

# Comment régler ma fin de vie

Euthanasie, assistance au suicide  
et dispositions de fin de vie

Carlo BOCK

# Introduction

- Définitions
- Législation
- Modalités pratiques
- Fondements éthiques
- Expériences dans d'autres pays
- Conclusions

# Définitions

- **Euthanasie:**

acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci

L'euthanasie peut être pratiquée

- soit sur demande directe du patient,
- soit sur base de dispositions de fin de vie si le patient est inconscient à la suite d'une affection grave, incurable et irréversible

# Définitions (suite)

- **Assistance au suicide:**

un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, et ce à la demande expresse et volontaire de la personne

# Législation

- Conditions liées au patient:
  - le patient est majeur, capable et conscient
  - la demande est volontaire, sans pression extérieure, réfléchie et répétée
  - sa situation médicale est sans issue
  - sa souffrance physique ou psychique est constante et insupportable, sans perspective d'amélioration
  - la demande est consignée par écrit

# Législation (suite)

- Conditions liées au médecin:
  - informer le patient sur
    - état de santé et espérance de vie
    - possibilités thérapeutiques
    - possibilités des soins palliatifs
  - s'assurer que la demande est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable
  - s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique
  - consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection
  - s'entretenir avec l'équipe soignante, avec la personne de confiance sauf opposition du patient
  - s'informer si des dispositions de fin de vie sont enregistrées

# Législation (suite)

- Souffrance physique ou psychique:
  - constante et insupportable: en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres (symptômes physiques, perte de fonctions, dépendance, détérioration, etc.)
  - sans perspective d'amélioration: il faut tenir compte du fait que le patient a le droit de refuser un traitement, même palliatif, lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application que le patient juge insupportables

# Législation (suite)

- Dispositions de fin de vie:
  - Conditions liées au patient:
    - majeur et capable au moment de la rédaction des dispositions de fin de vie
    - dispositions consignées par écrit et enregistrées auprès de la commission nationale de contrôle et d'évaluation
  - Conditions liées à la maladie:
    - affection accidentelle ou pathologique grave et incurable
    - patient inconscient
    - situation irréversible
  - Conditions liées au médecin:
    - consulter un autre médecin
    - s'entretenir avec l'équipe soignante, la personne de confiance, les proches du patient

# Législation (suite)

- Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie
  - 9 membres (3 médecins, 3 juristes, 1 membre issu des professions de santé, 2 membres représentant la défense des droits des patients), commission actuellement présidée par un magistrat
  - la commission vérifie si les conditions et la procédure prévues par la loi ont été respectées sur base de la déclaration officielle d'euthanasie
  - la commission établit, tous les deux ans, à l'attention de la Chambre des Députés un rapport statistique et un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la loi et fait des recommandations

# Législation (suite)

- Dispositions particulières

- Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

En cas de refus, le médecin est tenu d'informer le patient endéans 24 heures en précisant les raisons de son refus et il doit communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier

- Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie

# Modalités pratiques

- Conditions légales réunies
- Sédation et analgésie selon les conditions médicales et le souhait du patient
- Euthanasie proprement dite:
  - injection d'un anesthésique, puis
  - injection d'un curarisant  
(protocole le plus souvent utilisé)
- Suicide médicalement assisté:
  - ingestion de barbituriques à doses élevées

# Fondements éthiques

- Arguments en faveur de l'euthanasie
  - Principe d'autonomie ou de disposition de soi
  - Principe de tolérance (accepter le pluralisme moral à l'égard de la fin de vie)
  - Principe de bienfaisance (respect par le médecin du choix de son patient à l'égard de la fin de sa vie)

# Fondements éthiques (suite)

- Arguments contre l'euthanasie
  - Principe de solidarité ou « dimension relationnelle constitutive de la solidarité humaine »; obligation à l'égard d'autrui, y compris à la fin de sa vie  
Ici le principe d'autonomie ne prime pas le principe de solidarité
  - La vie est un don de Dieu créateur dont l'homme ne peut disposer librement

# Expériences dans d'autres pays

- In 1993, the Netherlands established a reporting procedure for euthanasia and physician-assisted suicide, and most physicians who followed the guidelines were not prosecuted
- Euthanasia and physician-assisted suicide were not officially legalized until a law was passed in 2002
- According to surveys of physicians conducted from 1990 through 2005, euthanasia and physician-assisted suicide have remained uncommon, and the rates declined modestly after the practices were legalized



## Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year

**Table 1.** Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year.\*

Variable	1990	1995	2001	2005
No. of studied deaths†	5197	5146	5617	9965
No. of questionnaires	4900	4604	5189	5342
Most important practice that possibly hastened death — % (95% CI)				
Euthanasia	1.7 (1.5–2.0)	2.4 (2.1–2.6)‡	2.6 (2.3–2.8)‡	1.7 (1.5–1.8)
Assisted suicide	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)‡	0.1 (0.1–0.1)
Ending of life without explicit request by the patient	0.8 (0.6–1.0)‡	0.7 (0.5–0.9)‡	0.7 (0.5–0.9)	0.4 (0.2–0.6)
Intensified alleviation of symptoms	18.8 (17.9–19.9)‡	19.1 (18.1–20.1)‡	20.1 (19.1–21.1)‡	24.7 (23.5–26.0)
Withholding or withdrawing of life-prolonging treatment	17.9 (17.0–18.9)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	15.6 (15.0–16.2)
Total	39.4 (38.1–40.7)‡	42.6 (41.3–43.9)	43.8 (42.6–45.0)	42.5 (41.1–43.9)
Continuous deep sedation§	NA	NA	NA	8.2 (7.8–8.6)

\* All percentages were weighted for the sampling fractions, for nonresponse, and for random-sampling deviations. CI denotes confidence interval, and NA not available.

† The number of deaths is largest in 2005 because all deaths in which the cause of death precluded physician assistance during dying were included, whereas only 1 in 12 of these deaths was included in the other study years.

‡  $P < 0.05$  for comparison with the frequency for 2005.

§ Continuous deep sedation may have been provided in conjunction with practices that possibly hastened death.

van der Heide A et al. *N Engl J Med* 2007;356:1957-1965



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

# Frequency of Medical End-of-Life Practices in Flanders, Belgium, in 1998, 2001, and 2007

**Table 1. Frequency of Medical End-of-Life Practices in Flanders, Belgium, in 1998, 2001, and 2007.\***

Variable	1998	2001	2007
Total annual deaths — no.	56,354	55,793	54,881
Deaths in study sample — no.	3,999	5,005	6,202†
Rate of response to survey — %	48.2	58.9	58.4
Deaths included in analyses — no.	1,925	2,950	3,623
Sudden death — % (95% CI)‡§	33.3 (31.2–35.5)	34.1 (32.2–36.1)	31.9 (30.0–33.8)
Medical end-of-life practice that possibly or certainly hastened death — % (95% CI)§			
Use of life-ending drugs	4.4 (3.5–5.5)	1.8 (1.4–2.4) ¶	3.8 (3.2–4.5)
Ending of life at patient's explicit request (euthanasia)	1.1 (0.7–1.7) ¶	0.3 (0.2–0.5) ¶	1.9 (1.6–2.3)
Physician-assisted suicide	0.12 (0.04–0.36)	0.01 (0–0.1)	0.07 (0.02–0.2)
Ending of life without patient's explicit request	3.2 (2.4–4.1) ¶	1.5 (1.1–2.0)	1.8 (1.3–2.4)
Intensified alleviation of pain and symptoms	18.4 (16.6–20.4) ¶	22.0 (20.5–23.6) ¶	26.7 (25.1–28.4)
Withholding or withdrawing life-prolonging treatment	16.4 (14.7–18.3)	14.6 (13.2–16.1) ¶	17.4 (15.9–19.0)
Continuous deep sedation — % (95% CI)§	NA	8.2 (7.2–9.4) ¶	14.5 (13.1–15.9)

\* All percentages were adjusted for stratification (according to the underlying cause of death as indicated on the death certificate and the estimated corresponding likelihood of an end-of-life decision's having been made) and for characteristics of deaths (age and sex of the patient and place and cause of death). CI denotes confidence interval, and NA not available.

† From an analysis of nonresponse after the study, we found that a response was impossible in the case of 725 deaths (e.g., because the physician was deceased or had never received the questionnaire). Thus, of the 6927 deaths in the initial sample, 6202 were included in the final study sample. No such analysis of nonresponse was conducted in 1998 or 2001.

‡ The physician indicated in the questionnaire that the patient had died suddenly and unexpectedly, which precluded any medical end-of-life practice that hastened death.

§ The 95% CIs were calculated by means of a complex-samples procedure (Monte Carlo simulation) to account for the stratification.

¶ There was a significant difference in the frequency of this practice as compared with the frequency of the same practice in 2007 ( $P < 0.05$ , with the use of the Fisher's exact test [Monte Carlo]).

|| Ending of life at patient's explicit request (euthanasia) refers to the administration of lethal drugs with the explicit intention of ending the patient's life, at his or her explicit request; physician-assisted suicide refers to the prescription or supply of lethal drugs with the intention of enabling the patient to end his or her life; ending of life without patient's explicit request refers to the administration of lethal drugs with the explicit intention of ending the patient's life, without his or her explicit request.

