrances excessives ou qui met en œuvre des moyens disproportionnés par rapport aux résultats attendus et soulager des symptômes pénibles et réfractaires au risque de raccourcir la vie sont des décisions quasi unanimement considérées comme des pratiques médicales "normales" pour autant qu'elles soient prises avec prudence et en s'entourant éventuellement d'avis de collègues. Il faut cependant être conscient qu'elles peuvent toujours, lorsqu'elles sont révélées au grand jour, faire l'objet de contestations de la part de proches ("abandon thérapeutique") et même être considérées par la justice comme des arrêts délibérés de vie*.

Remarquons que si elles avancent éventuellement le moment du décès, de telles décisions n'assurent pas pour autant une fin de vie sereine, ni même acceptable : l'arrêt de traitement peut engendrer des souffrances nouvelles et les analgésiques à fortes doses peuvent être mal supportés, annihiler la conscience

et induire un état comateux plus ou moins prolongé. Elles ne sont donc pas, comme certains les qualifient, des "euthanasies" passives. Rappelons aussi que des techniques de "sédation" ou d'administration d'opiacés à fortes doses, couplée éventuellement à des sédatifs et des anxiolytiques (les "cocktails lytiques"), parfaitement légitimes lorsqu'il s'agit de soulager la souffrance, peuvent cependant être à l'origine d'arrêts de vie délibérés pratiqués sous couvert de la règle dite du "double effet"**, qui permet de nier l'intention de provoquer la mort. Si de tels procédés d'arrêts de vie peuvent, à la rigueur, se justifier lorsque le risque de sanctions pénales lourdes en cas d'euthanasie avérée est présent (il est d'ailleurs patent que la plupart des euthanasies clandestines se pratiquent de cette façon), ils sont, à mon sens, médicalement inacceptables lorsque l'euthanasie par des moyens plus adéquats est légalement possible. En effet, outre la possibilité de complications et d'effets secondaires pénibles, ils ne sont applicables qu'en extrême fin de vie ce qui incite le médecin qui les envisage à postposer un dialogue clair et sans faux-fuyants sur la fin de vie.

* On se souviendra de l'affaire du C.H.R. de la Citadelle à Liège, où deux médecins, les Drs Radoux et Chevolet, furent inculpés d'"assassinat" (et l'un d'eux incarcéré pendant quelques jours) pour avoir débranché, à sa demande, le respirateur d'un patient atteint de fibrose pulmonaire terminale après lui avoir injecté de la morphine, puis du pentothal. Les autorités médicales y voyaient un "arrêt thérapeutique". Le non-lieu ne fut prononcé qu'après l'entrée en vigueur de la loi relative à l'euthanasie qui a fait requalifier correctement l'acte commis en euthanasie. Rappelons également l'inculpation récente en France du Dr F. Chaussoy, chef du service de réanimation à l'Hôpital de Berck (Pas-de-Calais) d'"empoisonnement avec préméditation" pour avoir mis fin à la réanimation de V. Humbert, tétraplégique, aveugle, muet et nourri par sonde (l'euthanasie est toujours interdite en France).

** Cette règle a été imaginée par les théologiens catholiques du Moyen Age pour permettre d'accepter les conséquences, moralement condamnables mais impossibles à éviter, d'actes moralement légitimes.

Tableau 1 : Décisions médicales en fin de vie en Europe en 2002 (d'après van der Heide et al').

L'étude en Belgique a été réalisée avant la législation de dépénalisation de l'euthanasie.

	B	P-B	CH	SW	DK	I
Décès sans décision médicale	61 %	56 %	49 %	64 %	59 %	77 %
• morts subites et inattendues	34 %	33 %	32 %	30 %	33 %	29 %
• morts attendues mais sans décision	27 %	23 %	17 %	34 %	26 %	48 %
Décisions médicales	38 %	44 %	51 %	36 %	41 %	23 %

B = Belgique (Flandre) ; P-B = Pays-Bas ; CH = Suisse ; SW = Suède ; DK = Danemark ; I = Italie.

Les décimales ont été omises.

LES DECISIONS D'ARRET ACTIF DE VIE A LA DEMANDE DU PATIENT : L'EUTHANASIE, LE SUICIDE ASSISTE ET L'AIDE AU SUICIDE

L'euthanasie médicale est définie comme un acte pratiqué par un médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient à la demande de celui-ci. Elle n'est autorisée qu'aux Pays-Bas et en Belgique, moyennant le respect de certaines conditions et procédures fixées par la loi. La technique généralement recommandée aujourd'hui consiste à administrer 1 à 2 g de pentothal I.V., suivis d'un curarisant, ce qui provoque une mort calme en quelques minutes².

