

# **Les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie**

Rapport annuel 2002

# Sommaire

Introduction

## **Chapitre I**

Activités des commissions

## **Chapitre II**

1. Étude de cas
2. Compétences des commissions
3. La relation thérapeutique entre le patient et le médecin
4. Les critères de rigueur
5. Les rapports
6. Le projet SCEN

# Introduction

## Structure du rapport

Dans le chapitre I est exposée la procédure d'examen, par les commissions régionales de contrôle, de l'interruption de la vie sur demande et de l'assistance au suicide. Sont décrites par ailleurs les modifications de la procédure de contrôle entraînées par l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> avril 2002, de la nouvelle loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'assistance au suicide ainsi que les considérations prises en compte par les commissions. Les activités exercées par les commissions dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la pratique médicale liée à l'euthanasie et à l'assistance au suicide sont également passées en revue.

Le chapitre II présente quelques cas concrets d'interruption de la vie sur demande ou d'assistance au suicide en les analysant à la lumière des critères de rigueur.

# CHAPITRE I

## Activités des commissions

La mission principale des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie consiste à évaluer les cas d'interruption de la vie sur demande ou d'assistance au suicide qui leur sont signalés. La procédure suivie est explicitée ci-dessous à l'aide de deux schémas. Le schéma I indique la situation telle qu'elle prévalait au cours des trois premiers mois de l'année 2002, sur laquelle porte le présent rapport. Le schéma II présente la procédure suivie depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> avril 2002, de la nouvelle loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'assistance au suicide, qui règle la mission et les compétences des commissions de contrôle ainsi que la procédure à suivre (articles 8 à 13 de la loi). Le schéma II représente la procédure introduite par la nouvelle loi. Un paragraphe distinct est consacré aux modifications de la procédure de contrôle entraînées par l'entrée en vigueur de la nouvelle la loi.

### 1. Procédure

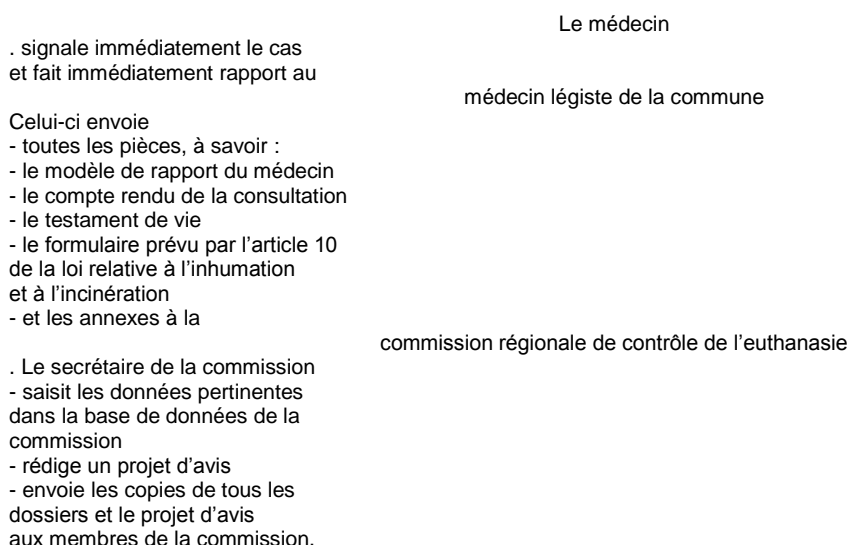
Créées le 1<sup>er</sup> novembre 1998, les cinq commissions régionales de contrôle de l'euthanasie sont établies à Groningue, Arnhem, Haarlem, Rijswijk et Den Bosch. Leurs secrétariats sont hébergés par les inspections régionales de la santé, à l'exception des commissions d'Arnhem et de Den Bosch, établies dans des locaux communs à Arnhem.

Chaque commission comprend trois membres, un juriste (le président), un médecin et un spécialiste des questions d'éthique ou philosophiques. Chaque membre a un suppléant de la même discipline. Toutes les commissions ont un secrétaire juriste qui a voix consultative lors des délibérations.

#### Procédure suivie sous le régime du règlement relatif aux commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2002)

L'article 10, premier paragraphe, du règlement prévoyait que les commissions communiquent leur avis au parquet général du ministère public et à l'inspection de la santé. Cet avis pesait lourd dans la décision de ces deux instances. Le ministère public a le pouvoir de décider ou non d'engager des poursuites judiciaires et examine à cet effet, dans chaque cas concret, si le médecin a appliqué les critères de rigueur. L'inspection de la santé peut, elle aussi, décider de soumettre à son contrôle les actes du médecin. L'action ultérieure du parquet général et de l'inspection de la santé (en pointillés sur le schéma) dépasse le cadre de la compétence des commissions.

#### Schéma I



. La commission se réunit une fois toutes les 3 à 4 semaines  
 - discute tous les cas et formule son avis dans un délai de 6 semaines  
 - ce délai peut être prolongé une fois de 6 semaines si la commission a besoin d'un complément d'information de la part du médecin, du médecin indépendant ou du médecin légiste, ou d'avoir un entretien avec un médecin  
 - le président signe l'avis définitif de la commission

Avis de la commission

Le médecin n'a pas agi avec rigueur    Le médecin a agi avec rigueur

Collège des procureurs généraux    Médecin    Inspecteur    Médecin    Collège des procureurs généraux    Inspecteur

Envoie dans un délai de 3 semaines un rapport d'étape ou un rapport définitif.

Classement	Procureur	Entretien	Médecin
	Enquête préliminaire	Conseil régional de discipline	
	Pas de poursuites	Juge pénal	

### **Procédure sous le régime de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'assistance au suicide (à partir du 1<sup>er</sup> avril 2002)**

La nouvelle loi modifie la façon dont les commissions formulent leur avis. Alors que sous le régime du règlement elles examinaient si le médecin a agi avec rigueur, elles examinent désormais si le médecin s'est conformé aux principes de rigueur. Les changements que cela implique au niveau du contrôle sont étudiés plus loin.

En application de l'article 9, paragraphe 2, sous a, de la nouvelle loi, les commissions ne communiquent leur avis au parquet général du ministère public et à l'inspection de la santé que si elles jugent que le médecin ne s'est pas conformé aux critères de rigueur définis à l'article 2 de la loi. Le ministère public examine s'il y a lieu de procéder à des poursuites, tandis que l'inspection de la santé s'interroge sur la nécessité de prendre des mesures disciplinaires, et si oui, lesquelles.

### **Schéma II**

Avis de la commission

Acte non conforme aux critères de rigueur	Acte conforme aux critères de rigueur
Collège des procureurs généraux    Médecin    Inspecteur	Médecin
Classement    Procureur	Entretien
	Conseil de discipline régional
Pas de poursuites    Juge pénal	

### **Différences entre l'ancienne et la nouvelle procédure**

Ces schémas montrent clairement que la nouvelle loi n'est pas sans effets sur les activités de contrôle des commissions.

