

Décisions médicales en fin de vie dans six pays européens: Premiers résultats

Projet européen «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries»

K. Faisst^a, S. Fischer^a, G. Bosshard^b, U. Zellweger^a, W. Bär^b, F. Gutzwiller^a

Deutsch erschienen
in Nr. 32-33/2003

Résumé

En Suisse alémanique, les décisions d'assistance au décès jouent un rôle dans cinq décès sur dix, et dans sept sur dix décès attendus. L'euthanasie passive et l'assistance au suicide sont plus fréquents en Suisse que dans les autres pays. Ces résultats ressortent d'une étude internationale, qui a pour la première fois examiné la fréquence des diverses formes d'assistance au décès dans plus de 20 000 cas.

Introduction

Pour la première fois une étude internationale a examiné la fréquence des diverses formes d'assistance au décès en Suisse et dans cinq autres pays européens [1]. Pour la Suisse, la responsabilité en était confiée à l'Institut de médecine sociale et préventive en collaboration avec l'Institut de médecine légale de l'Université de Zurich. L'étude était soutenue et financée par l'Office fédéral de la science et de la formation et par l'Académie Suisse des Sciences Médicales.

- a Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Zurich
b Institut de Médecine Légale de l'Université de Zurich

Correspondence:
Dr Karin Faisst, MPH, MAE
Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zurich
Sumatrastrasse 30
CH-8006 Zurich

Définition des termes [3]

Assistance au décès: Décisions médicales en fin de vie qui comportent le risque ou qui ont pour but de hâter possiblement ou certainement la fin de la vie.

Euthanasie passive: arrêter ou renoncer à un traitement maintenant le patient en vie.

Euthanasie active indirecte: le soulagement des douleurs et/ou autres symptômes par l'utilisation d'un médicament pouvant hâter la fin de la vie.

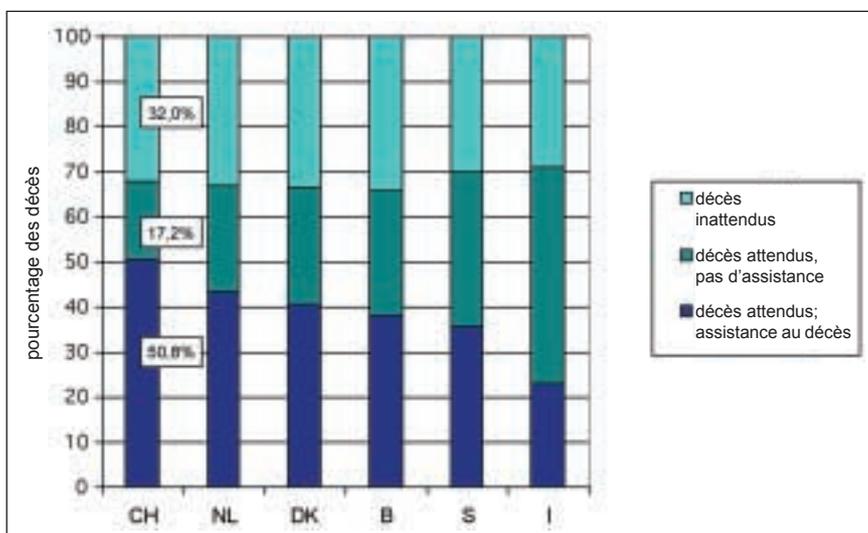
Assistance au suicide: Mise à disposition ou prescription d'un médicament dans le but de donner au patient la possibilité de se suicider.

Euthanasie active sur demande / sans demande explicite: Administration intentionnelle d'un médicament à dose létale sur la demande ou sans demande explicite du patient.

Situation légale

L'euthanasie active est punissable en Suisse même si elle est pratiquée sur demande explicite du patient (Art. 114 du code pénal suisse). Par contre l'euthanasie passive et active indirecte ne sont pas punissables. L'assistance au suicide n'est pas punissable pour autant qu'elle n'a pas été pratiquée pour des motifs égoïstes (Art. 115 CPS).

Figure 1
Fréquence totale de l'assistance au décès.



En partant d'un échantillon de 5000 décès tirés au hasard en Suisse alémanique, les médecins qui avaient signé le certificat de décès étaient questionnés par écrit, de manière strictement anonymisée, au sujet des décès. L'intérêt pour cette étude était élevé en Suisse, avec un taux de réponses de 67% (3355 décès étudiés). Les premiers résultats concernant cette étude, qui comprenait 20 000 décès en tout, ont été publiés récemment dans «Lancet» [2]. Les principaux résultats pour la Suisse sont présentés ci-dessous.

Figure 2
Fréquence des diverses formes d'assistance au décès.