La question du suicide médicalement assisté a soulevé des controverses. Il s'agit, cette fois, d'un acte posé non par le médecin mais par le patient lui-même mais avec des moyens mis à sa disposition par le médecin. La législation hollandaise s'applique explicitement au suicide médicalement assisté comme à l'euthanasie, avec les mêmes exigences dans les deux cas : le médecin doit assumer personnellement la responsabilité du geste létal posé par le patient en veillant à son aboutissement dans les meilleures conditions et il doit donc non seulement être présent mais aussi intervenir activement si, pour une raison quelconque, le processus ne se déroule pas correctement, comme en cas de vomissements d'une potion létale absorbée par la bouche. La législation belge est moins claire car elle ne mentionne pas le suicide assisté. Mais comme elle n'impose aucune directive médicale quant à la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée, rien ne s'oppose à ce que l'induction du coma initial assurant l'inconscience se fasse par l'absorption *per os* d'une potion contenant un barbiturique au lieu de l'injection I.V. de pentothal. Il va cependant de soi que toutes les conditions et procédures légales de la loi relative à l'euthanasie doivent être respectées, que l'administration du produit doit être effectuée avec l'aide active du médecin qui doit assumer lui-même le bon déroulement du processus et donc être prêt à injecter, si le décès ne survient pas rapidement, le curarisant nécessaire. Si ces conditions sont réunies, on ne voit pas de raison permettant de considérer que la loi belge n'autorise pas, tout comme la loi hollandaise, cette forme de suicide assisté.

L'aide médicale au suicide. Il en va tout autrement de la prescription de produits létaux sans assurer le contrôle de leur administration et du processus menant au décès : une telle prescription est interdite, tant aux Pays-Bas qu'en Belgique, et serait assimilée à un empoisonnement ou un homicide, sans parler des sanctions ordinaires. En Suisse, par contre, bien que l'eutha-

nasie soit interdite, l'aide au suicide est autorisée par un article du code pénal pour autant qu'elle soit désintéressée. Certains médecins suisses utilisent cette possibilité en prescrivant une potion létale à un patient en situation sans issue qui leur en fait la demande. Pour éviter un usage abusif de la prescription et échapper à tout reproche éventuel, bien que le code pénal ne précise aucune obligation particulière, le médecin prescripteur s'assure de la situation désespérée dans laquelle se trouve le patient, fournit lui-même la potion létale, en contrôle la prise mais sans pouvoir intervenir directement, ce qui n'est pas sans présenter des inconvénients qui peuvent être graves, et déclare le suicide à la justice. Cette situation est assez semblable à celle de l'Etat d'Oregon, aux USA, où une loi autorise cette forme d'assistance pour les patients incurables dont le décès est attendu dans les 6 mois à venir.

Le Tableau 2 montre que la fréquence des décisions d'arrêt actif de vie varie fortement suivant les conditions socio-culturelles et les législations. On constate que le suicide assisté ne se pratique en Europe que dans les deux pays où il est autorisé et qu'aux Pays-Bas, il est nettement moins fréquent que l'euthanasie : ceci s'explique par le fait que les conditions d'application étant identiques, une prise *per os* par le patient est moins sûre (risque de vomissements ou de prise incomplète) et parce que le coma, même correctement ainsi induit, peut se prolonger plusieurs heures. Les données relatives aux euthanasies pratiquées et déclarées en Belgique depuis l'entrée en vigueur de la dépénalisation sont attendues dans le courant de cette année.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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
2. Kimsma GK : Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. In : Drug use in assisted suicide and euthanasia. Battin MP, Lipman AG, eds. New York, Pharmaceutical Products Press, 1966

Tableau 2 : Morts intentionnellement provoquées à la demande du patient en Europe en 2002* (d'après van der Heide et al').
L'étude en Belgique a été réalisée avant la législation de dépénalisation de l'euthanasie. % des décès (chiffres arrondis à une décimale).

	B	P-B	CH	SW	DK	I
• euthanasie	0,3 %	2,6 %	0,3 %	?	0,06	0,04
• suicide assisté	0 %	0,2 %	0,4 %	?	< 0,1	0

B = Belgique (Flandre) ; P-B = Pays-Bas ; CH = Suisse ; SW = Suède ; DK = Danemark ; I = Italie.
* Les décisions d'arrêt actif de vie sans demande explicite ne sont pas reprises.