Sous le régime du règlement, les commissions devaient établir si le médecin avait ou non agi avec rigueur. Leur avis était positif dans la grande majorité des cas. Les commissions portaient ensuite tous les cas — y compris ceux où le médecin avait agi avec rigueur — à la connaissance du parquet général du ministère public. Cet avis pesait lourd dans la décision que ce dernier devait prendre d'engager ou non des poursuites. Aux termes des articles 293 et 294 du Code pénal, l'euthanasie et l'assistance au suicide étaient des délits, et à ce titre punissables, mais le médecin qui avait agi avec rigueur pouvait invoquer l'état de nécessité et échapper ainsi aux poursuites. La procédure à l'égard de l'inspection de la santé n'est pas exposée ici parce qu'elle est restée la même, à l'exception du fait qu'elle n'envoie plus d'avis dans les cas où le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

Une clause spéciale d'excuse absolutoire a été insérée dans les articles 293 et 294 du Code pénal. Cela signifie que l'acte du médecin (le fait) n'est pas punissable s'il a été commis dans le respect des critères de rigueur et si l'euthanasie ou l'assistance au suicide a été signalée au médecin légiste selon la procédure prescrite. L'introduction de cette excuse absolutoire a pour effet que les commissions n'examinent plus si le médecin a agi avec rigueur, mais s'il a agi dans le respect des critères de rigueur. Ceci a des conséquences pour la procédure suivie. Si le médecin a respecté les critères de rigueur, la clause d'excuse absolutoire est remplie et l'acte n'est pas punissable. En pareil cas, l'avis de la commission constitue le jugement définitif. Celui-ci n'est pas communiqué au ministère public, et l'affaire est close.

Si la commission estime que le médecin ne s'est pas conformé aux critères de rigueur, elle en informe le ministère public.

Cette modification confère une responsabilité plus lourde aux commissions. Elles n'ont désormais que deux possibilités : soit le médecin a respecté les critères légaux de rigueur, soit il ne l'a pas fait. Il n'y a pas de demi-mesure, alors que sous le régime du règlement, si le médecin ne s'était pas exactement conformé à toutes les règles, les commissions pouvaient néanmoins conclure qu'il avait agi avec rigueur, tout en signalant les manquements. « A agi avec rigueur, étant entendu que... » était une formule souvent utilisée.

Sous la nouvelle loi, si le médecin n'a pas tout à fait respecté les principes de rigueur, par exemple pour une question de procédure — il s'agira souvent d'un manquement au niveau de la consultation ou de la mise en œuvre —, l'avis de la commission sera négatif. Ceci explique que l'on ait enregistré en 2002 un nombre plus élevé d'avis négatifs que sous le régime du règlement.

L'historique de la loi montre cependant que les commissions disposent d'une certaine marge de manœuvre dans l'interprétation des critères de rigueur. Ce sont elles qui décident, au cas par cas, la façon dont elles contrôlent le respect de ces critères.

Le présent rapport contient un certain nombre de cas anonymisés permettant de se faire une idée des considérations prises en compte par les commissions.

## CHAPITRE II

### 1. Étude de cas

En 2002, les commissions régionales de contrôle ont reçu 1882 signalements de cas d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Dans la plupart des cas, les rapports des médecins qui avaient pratiqué ces actes constituaient une bonne base de travail pour les commissions et suffisaient à leur information. Dans les cas où un complément d'information était nécessaire, elles demandaient au médecin ou au médecin indépendant concernés de le leur communiquer, oralement ou par écrit.

Cinq cas où les commissions ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur ont été transmis au parquet général du ministère public et à l'inspection de la santé.

Bien que les critères de rigueur soient clairement formulés dans la loi et que les rapports des médecins forment une base de travail suffisante, certaines situations concrètes portent néanmoins à discussion. Les commissions ont présenté un certain nombre d'études de cas afin de donner une idée des problèmes rencontrés en 2002. Il s'agit exclusivement de cas contrôlés après le 1<sup>er</sup> avril 2002 sous le régime de la nouvelle loi. C'est donc sur cette loi que l'on s'est basé dans ce chapitre. Comme indiqué plus haut, il est clair, dans la plupart des cas, que le médecin a agi dans le respect des critères de rigueur. Deux cas types illustrent cette situation.

#### Cas n° 1

*Début 2002 avait été diagnostiqué chez le patient, un homme âgé de 79 ans, un carcinome pulmonaire qui avait atteint la colonne vertébrale. Le traitement avait consisté en une radiothérapie curative, puis une séance de chimiothérapie. La radiothérapie n'a pas eu d'effet. La guérison n'était pas possible.*

*Le patient souffrait. Il était alité depuis longtemps et les escarres étaient inévitables. Malgré l'administration de laxatifs et de lavements, le patient était fortement constipé et avait des problèmes de miction. Pour finir, le traitement antidouleur mis en place par une équipe spécialisée s'avéra inopérant. Les souffrances étaient encore amplifiées à l'idée que la situation était sans issue et que les symptômes empiraient. A la fin, le patient contracta encore une infection des voies urinaires, qui lui occasionna de la fièvre, un léger délire et des douleurs généralisées. Le patient refusa le traitement de l'infection. Le délire fut traité avec succès par voie médicamenteuse. Le médecin de famille prévoyait que s'il n'était pas procédé à une interruption de la vie sur demande, le patient mourrait dans un délai de une à deux semaines.*

*Il ressort des pièces produites que le médecin de famille et le spécialiste avaient suffisamment informé le patient, à l'hôpital, sur sa situation et sur les perspectives qui s'offraient à lui. Le patient avait souvent parlé de l'interruption de la vie à l'hôpital, avec les spécialistes. Après avoir quitté l'hôpital, il déclara à plusieurs reprises à son médecin de famille qu'il souhaitait l'euthanasie et rédigea une déclaration dans ce sens (testament de vie). Le patient fit aussi connaître son souhait à ses enfants et à une soignante, ainsi qu'à l'équipe spécialisée des soins à domicile. Le médecin consulta ces personnes, qui soutenaient toutes la demande du patient. Selon le médecin, le patient n'a fait l'objet d'aucune pression extérieure, et il avait conscience de la portée de sa demande et de l'état physique dans lequel il se trouvait.*

*Lorsque le patient eut fait sa demande, le médecin de famille consulta par téléphone le pneumologue traitant sur l'état de son client. Celui-ci confirma le fait que toutes les possibilités de traitement avaient été épuisées.*

*Le médecin de famille sollicita ensuite l'avis d'un médecin indépendant du projet SCEN (soutien et consultation dans les cas d'euthanasie aux Pays-Bas), qui se trouvait également être un médecin généraliste, mais pas un médecin traitant du patient. Ce médecin s'entretint avec le patient. Il confirma dans le rapport qu'il fit de sa visite le caractère sans issue et insupportable des souffrances du patient. Il n'y avait plus de traitement palliatif possible. Pendant la visite, le patient avait disposé de toutes ses facultés et avait été apte à formuler sa volonté. Sa demande était constante et mûrement réfléchie et elle avait été formulée librement. Le médecin indépendant jugea que les critères de rigueur avaient été respectés.*

*Un mois après la demande, le médecin de famille administra au patient du Nesdonal et du Pavolon, par voie intraveineuse, en présence de ses enfants et de la soignante.*

*La commission jugea que le médecin avait agi dans le respect des critères de rigueur.*

## Cas n° 2

*Une sclérose latérale amyotrophe avait été diagnostiquée en 1998 chez le patient, un homme de 54 ans. Cette maladie est incurable. Le traitement consista en rééducation, kinésithérapie et ergothérapie. Les souffrances du patient provenaient de ses douleurs, du fait qu'il ne pouvait plus parler et de ses difficultés respiratoires. Il risquait d'avaler de travers et d'étouffer. Les troubles allaient en s'accroissant. La douleur était combattue avec de la morphine. Toutes les autres possibilités de soulager les souffrances du patient avaient été épuisées. Le médecin de famille estimait que s'il n'était pas procédé à une interruption de la vie sur demande, le patient mourrait dans un délai de quelques semaines, tout en précisant que ce délai était difficile à prévoir, parce que son état pouvait s'aggraver subitement. Le patient avait fait savoir dès 2002 qu'il souhaitait l'euthanasie si ses souffrances devaient devenir insupportables. Quelques semaines avant sa mort, en présence du médecin et de son/sa partenaire, il avait expressément demandé qu'il soit mis un terme à sa vie. Son/sa partenaire soutenait cette demande. Le patient avait rédigé plusieurs testaments de vie au fil du temps. Il avait expressément déclaré refuser l'assistance respiratoire. Pour le médecin, il s'agissait d'une demande formulée librement et de façon mûrement réfléchie.*