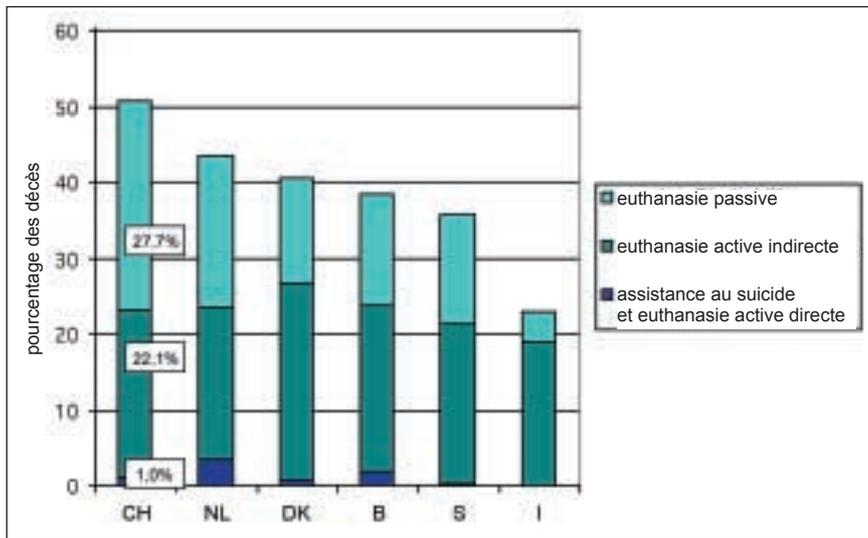
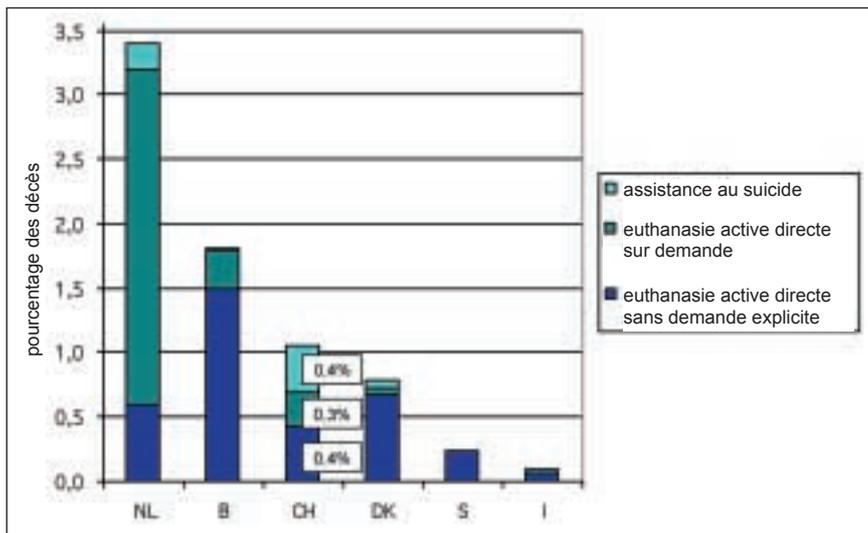


Figure 3
Fréquence de l'assistance au suicide et de l'euthanasie active directe.



Résultats

Dans tous les pays examinés – Belgique, Danemark, Pays-Bas, Italie, Suède, Suisse – un tiers environ des décès étaient inattendus (fig. 1). Le nombre de cas dans lesquels une décision concernant l'assistance au décès était prise variait entre 23% (Italie) et 51% (Suisse). Entre les différents pays, les types d'assistance au décès variaient également: en comparaison avec les autres pays, l'euthanasie passive était pratiquée avec la plus haute fréquence en Suisse (28%) et le moins souvent en Italie (4%) (fig. 2). Le pourcentage d'euthanasie active indirecte était le plus élevé au Danemark (26%) et le plus faible en Italie (19%); en Suisse, il était de 22%. L'assistance au suicide était particulièrement fréquente en Suisse avec 0,4%. En Italie et en Suède aucun cas d'assistance au suicide n'était rapporté. Aucun des autres cinq pays ne semble par ailleurs connaître le recours à des associations d'assistance au décès tel qu'il s'est développé en Suisse.

