

Euthanasie: les balises légales ne sont pas respectées dans un cas sur cinq

Pour soumission à la commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

Antoine Boivin, MD, PhD(c), CCMF. Dr Boivin est médecin de famille à Rouyn-Noranda et complète une thèse de doctorat au Scientific Institute for Quality of Healthcare (Pays-Bas).

La commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité étudie la possibilité de légaliser le recours à l'euthanasie qu'elle définit comme l'acte de provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances (1). Les Pays-Bas offrent les meilleures possibilités d'évaluer empiriquement les conséquences pratiques de la légalisation de l'euthanasie, puisque celle-ci y est encadrée par la jurisprudence depuis les années 1980. Le ministère de la santé des Pays-Bas a mené des études nationales auprès des médecins sur leurs pratiques d'euthanasie entre 1990 et 2005 afin d'évaluer si les balises légales et professionnelles sont respectées ou non dans la pratique clinique.

Cadre légal et professionnel

La Dutch Royal Society for the Advancement of Medicine s'est positionné en faveur de l'euthanasie dès 1984. Le *Euthanasia Act* adopté en 2002 aux Pays-Bas définit les conditions permettant l'euthanasie et le suicide médicalement assisté lorsque: 1) la demande du patient est libre et considérée; 2) celui-ci vit une souffrance insupportable et sans espoir d'amélioration; 3) le médecin a expliqué la condition du patient et les options disponibles; 4) le médecin a conclu avec le patient qu'aucune autre alternative n'est possible; 5) le médecin a consulté un autre collègue; 6) le médecin traitant met fin à la vie du patient ou l'aide à y mettre fin en lui prodiguant tous les soins médicaux et l'attention dont le patient a besoin. Le médecin est également tenu, après le décès, de contacter le coroner qui réfère le dossier à un comité chargé d'évaluer si les critères de bonne pratique ont été respectés, faute de quoi des poursuites criminelles peuvent être intentées contre le médecin(2).

La cessation de traitement (ex. arrêt de respirateur ou cessation de chimiothérapie), et l'utilisation de narcotiques à des fins de soulagement sont des pratiques légales et courantes au Québec mais ne sont pas des actes d'euthanasie au sens du *Euthanasia Act*. Il est maintenant bien démontré que l'utilisation appropriée de narcotiques à des fins de palliation n'entraîne pas la mort et les narcotiques sont d'ailleurs déconseillés dans les protocoles d'euthanasie aux Pays-Bas, compte-tenu des effets secondaires et des doses élevées requises pour provoquer la mort(3). Les médicaments les plus couramment utilisés à des fins d'euthanasie aux Pays-Bas sont les bloqueurs neuromusculaires, provoquant l'arrêt respiratoire à court terme. L'euthanasie demeure une mesure d'exception aux Pays-Bas et est la cause principale de décès dans moins de 2% des cas(4).

Le respect de l'autonomie est problématique

Plusieurs partisans de la légalisation de l'euthanasie revendiquent le droit des patients à l'autodétermination. Or, si l'euthanasie prend théoriquement pour point de départ la

demande du patient, la décision finale de prescrire et d'injecter le médicament est prise par le médecin. En 2005, 7% des personnes décédées aux Pays-Bas de causes prévisibles ont

Dans 19% des cas d'euthanasie, le médecin a administré un médicament provoquant la mort sans la demande explicite du patient et parfois sans discussion préalable avec la famille ou un collègue

demandé l'euthanasie ou le suicide assisté et ces demandes ont été refusées dans 38% des cas par le médecin(5). Les médecins sont plus enclins à considérer l'euthanasie lorsque qu'il y a présence de souffrance physique et moins lorsqu'une telle demande repose sur la perception de perte de dignité (6). Fait troublant, dans 19% des cas d'euthanasie, le médecin a administré un médicament provoquant la mort sans la demande explicite du patient et parfois sans discussion préalable avec la famille ou un collègue(4). Des médecins ont pratiqué l'euthanasie

sur des nouveaux-nés, des personnes avec des problèmes de santé mentale et des personnes âgées atteintes de problèmes cognitifs(7, 8). Les données actuelles ne permettent pas d'exclure la possibilité que l'euthanasie ait été pratiquée chez des personnes qui auraient souhaité vivre ou qui auraient changé d'idée à court terme. Dans une étude prospective menée auprès de 988 patients en phase terminale aux Etats-Unis, 50,7% des patients considérant l'euthanasie ont changé d'idée deux à six mois plus tard (9).

Légaliser ne garantis pas un meilleur encadrement des pratiques

Selon certains, l'euthanasie existerait déjà au Québec et sa légalisation permettrait un meilleur encadrement des pratiques. Une telle affirmation est doublement critiquable. D'une part, les sondages effectués par la FMSQ et la FMOQ à l'automne 2009 ne permettent aucunement de conclure que l'euthanasie se pratique au Québec compte-tenu de la formulation ambiguë des sondages (« l'euthanasie, sous diverses formes et de façon indirecte, est actuellement pratiquée au Québec ») confondant cessation de traitement, soins palliatifs et euthanasie.

Malgré sa légalisation aux Pays-Bas, 20% des cas d'euthanasie ne sont pas déclarés par les médecins, ce qui empêche toute forme de vérification externe. 10% des médecins qui n'ont pas déclaré leur geste jugeaient eux-mêmes que les conditions de bonne pratique n'étaient pas respectées. En 2005, les médecins ont causé la mort de plus de 1000 personnes sans leur demande explicite ou sans rapporter leur geste aux autorités(4).

Une ligne à ne pas franchir

Il est fondamental de respecter la dignité et l'autonomie des malades en évitant l'acharnement thérapeutique et en soulageant leurs souffrances adéquatement. Par contre, l'expérience des Pays-Bas démontre que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté comporte des risques importants. Malgré un cadre légal étoffé et la possibilité de poursuites criminelles, les balises légales en place n'ont pas été respectées dans un cas d'euthanasie sur cinq.

Coordonnées

Antoine Boivin, MD, PhD(c), CCMF
Candidat au doctorat

Affiliation académique:

Scientific Institute for Quality of Healthcare
Radboud University Nijmegen Medical Centre
Netherlands

Coordonnées:

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e rue (#443)
Rouyn-Noranda (Qc); J9X 2A9
Canada
+1(819)760-0031
antoine.boivin@gmail.com

References

1. Assemblée Nationale du Québec. Commission spéciale sur le droit de mourir dans la dignité: document de consultation. Québec. 2010.
2. Kimsma GK. Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families. *Med Health Care Philos.* 2010 Jul 29.
3. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol.* 2003 May;4(5):312-8.
4. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med.* 2007 May 10;356(19):1957-65.
5. Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Pasma HR, van der Heide A. The last phase of life: who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? *Med Care.* 2010 Jul;48(7):596-603.
6. van Tol D, Rietjens J, van der Heide A. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health policy.* 2010 Oct;97(2-3):166-72.
7. Jochemsen H. Dutch Court Decision on Nonvoluntary Euthanasia Critically Reviewed. *Issues in Law & Medicine.* 1997;13:447.
8. George RJ, Finlay IG, Jeffrey D. Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients. *BMJ.* 2005 Sep 24;331(7518):684-5.
9. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA.* 2000 Nov 15;284(19):2460-8.