*Un médecin indépendant du projet SCEN visita deux fois le patient. On avait opté sciemment pour une consultation précoce, parce que le patient pouvait encore s'exprimer convenablement à cette époque. Dans le rapport qu'il fit de sa première visite, le médecin indépendant confirma que le patient souffrait d'une maladie incurable évolutive. Il confirma après la seconde visite que la maladie avait progressé. Le patient ne pouvait plus se faire comprendre, ni manger sans avaler de travers. Les analgésiques ne produisaient pas l'effet recherché. Le patient était oppressé parce qu'il ne pouvait plus respirer convenablement. Tout cela rendait ses souffrances insupportables. Le médecin indépendant jugea que la demande avait été formulée librement et de façon mûrement réfléchie. Il conclut que les critères de rigueur avaient été respectés. Après cela, le médecin administra au patient 2 grammes de pentothal et 20 mg de Pavulon par voie intraveineuse, en présence de ses proches. La commission jugea que le médecin avait agi dans le respect des critères de rigueur.*

### **Le médecin signaleur est celui qui a procédé à l'interruption de la vie.**

La procédure de signalement prévoit que c'est le médecin qui a procédé à l'interruption de la vie à la demande ou à l'assistance au suicide qui signale le cas au médecin légiste de la commune, en utilisant le modèle de rapport prévu à cet effet (loi relative à l'inhumation et à l'incinération, article 7, paragraphe 2). Le médecin légiste procède à l'autopsie externe et examine comment et par quels moyens il a été mis fin à la vie. Puis il prend réception du rapport du médecin traitant, vérifie s'il a été entièrement et clairement rempli, vérifie la présence des annexes mentionnées et y joint le cas échéant le testament de vie du défunt et la déclaration du médecin indépendant. Il signale ensuite le cas à la commission régionale de contrôle, à l'aide du formulaire prévu à cet effet auquel il joint les pièces susmentionnées (loi relative à l'inhumation et à l'incinération, article 10, paragraphe 2).

Un point important, pour la commission, est de savoir si le médecin signaleur, c'est-à-dire le médecin qui a signé le formulaire de signalement, est bien celui qui a pratiqué l'interruption de la vie ou l'assistance au suicide. Si elle constate que tel n'est pas le cas, elle renvoie le signalement par l'intermédiaire du médecin légiste en demandant que ce soit la personne concernée, c'est-à-dire le médecin qui a effectivement pratiqué l'euthanasie ou l'assistance au suicide, qui signale le cas en remplissant et signant le modèle de rapport.

S'il n'apparaît pas clairement que la personne qui a signalé le cas est aussi celle qui a pratiqué l'euthanasie ou l'assistance au suicide, la commission demande par écrit un complément d'information. Dans un petit nombre de cas, le signalement est fait par deux médecins. Lorsqu'un second médecin est impliqué dans la procédure, il reçoit une copie de la correspondance envoyée au médecin signaleur. Ce n'est que dans le cas exceptionnel où les deux médecins déclarent qu'ils ont effectivement procédé ensemble à l'interruption de la vie qu'ils sont tous les deux considérés comme les médecins signaleurs.

## Cas n° 3

*Le patient était un homme de 60 ans souffrant d'un carcinome de la prostate métastasé. Le formulaire de signalement indiquait les données de deux médecins et avait été signé par eux. Selon le rapport, le patient avait exprimé devant les deux médecins son souhait d'euthanasie, et les deux médecins avaient appliqué ensemble la procédure d'euthanasie. L'acte euthanasique fut cependant pratiqué par*



*un seul médecin. La commission considéra que le médecin signaleur était celui qui avait administré le produit euthanasiant. Cette position a été communiquée aux deux médecins. Le médecin qui ne fut pas considéré comme le médecin signaleur reçut pour information une copie de l'avis de la commission.*

## **2. Compétences des commissions**

Les compétences concrètes des commissions régionales de contrôle découlent du cadre mis en place par la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'assistance au suicide, et en particulier des critères de rigueur énoncés à l'article 2 de la loi.

Il y a euthanasie et assistance au suicide lorsqu'un médecin interrompt la vie d'un patient à la demande de celui-ci. Les commissions limitent donc leurs activités de contrôle aux cas où la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide a été expressément formulée. Elle ne sont pas compétentes si la demande n'a pas été expressément formulée, auquel cas c'est la procédure arrêtée pour l'interruption de la vie sans la demande expresse du patient qui devra être suivie. Cela signifie que le médecin légiste signalera le cas directement au procureur.

La procédure de signalement de l'interruption de la vie sur demande ne s'applique pas aux nouveaux-nés, ni aux patients mineurs âgés de moins de 12 ans. Des dispositions particulières ont été arrêtées pour les mineurs de 12 à 16 ans et de 16 à 18 ans, pour lesquels le consentement des parents ou du tuteur est requis (article 2, paragraphes 4 et 5 de la loi).

L'article 2, paragraphe 2, de la loi prévoit en outre que le médecin peut donner suite au testament de vie d'un patient, âgé de 16 ans ou plus, incapable d'exprimer sa volonté, à la condition qu'il ait été rédigé à un moment où le patient était encore raisonnablement en mesure d'évaluer sa situation. Ces cas relèvent aussi de la compétence des commissions. Le testament de vie d'un patient qui n'est plus capable d'exprimer sa volonté est alors considéré comme une demande expresse de mettre un terme à sa vie et remplace la demande orale qu'il n'est plus en mesure de faire.

La pratique médicale dite « normale » ne relève pas non plus de la législation sur l'interruption de la vie sur demande. On entend par là les cas où un traitement médical inutile ou un autre traitement est interrompu ou n'est pas mis en place à la demande expresse du patient. Autre cas ne relevant pas de la procédure de signalement, les traitements antidouleur ayant pour effet secondaire non voulu la mort du patient. Le cas ci-dessous montre combien il est souvent difficile, dans la pratique, de voir où sont les limites.

### **Cas n° 4**

*Une patiente âgée de 50 ans était atteinte depuis 1999 d'un cancer du sein. On lui avait administré une radiothérapie, une chimiothérapie et une hormonothérapie. La guérison n'était plus possible. La patiente était oppressée, avait de la peine à avaler et vomissait beaucoup. Son espérance de vie était estimée à quelques semaines. Toutes les possibilités d'alléger ses souffrances avaient été épuisées. Depuis trois ans, la patiente avait fait connaître oralement sa volonté d'euthanasie si ses souffrances devaient devenir insoutenables. En novembre 2002, elle avait rédigé et signé un testament de vie dans ce sens. Quelques jours auparavant, elle avait fait savoir qu'elle ne souhaitait pas continuer de vivre. Le médecin traitant avait alors pris contact avec un médecin indépendant du projet SCEN, qui rendit visite à la patiente et s'entretint avec elle. Sur l'avis de ce médecin, une équipe spécialisée dans le traitement de la douleur avait placé la patiente sous perfusion pour lui administrer du Dormicum et de la morphine, avant de pratiquer le cas échéant l'euthanasie. La patiente décéda des suites de la sédation, en l'absence du médecin.*

*La commission jugea que la patiente étant décédée des suites de la sédation avant la mise en œuvre de l'euthanasie, il n'était pas question d'interruption de la vie sur demande au sens de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'assistance au suicide. S'agissant d'une mort naturelle, le signalement n'entraîne donc pas dans le cadre de la procédure et fut retourné au médecin légiste.*

## **3. La relation thérapeutique entre le patient et le médecin**

Le cadre légal mis en place pour l'interruption de la vie sur demande et l'assistance au suicide présuppose que l'acte euthanasique soit accompli par le médecin *traitant*. Ce sont les termes utilisés dans le débat parlementaire sur la nouvelle loi<sup>1</sup>.