Bilsen J et al. *N Engl J Med* 2009;361:1119-1121



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

## End-of-Life Medical Decisions by 203 Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis

**TABLE 2.** END-OF-LIFE MEDICAL DECISIONS BY 203 PATIENTS WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS.\*

VARIABLE	NO. OF PATIENTS	PERCENTAGE OF PATIENTS (95% CI)
Unexpected sudden death	37	18 (13–24)
No end-of-life medical decision made	54	27 (21–33)
End-of-life medical decision made		
Any	112	55 (48–62)
Euthanasia	35	17 (12–22)
Physician-assisted suicide	6	3 (1–5)
Ending of life without patient's explicit request	2	1 (0–2)
Alleviation of pain and symptoms by medication in doses with a probable life-shortening effect	48	24 (18–29)
Forgoing treatment	21	10 (6–15)

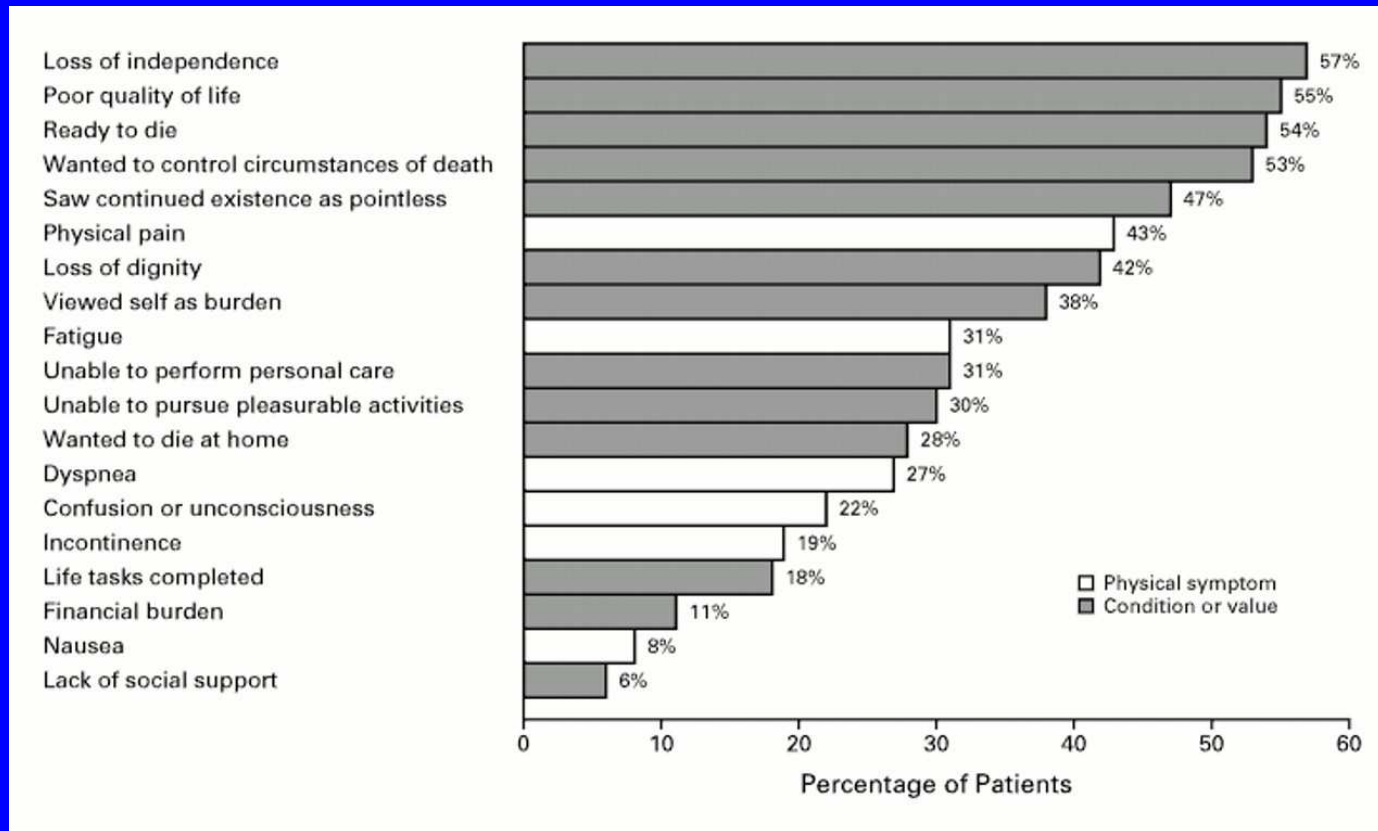
\*CI denotes confidence interval.

Veldink J et al. N Engl J Med 2002;346:1638-1644



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

## Reasons for Requesting Prescriptions for Lethal Medications



Ganzini L et al. N Engl J Med 2000;342:557-563



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

# Conclusion

- La législation permet au patient atteint d'une maladie incurable et irréversible de déterminer sa propre fin de vie de façon autonome
- Le médecin qui assiste le patient à mettre en œuvre sa décision relative à sa fin de vie n'est pas sanctionné pénalement et son assistance ne peut donner lieu à une action civile en dommages et intérêts