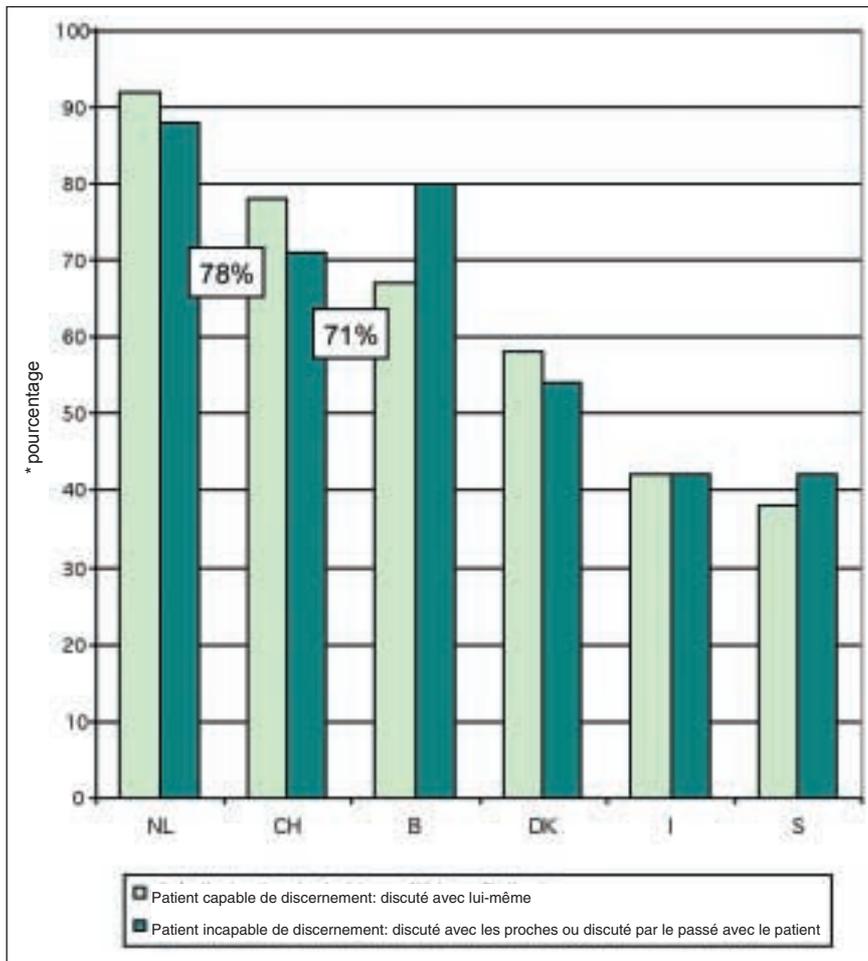
L'euthanasie active directe sur demande était pratiquée avec la plus grande fréquence aux Pays-Bas (2,6%), sans demande explicite le plus souvent en Belgique (1,5%). La Suisse prend une position moyenne avec 0,3% (sur demande) et 0,4% (sans demande explicite) respectivement.

De grandes différences ont également été trouvées dans l'implication du patient dans le processus décisionnel (fig. 4). Il est frappant de voir que dans les pays où une assistance au décès est pratiquée plus couramment (Suisse, Pays-Bas, Danemark et Belgique) les décisions sont aussi plus souvent discutées avec la personne concernée: en Suisse, c'était le cas pour 80% des patients capables de discernement. Chez les patients incapable de discernement, les décisions avaient été discutées avec eux par le passé, où avec leurs proches dans 70% des cas. En Italie et en Suède, les décisions d'assistance au décès, concernant des patients capables de discernement ou non, n'étaient discutées que dans environ 40% des cas.

Conclusions

L'étude présente pour la première fois des données sur la fréquence des décisions médicales prises en Suisse concernant l'assistance au décès, et peut ainsi contribuer au débat actuel, dans la société et en politique, au sujet de la fin de vie et de la mort. Une deuxième enquête parmi des médecins concernant leurs attitudes et intentions dans les décisions concernant l'assistance

Figure 4
Implication des patients / proches dans le processus décisionnel.



*100% = toutes les décisions d'assistance au décès concernant des patients capables ou incapables de discernement.

aux personnes en fin de vie, fournira des renseignements supplémentaires sur les décisions médicales en fin de vie.

Remerciements

Nous remercions vivement tous les médecins qui ont trouvé le temps, malgré leurs horaires souvent chargés, de remplir un ou plusieurs questionnaires! Sans leur collaboration, cette étude n'aurait pas été possible. Nous sommes aussi extrêmement reconnaissants à l'Académie Suisse des Sciences Médicales qui nous a soutenus de multiples manières et a contribué de manière décisive à la réussite de ce projet. Et enfin, un grand merci à Dr. Noëmi de Stoutz pour la traduction de ce texte en français.

Références

- 1 Faisst K. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Im Rahmen des EU-Projektes «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Bull Méd Suisses 2001;82(25):1329-30.
- 2 van der Heide A, Deliëns L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ. End-of-life decision-making in 6 European countries. Lancet 2003;362:345-50.
- 3 Bosshard G, Fischer S, Faisst K. Die Debatte um die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz und die MELS-Studie. Primary Care 2001;1:600-4.