La formulation des critères de rigueur présuppose elle aussi une certaine forme de relation thérapeutique entre le médecin et le patient. Comment le médecin pourrait-il autrement acquérir la conviction que la demande d'euthanasie a été formulé librement et de façon mûrement réfléchi par le patient et que les souffrances de ce dernier sont insupportables et sans issue ? La procédure prévoit en outre que le médecin et le patient parviennent ensemble à la conclusion qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable et que le médecin informe le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes.

Une autre indication est la référence, faite à l'article 1, sous e, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie et de l'assistance au suicide, à l'article 446, livre 7, du Code civil relatif au contrat de traitement médical. Pareil contrat implique qu'une personne naturelle ou morale s'engage envers un patient, dans le cadre de l'exercice d'une profession ou d'une entreprise médicale, à pratiquer dans le domaine de la médecine des actes qui le concernent directement. Cette référence implique la préexistence d'une relation thérapeutique entre le médecin et son patient au moment où est formulée la demande d'euthanasie. Cette relation n'existe pas si les rapports entre le médecin et le patient se limitent à l'acte euthanasique, comme ce fut le cas dans l'exemple ci-après.

### Cas n° 5

*Une patiente souffrait depuis 1996 d'un carcinome du poumon avec métastases dans la colonne vertébrale. On lui avait administré une radiothérapie, une chimiothérapie et un traitement antidouleur. La guérison n'était plus possible. La patiente souffrait de douleurs insoutenables qui ne cédaient devant aucun traitement. Elle ne supportait pas la morphine, était oppressée et avait des escarres. Il n'existait aucun moyen d'alléger ses souffrances. Son espérance de vie était estimée à quelques jours au plus. Depuis la mi-octobre 2001, la patiente avait abordé la question de la demande d'euthanasie avec son médecin de famille et avait renouvelé plusieurs fois sa demande au cours des semaines qui précédèrent sa mort, en présence du médecin de famille et de ses enfants.*

*La veille du décès, le médecin signaleur fut appelé pendant sa garde au chevet de la patiente — mais pas en sa qualité de médecin SCEN —, car ses douleurs étaient devenues insoutenables. Selon les propres dires du médecin signaleur, la situation qu'il découvrit en arrivant était inhumaine. Il n'y avait aucun moyen de soulager les souffrances de la patiente, qui était agitée, cachectique et oppressée.*

*On lui administrait de l'oxygène. Le même soir, le médecin signaleur eut un entretien approfondi avec la patiente et sa famille sur la possibilité de pratiquer l'euthanasie. Au cours de cette consultation, il prit conscience que la patiente n'avait abordé qu'indirectement la question de l'euthanasie avec son médecin traitant. La patiente était dans un grand désarroi. Il n'apparut pas clairement pourquoi elle n'avait pas abordé plus souvent et plus concrètement la question de l'euthanasie avec son médecin de famille. Le lendemain, le médecin signaleur entra en contact avec le médecin traitant pour savoir comment agir dans cette situation insoutenable pour la patiente. C'est alors seulement qu'il comprit que le médecin traitant n'était pas disposé à pratiquer l'euthanasie pour des questions de principes. Le collègue du médecin de famille, qui devait normalement pratiquer l'euthanasie, était en vacances. Ce jour-là, le médecin signaleur visita encore une fois la patiente et lui administra du Haldol, mais sans résultat. La patiente supplia le médecin de la laisser mettre fin à ses jours. Le médecin signaleur jugea les souffrances de la patiente si grandes et la situation si pressante qu'il se déclara prêt à pratiquer l'euthanasie. Il envisagea encore un instant de consulter un autre médecin, mais décida finalement que les souffrances de la patiente étaient si évidentes que cette consultation n'était plus nécessaire.*

*La commission jugea que le médecin signaleur n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur, puisqu'il n'avait pas rempli le critère selon lequel le médecin était tenu de consulter au moins un autre médecin qui a vu la patiente et a donné par écrit son jugement sur le respect des critères de rigueur. Dans le cas présent, le médecin — un médecin remplaçant qui avait été appelé pendant sa garde au chevet de la patiente en raison de souffrances insoutenables —, était devenu celui qui avait pratiqué l'euthanasie (médecin signaleur). Ce médecin s'était borné à consulter le médecin de famille de la*

---

<sup>1</sup> On lit dans le mémoire de réponse relatif à la proposition de loi : « La notion de "médecin" est définie à l'article 1, sous c. En bref, il s'agit du médecin traitant qui a pratiqué l'euthanasie ». (Kamerstukken I, 2000-2001, 26 691, n° 137b)

*patiente, lequel n'était pas indépendant puisqu'il était le médecin traitant. Il avait rédigé et signé lui-même le compte rendu de consultation. Sans mettre en doute la bonne volonté et l'intégrité du médecin signaleur, la commission n'avait pas pu déduire du complément oral d'information que la situation d'urgence était telle qu'il n'avait plus eu le temps de consulter un médecin indépendant. Elle en conclut que la consultation prévue par la loi n'avait pas eu lieu, et ce d'autant plus que le médecin ne connaissait la patiente que depuis un jour. La consultation d'un médecin indépendant était essentielle en pareil cas pour remplir les critères de rigueur.*

*Le collège des procureurs généraux diligenta une enquête, notamment parce que le dossier avait fait apparaître que la relation de traitement entre le médecin et le patient n'avait été que de très courte durée et qu'aucun médecin indépendant n'avait été consulté. Il jugea avec la commission que le médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur. Il jugea néanmoins que des poursuites pénales seraient une sanction démesurée en l'occurrence. Le médecin ne fut pas poursuivi.*

## **4. Les critères de rigueur**

### **I. La demande**

Il n'y a d'interruption de la vie sur demande ou d'assistance au suicide que si le patient en a fait expressément la demande. Cette demande doit avoir été faite librement et de façon mûrement réfléchie. C'est à cette condition seulement qu'est rempli le critère de rigueur selon lequel le médecin doit être parvenu à la conclusion que la demande a été faite librement et de façon mûrement réfléchie (article 2, paragraphe 1, sous a, de la loi).

#### **La demande a-t-elle été faite librement et de façon mûrement réfléchie ?**

La première question que se pose la commission à ce propos est de savoir de quelle façon le patient a exprimé sa demande. Il n'est pas indispensable qu'il l'ait fait par écrit, bien que cette forme soit préférable du point de vue du droit de la preuve.

Dans la quasi-majorité des cas signalés, les patients avaient fait leur demande par écrit. Les commissions comprennent bien que les médecins attachent de l'importance à l'existence d'une demande écrite, mais acceptent dans les cas d'urgence que celle-ci soit remplacée par la retranscription fidèle du souhait d'euthanasie émis oralement par le patient, jointe par exemple à son dossier. D'un point de vue général, dans les entretiens qu'il a avec le patient sur le thème de l'euthanasie, le médecin a intérêt à l'encourager à formuler sa demande par écrit et le plus tôt possible.

Il est des cas où l'existence d'une déclaration écrite est effectivement déterminante. C'est ainsi que le médecin peut pratiquer l'euthanasie sur un patient incapable d'exprimer sa volonté si celui-ci a rédigé un testament de vie à une époque où il pouvait encore faire connaître sa volonté. En pareil cas, la commission examine si la demande a été faite librement et de façon mûrement réfléchie, si le testament se rapporte à la situation présente du patient et si les autres critères de rigueur sont remplis. Cela n'est pas toujours facile. Plus concrète sera la demande du patient, plus nombreux seront les éléments qui permettront au médecin d'étayer sa décision, et à la commission d'exercer son activité de contrôle. Aussi est-il essentiel que le patient et le médecin réfléchissent suffisamment tôt au contenu et à la portée du testament de vie.

Les patients parlent souvent très tôt de l'euthanasie avec leur médecin, par exemple après un diagnostic fatal, et l'évoquent aussi fréquemment au cours de leur maladie. Ces entretiens reflètent le caractère mûrement réfléchi de la demande, mais doivent être distingués du moment où le patient formule concrètement sa demande.

Une question du formulaire de signalement est souvent mal comprise : c'est celle de savoir quand le patient a exprimé la demande d'euthanasie pour la première fois. Certains médecins indiquent le moment où ils ont parlé la première fois de l'euthanasie avec le patient ; d'autres, celui où le patient a exprimé pour la première fois une demande conditionnelle d'euthanasie ; d'autres encore le moment où une demande concrète a été faite pour la première fois.

Il arrive aussi que peu de temps s'écoule entre la première demande concrète et la mise en œuvre de l'euthanasie, moins d'un jour dans certains cas. La commission ne l'admettra que dans des cas exceptionnels où se présente une situation d'urgence inattendue. Il est essentiel que la réalité d'une

telle situation apparaisse clairement dans les informations communiquées par le médecin et son confrère indépendant. D'autres fois, le délai est plus long, par exemple de quelques semaines. La commission demandera alors un complément d'information au médecin si celui-ci n'a pas fait état de ce délai dans le signalement.

Une autre question concerne la nature de la demande. La loi impose au médecin de s'assurer que la demande d'euthanasie a été faite librement et de façon mûrement réfléchie, et non sous la pression d'autrui ou en raison des circonstances. Si un patient déclare ne plus vouloir être à la charge de sa famille, le médecin doit apprécier la valeur de cette déclaration, et il peut arriver à la conclusion que la décision du patient n'a pas été prise librement, mais qu'elle a été faite sous la pression de la famille. La demande doit aussi être mûrement réfléchie et avoir été exprimée de façon répétée. La commission recherchera les éléments susceptibles d'être intervenus dans la demande, par exemple une tendance à la dépression ou d'autres troubles cognitifs ou de la faculté de s'exprimer. Exprimée dans un moment de lucidité, une demande peut tout à fait être mûrement réfléchie. Il faut du reste aussi établir une distinction entre une dépression au sens psychiatrique et une morosité et un abattement ayant pour origine la gravité de la maladie. En pareil cas, le jugement d'un psychiatre indépendant peut étayer la thèse du caractère libre et mûrement réfléchi de la demande.

La commission sera parfois amenée à demander un complément d'information, afin de pouvoir évaluer dans quelle mesure l'état dépressif du patient a influencé sa capacité à exprimer sa volonté et à faire une demande d'euthanasie librement et de façon mûrement réfléchie.

## Cas n° 6

*Un patient âgé de 65 ans souffrait depuis fin 2001 de métastases consécutives à un mélanome sur la poitrine et dans l'aisselle. Début 2002, des métastases apparurent dans le foie et les poumons, et quelques mois plus tard dans le bassin et la colonne vertébrale. Les souffrances du patient consistaient en des douleurs, des nausées, des métastases visibles sur la peau, une diplopie et une totale dépendance. Le médecin signala aussi un état dépressif et l'angoisse du patient à la perspective d'une aggravation des douleurs. Pour lutter contre ces symptômes, le médecin prescrivit de la Ritaline, mais n'obtint pas le résultat souhaité.*

*Le patient refusa d'autres antidépresseurs. En avril 2002, il demanda au médecin de pratiquer l'euthanasie et réitéra plusieurs fois sa demande par la suite. Le patient avait rédigé en 1998 un testament de vie qu'il avait actualisé en mai et en juin 2002.*

*En mai et en juin 2002, deux médecins indépendants virent le patient. Le second, en juin 2002, conclut que les critères de rigueur avaient été remplis et que la demande du patient avait été formulée librement et de façon mûrement réfléchie. Lors de cet entretien, le patient était lucide et il fit connaître clairement sa demande d'euthanasie. L'euthanasie fut pratiquée fin juin 2002 par administration intraveineuse de Nesdonal et de Pavulon.*

*Les informations contenues dans le signalement n'étaient pas suffisantes pour que la commission puisse apprécier dans quelle mesure la dépression du patient n'avait pas influencé sa capacité à prendre une décision et à demander l'euthanasie librement et de façon mûrement réfléchie. Aussi demanda-t-elle au médecin un complément d'information écrit sur ce point.*

*Le médecin indiqua qu'avant de sombrer dans la dépression, le patient avait fait savoir à plusieurs reprises qu'il souhaitait l'euthanasie si ses souffrances devaient devenir insupportables. Il estimait que rien ne permettait d'indiquer que l'état dépressif du patient avait influé sur sa capacité à exprimer sa volonté au moment où il avait fait sa demande d'euthanasie. La possible dépression qui s'exprimait par l'abattement et la morosité était avant tout due à la gravité de la maladie et au fait que le patient avait toujours été très autonome dans le passé. Suite à ces informations, la commission jugea que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur prescrits par la loi.*

Pour que le patient puisse prendre une décision de façon mûrement réfléchie, il faut aussi qu'il sache à quoi s'en tenir sur sa maladie, sa situation, le pronostic et les possibilités qui s'offrent à lui. Pour évaluer cela, le médecin fait bien d'aborder plusieurs fois avec lui la question de la demande d'euthanasie, afin que l'un et l'autre puissent se faire une idée claire de leurs positions et points de vue respectifs. Il importe aussi que le médecin documente bien ces entretiens et joigne les pièces pertinentes à son rapport.

## II. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration

Le médecin doit avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration. Tel est le deuxième critère, crucial, auquel doit satisfaire la mise en œuvre de l'euthanasie (article 2, paragraphe 2, sous b, de la loi).

D'un point de vue médical, le caractère sans issue des souffrances du patient — le patient n'a aucun espoir d'amélioration, et son unique perspective est une aggravation de son état — peut être établi de façon raisonnablement objective à partir des connaissances médicales du moment. A l'inverse, l'appréciation de l'insupportabilité des souffrances est en grande partie subjective. Ce sont les perspectives du patient, sa personnalité et ses propres normes et valeurs dans le domaine de la souffrance ainsi que la façon dont il ressent la souffrance qui font que cette souffrance est insupportable. Pour un patient, c'est la perspective d'une dépendance totale à l'égard son environnement qui sera insupportable, pour un autre celle d'une déchéance inéluctable. Mais cette subjectivité n'est pas totale : la douleur, les nausées, l'oppression et l'épuisement sont autant de facteurs qui permettent de constater l'insupportabilité des souffrances.

Il n'en reste pas moins que c'est ce caractère insupportable qui représente l'un des dilemmes majeurs de la pratique euthanasique et de son contrôle. Une question qui surgit fréquemment est de savoir dans quelle mesure il doit pouvoir être objectivé. Suffit-il que le patient trouve ses souffrances insupportables — étant bien entendu que l'on se trouve en présence d'une maladie incurable —, ou la souffrance — même si l'affection somatique est réelle — n'est-elle pas plutôt d'ordre psychique ? En règle générale, les commissions considèrent que le caractère insupportable de la souffrance doit en tout cas être suffisamment objectivé pour que le médecin traitant puisse l'éprouver.

Dans certains cas, la crainte des souffrances à venir constitue un facteur important. Cette peur peut être fondée soit sur le vécu du patient, soit sur le fait qu'il a été témoin du déroulement de la même maladie chez un proche. Pour la commission, la crainte des souffrances à venir doit être concrète, par exemple, peur d'étouffer, d'être victime d'une hémorragie ou peur d'une inéluctable déchéance.

La grande majorité des cas soumis au contrôle des commissions sont des affections malignes incurables, souvent accompagnées de douleurs que rien ne soulage, de graves nausées et de vomissements.

Il peut aussi s'agir de maladies comme la sclérose en plaques (SEP), la sclérose latérale amyotrophe (SLA), la maladie de Parkinson, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et d'autres maladies mortelles qui entraînent une totale dépendance, l'état grabataire et le risque de mourir par étouffement. Mais il y a aussi des cas, par exemple de patients victimes de tétraplégie ou d'un accident cérébrovasculaire, où il est plus difficile de constater le caractère insupportable des souffrances, même si elles sont manifestement sans issue en ce sens qu'il n'y a aucune perspective d'amélioration.

En 2002, les commissions ont aussi été confrontées à des cas où le patient était atteint de plusieurs affections gériatriques. En pareil cas, les commissions examinent de très près comment s'est déroulé le contact entre le médecin et le patient, quels sont les facteurs qui ont rendu les souffrances du patient insupportables et comment le médecin a acquis la conviction qu'elles étaient réellement insupportables et sans issue.

Ces cas sont illustrés par l'exemple suivant.

### **Cas n° 7**

*Un patient âgé de 82 ans souffrait de plusieurs affections gériatriques. Depuis 1980, il avait un glaucome et avait subi plusieurs opérations. En dépit de cela, sa vue ne cessait de se dégrader. Il était aussi atteint depuis les années quatre-vingt de diabète et d'hypertension. En 1997, il fut victime d'un infarctus cérébral multiple qui lui occasionna une amnésie moyenne à sévère. Un mois environ avant sa mort, il fit un accident cérébrovasculaire qui le laissa paralysé plusieurs jours et définitivement aveugle.*

*La commission demanda au médecin de lui fournir par écrit un complément d'information, après quoi elle l'entendit. Le médecin souligna qu'outre sa cécité, le patient souffrait de plusieurs affections graves, dont de sévères affections vasculaires en plusieurs endroits (cerveau, cœur et jambes) accompagnées d'abcès et qu'il avait eu plusieurs infarctus cérébraux qui l'avaient par trois fois laissé paralysé et avaient entraîné des troubles de la mémoire. Il marchait aussi très difficilement en raison d'une absence de sensibilité dans les pieds, probablement occasionnée par le diabète, et de troubles de l'équilibre. La cécité et l'amnésie, auxquelles s'ajoutèrent la mort de son épouse et de son fils,*

*avaient ôté tout sens à sa vie et l'avaient rendue insupportable. De plus, il avait pleinement conscience qu'il pouvait à tout moment faire un nouvel accident cérébrovasculaire qui ne ferait qu'aggraver son invalidité, une crainte que le médecin jugeait réaliste. Malvoyant depuis de longues années, le patient ne pouvait accepter la cécité. Encore plus de souffrances lui était insupportable. Le médecin déclara que toutes les possibilités d'améliorer son état avaient été épuisées. Il avait proposé des antidépresseurs et l'aide d'un psychologue, mais le patient les avait refusés parce qu'ils ne pouvaient pas améliorer son état physique. Le médecin déclara par écrit et oralement qu'il avait acquis au fil du temps la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans issue.*

*La dernière semaine avant son décès, le patient refusa de s'alimenter et de boire, ce qui entraîna un dérèglement de son diabète. Compte tenu de l'état de déshydratation et du dérèglement du diabète, le médecin estimait que sans euthanasie le patient mourrait dans la semaine. Le médecin indépendant jugea que la demande d'euthanasie était conforme aux critères de rigueur prescrits par la loi. Tout bien pesé et vu les éclaircissements du médecin, la commission estima que l'on se trouvait en face d'un cas où, selon les connaissances du moment, les souffrances étaient insupportables et sans issue. Elle jugea que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.*

### **L'information du patient : n'existe-t-il aucune autre solution raisonnable ?**

Les commissions examinent aussi si le médecin a informé le patient de son état et des perspectives qui sont les siennes et comment il a procédé (article 2, paragraphe 1, sous c, de la loi). La question posée est : le patient était-il suffisamment au courant du diagnostic et du pronostic ? Un aspect essentiel à cet égard est l'accès aux soins palliatifs. Si le rapport du médecin n'est pas suffisamment explicite sur ce point, la commission demande un complément d'information : les possibilités de traitement ont-elles été discutées avec le patient ? qu'a-t-on fait dans le domaine des traitements palliatifs, et quel résultat a-t-on obtenu ? Il est important que le médecin, avec le patient, ait acquis la conviction qu'il n'y avait pas d'autre solution raisonnable, compte tenu de la situation du patient (article 2, paragraphe 1, sous d, de la loi). Cela ne signifie pas que tous les traitements palliatifs doivent être essayés. Il existe des motifs valables pour renoncer à certains de ces traitements, par exemple, l'existence d'effets secondaires qui seraient difficiles à supporter pour le patient. Un patient peut refuser que l'on augmente les doses de morphine en raison d'effets secondaires tels que la perte de conscience. La radiothérapie palliative peut avoir des effets secondaires tels que ses effets positifs ne l'emportent plus sur ses inconvénients. Dans d'autres cas, le transport vers le lieu du traitement serait trop éprouvant. Le refus d'un tel traitement peut donc être raisonnable et ne doit pas être un motif de rejet de la demande d'euthanasie. Mais il arrive aussi que le patient refuse un traitement palliatif qui n'est à première vue pas lourd et qui serait susceptible de constituer une solution raisonnable. En pareil cas, le médecin doit en parler avec le patient. Les commissions attachent une grande importance à la façon dont le médecin a agi en pareille circonstance.

### **Cas n° 8**

*Un carcinome du colon avec métastases fut diagnostiqué en mai 2002 chez un patient âgé de 81 ans. La guérison n'était pas possible. Le patient demanda au médecin de pratiquer l'euthanasie et refusa tout traitement palliatif. La commission jugea que les données contenues dans le signalement ne lui permettaient pas d'apprécier s'il existait d'autres possibilités de traitement, et lesquelles, et demanda un complément d'information au médecin. Dans sa réponse écrite, le médecin précisa que la tumeur s'était déjà infiltrée dans la paroi abdominale et que l'on avait constaté des métastases dans le foie ainsi qu'une péritonite cancéreuse. Le pronostic était fatal à court terme. Au cours de l'opération, on constata en outre une péritonite fécale par perforation datant de plus de 24 heures, qui risquait fort de compliquer le processus postopératoire. La chimiothérapie palliative, dont les chances de succès étaient évaluées à 25 %, n'était possible qu'une fois le patient remis de l'opération. Le médecin indiqua qu'il en avait parlé plusieurs fois avec le patient. Celui-ci avait refusé le traitement en raison du processus postopératoire compliqué et des faibles chances de succès de la chimiothérapie. Le médecin avait jugé cela raisonnable. Au vu de ces explications, la commission estima elle aussi que la lourdeur du traitement l'emportait sur l'intérêt de ses effets. Il n'y avait donc pas de réelle alternative. La commission jugea que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.*

Les commissions ont été à plusieurs reprises confrontées à des signalements d'interruption de la vie à la demande de patients incapables de s'exprimer au moment où a été pratiqué l'acte euthanasique.

Le patient avait perdu connaissance peu avant l'acte, par exemple parce que la dose de morphine avait été augmentée.

Bien que l'on considère généralement dans les milieux médicaux qu'un patient qui se trouve dans un état comateux ne puisse pas souffrir de façon insupportable, les commissions peuvent juger, au vu de certains faits et circonstances, que le médecin a néanmoins agi conformément aux critères de rigueur. Un aspect important peut être de savoir si l'état comateux du patient est irréversible ou non. La situation du patient avant qu'il ne tombe dans le coma peut être de telle nature que le fait qu'il reprenne connaissance ou qu'on le laisse reprendre connaissance est inhumain. D'autres facteurs, par exemple le souhait répété du patient en ce qui concerne un état comateux, sont aussi pris en considération. En règle générale, les commissions estiment cependant que les médecins doivent faire preuve d'une grande réserve en pareille situation. Il suffit souvent d'attendre la mort naturelle. Mais ce sont les faits et circonstances concrets qui déterminent la commission, dans chaque cas spécifique, à juger si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur ou non.

## **Cas n° 9**

*Une patiente âgée de 96 ans souffrait de diverses affections. Elle avait été opérée en 1992 d'un carcinome du côlon et souffrait depuis 1999 d'infections des voies urinaires répétitives. Elle était aussi atteinte d'anémie, d'hypertension et d'hyperthyroïdie. Elle avait eu plusieurs infarctus cérébraux depuis 2002. On avait encore envisagé un examen pour déceler un éventuel carcinome de l'intestin, mais la patiente refusa. Une semaine avant le décès, elle fut encore victime de troubles cardiaques, qui la laissaient essoufflée au moindre effort et même au repos, et elle devint partiellement incontinente (urine et selles). On lui administrait divers traitements médicamenteux. La guérison n'était pas possible.*

*L'état de la patiente avait rapidement décliné au cours des derniers mois. Ses souffrances consistaient en une immense fatigue et oppression. La dépendance croissante était insupportable à cette femme active et indépendante. Elle ressentait l'incontinence comme une véritable déchéance. Elle habitait dans une résidence-services, et ses enfants s'occupèrent d'elle les derniers jours, ce qu'elle n'acceptait qu'à contrecœur. En dehors des médicaments, il n'existait plus aucun moyen d'alléger ses souffrances. La patiente fut suffisamment informée par le médecin sur sa situation et ses perspectives. Le jour de l'acte euthanasique, la patiente n'avait plus connaissance. La commission demanda au médecin des informations écrites complémentaires sur ce point. Le médecin fit savoir que quelques jours avant le décès, étant donné l'état d'oppression et les douleurs croissantes de la patiente et en attendant le rapport du médecin SCEN, il avait commencé à administrer à la patiente de la morphine, en concertation avec elle et en présence de ses fils. La patiente craignait que ce traitement lui ferait perdre connaissance. Il avait été convenu avec elle et avec ses fils que si la mort n'était pas intervenue au bout de quelques jours, l'acte euthanasique aurait lieu à une date convenue d'avance, même si la patiente n'avait plus connaissance. L'état de la patiente s'était ensuite aggravé. La patiente était essoufflée, n'avait plus connaissance et était très agitée. Le soir, comme elle fut prise d'une angoisse extrême, qu'elle devint oppressée et confuse, le médecin lui administra en plus de la morphine du Haldol et du Dormicum, après quoi la patiente ne se réveilla plus.*

*La patiente se trouvait alors dans l'état qu'elle avait précédemment déclaré refuser absolument. Ses fils avaient respecté le souhait qu'elle avait exprimé antérieurement de ne plus être lavée. La patiente gisait dans ses déjections et avait des escarres. En dépit des assurances du médecin que la patiente ne souffrait pas compte tenu de son état et qu'elle ne s'apercevrait de rien, les fils voulurent respecter le souhait de leur mère.*

*Depuis 1993, la patiente avait régulièrement demandé l'euthanasie, mais était à chaque fois revenue sur sa décision dès qu'elle allait mieux. Elle avait fait en 1993 une déclaration NVVE (association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire ; testament de vie) en y ajoutant une clause relative à l'euthanasie en cas d'état comateux. A partir de juillet 2001, elle avait régulièrement parlé d'interruption de la vie avec le médecin. En mars 2002, elle fit savoir qu'elle ne voulait pas continuer de vivre. Elle avait consigné dans une dernière déclaration écrite qu'elle souhaitait qu'il soit mis un terme à sa vie par un acte euthanasique, déclaration qu'elle avait signée. A la fin, elle avait convenu avec le médecin que l'interruption de la vie serait pratiquée si elle n'était pas morte de mort naturelle à la date convenue.*

*Le médecin indépendant du projet SCEN avait jugé que les critères de rigueur avaient été respectés. La médecin a administré à la patiente par voie intraveineuse, en présence de ses enfants, 10 mg de Pavulon. Étant donné qu'elle était déjà dans le coma, il n'avait pas été nécessaire de lui administrer un médicament pour induire le coma.*

*La commission considéra ce qui suit.*

*Il est généralement admis qu'un patient ne souffre pas lorsqu'il est dans le coma. Dans le cas présent où il était à prévoir que la patiente mourrait à court terme d'une mort naturelle, la question était de savoir s'il était nécessaire ou souhaitable d'intervenir activement. Le médecin ayant indiqué que l'état de la patiente était le résultat de la médication administrée, la commission jugea que cet état pouvait être réversible, mais que le fait de la faire revenir à elle était inhumain compte tenu des circonstances et n'était donc pas opportun. Elle estimait toutefois que l'on aurait pu attendre du médecin qu'il ait fait preuve de plus de réserve lorsqu'il accepta de pratiquer l'euthanasie. Compte tenu cependant du testament de vie rédigé par la patiente en 1993, confirmé par écrit en 2002 et renouvelé oralement à plusieurs reprises en 2002 peu de temps avant qu'elle ne sombre dans le coma, et compte tenu des souffrances décrites par le médecin, ainsi convaincu que les critères de rigueur avaient été respectés, la commission jugea que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.*

### **III. Consultation d'un médecin indépendant**

Un des critères de rigueur porte sur la consultation d'un médecin indépendant qui a vu le patient et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur (article 2, paragraphe 1, sous e, de la loi). Celui-ci devra donner de façon indépendante son jugement sur l'absence de perspectives et sur le caractère insupportable des souffrances et répondre à la question de savoir s'il y avait encore d'autres solutions pour alléger ces souffrances et si la demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide a été faite librement et de façon mûrement réfléchie. Cela signifie que le médecin doit être indépendant à l'égard du patient, ce qui implique à son tour qu'il ne doit être ni un co-soignant ni un membre de sa famille, et qu'il ne doit en principe pas le connaître au moment où il procède à son examen. Il doit aussi être indépendant à l'égard du médecin qui accomplit l'acte euthanasique ou apporte l'assistance au suicide, c'est-à-dire qu'il ne doit en principe pas y avoir de liens de famille ni de subordination entre le médecin traitant et le médecin indépendant et que l'un et l'autre ne doivent pas appartenir au même cabinet de médecins.

La règle selon laquelle le médecin indépendant devait avoir vu le patient et avoir exprimé par écrit son jugement sur le respect des critères de rigueur existait déjà sous l'ancien règlement (avant le 1<sup>er</sup> avril 2002), mais elle est à présent inscrite dans la loi. Si cette règle n'a pas été respectée, le médecin n'a pas respecté les critères de rigueur. Le médecin signaleur a intérêt à s'assurer que la consultation a lieu selon la règle et qu'elle fait l'objet d'un compte rendu en bonne et due forme.

Un compte rendu détaillé et bien documenté du médecin indépendant étayera en outre le signalement d'euthanasie et aidera la commission à former son jugement.

Les commissions ont été confrontées plusieurs fois à des signalements où le critère relatif à la consultation d'un médecin indépendant n'avait pas été respecté. Dans le cas ci-dessous, la commission a jugé que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur.

#### **Cas n° 10**

*Un carcinome de l'estomac a été diagnostiqué en avril 2001 chez un patient âgé de 47 ans. En février 2002, les métastases avaient atteint le foie. La guérison n'était plus possible. Le caractère libre et mûrement réfléchi de la demande d'euthanasie, ainsi que l'absence de perspectives et le caractère insupportable des souffrances étaient hors de doute. Dans son rapport, le médecin indiqua qu'un spécialiste avait fait fonction de médecin indépendant et joignit une lettre de ce spécialiste en guise de compte rendu de consultation. La lettre du spécialiste ne mentionnait nulle part la demande d'euthanasie. Le dossier du patient qui avait été joint au signalement faisait apparaître que le médecin avait encore consulté deux fois le spécialiste par téléphone, une fois la veille du jour où il avait pratiqué l'euthanasie, et une fois le jour même. Compte tenu du fait que le signalement n'était pas accompagné d'un compte rendu de consultation et qu'il était impossible de déduire des autres pièces que le spécialiste avait vérifié le respect des critères de rigueur, la commission invita le médecin à lui fournir oralement un complément d'information.*

*Le médecin expliqua à la commission qu'il avait considéré la visite du patient au spécialiste et les deux entretiens téléphoniques qu'il a eus lui-même avec ce dernier comme des consultations au sens de la loi. Il dit aussi avoir pratiqué plusieurs fois l'euthanasie, dans le passé, en ayant seulement consulté un médecin indépendant par téléphone, et jamais le ministère public ne lui avait fait de remarque à ce sujet.*

*Suite à cela, la commission demanda des informations écrites au spécialiste pour savoir s'il avait considéré les consultations du médecin traitant comme une demande de consultation au sens de la loi. Le spécialiste répondit explicitement que tel n'était pas le cas. Il avait vu le patient une fois, en*



*policlinique. Il ne se souvenait pas s'il avait été question d'euthanasie à cette occasion. Au cours des deux entretiens téléphoniques, le médecin traitant ne lui avait pas non plus demandé explicitement son avis sur une interruption de la vie du patient. Il avait été question du fait qu'il n'existait plus de traitements curatifs et que l'unique stratégie possible était de soulager ses souffrances.*

*Au vu du rapport et des informations orales du médecin et du complément d'information fourni par le spécialiste, la commission jugea que le médecin n'avait pas respecté le critère relatif à la consultation d'un médecin indépendant et qu'il n'avait pas pratiqué l'acte euthanasique en se conformant aux critères de rigueur.*

*Après enquête, le collège des procureurs généraux a informé la commission qu'il partageait son jugement, mais n'engagerait pas de poursuites. Le cas a cependant été soumis à l'inspection de la santé et un entretien a eu lieu avec le médecin.*

La consultation d'un confrère a eu lieu dans pratiquement tous les cas. En règle générale, les médecins de famille consultaient pratiquement toujours un autre médecin généraliste, souvent un médecin SCEN, tandis que les spécialistes s'adressaient en principe à un ou à plusieurs autres spécialistes du même hôpital. Un psychiatre ou un psychologue a été consulté dans quelques cas pour examiner si le patient était capable d'exprimer sa volonté ou s'il pouvait être atteint de troubles psychiques ou psychiatriques. Il y a eu un cas où seul un psychiatre a été consulté. En règle générale, les commissions jugent que cela n'est pas souhaitable, car la mission du spécialiste est de vérifier, d'une part, que la demande du patient a été faite librement et de façon mûrement réfléchie et qu'elle est constante et, d'autre part, le caractère insupportable et sans issue de ses souffrances.

#### **IV. L'acte euthanasique**

De façon générale, le critère selon lequel l'acte euthanasique doit être accompli avec toute la rigueur médicale requise a posé peu de problèmes. Dans la plupart des cas, les médecins se sont conformés pour la méthode et les moyens à l'avis de la société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP) exposé dans un document de 1998 intitulé « *Administration et préparation de produits euthanasiques* ». L'interruption de la vie est un acte actif du médecin qui administre le produit euthanasiant au patient, le plus souvent par perfusion. Le coma est induit à l'aide de thiopental administré par la voie intraveineuse, suivi d'un produit myorelaxant (pancuronium, atracurium, rocuronium ou vecuronium, par exemple). Certains patients souhaitent absorber eux-mêmes la substance — un breuvage renfermant un barbiturique — par la voie orale. D'un point de vue juridique, on se trouve alors devant un cas d'assistance au suicide. Même si le médecin se contente de remettre la substance au patient et ne l'administre pas lui-même, il doit en règle générale être présent lors de l'ingestion, car il peut arriver que le patient la vomisse, auquel cas le médecin doit intervenir activement.

#### **5. Les rapports**

Un signalement bien détaillé est essentiel pour la qualité du contrôle. C'est sur le signalement, en effet, que les commissions se basent en premier lieu pour contrôler les actes du médecin. Dans un grand nombre de cas, un rapport approfondi du médecin et un compte rendu de la consultation du médecin indépendant sont suffisants et la commission n'a plus besoin de demander d'informations complémentaires, écrites ou orales, au médecin, au médecin indépendant ou à un autre intervenant.

Les médecins disposent d'un modèle de rapport, qu'ils utilisent dans la majorité des cas. Mais son utilisation n'est pas obligatoire. Les commissions acceptent aussi un rapport rédigé par le médecin lui-même si tous les critères de rigueur y sont abordés.

Le modèle de rapport a été mis en conformité avec la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie et de l'assistance au suicide lorsque celle-ci est entrée en vigueur. Le ministère de la Justice et le ministère de la Santé, du Bien-Être et des Sports ont créé un groupe de travail chargé d'examiner si les formulaires de signalement peuvent être améliorés de façon à être les plus clairs possible et à « coller » au plus près à la pratique. Les commissions font partie de ce groupe de travail.

Les commissions ont constaté ces dernières années une amélioration générale de la qualité des rapports des médecins. Grâce à des campagnes d'information et au retour d'information de la part des commissions, les médecins savent de mieux en mieux comment faire leur rapport. Néanmoins, il arrive

encore que des questions soient traitées de façon trop sommaire et que les commissions soient obligées de demander des compléments d'information.

Le médecin indépendant consigne lui aussi dans un rapport ce qu'il a observé. Il doit y formuler son avis quant à la façon dont les critères de rigueur ont été respectés et l'étayer. Il doit ensuite préciser quelle est son lien avec le patient et avec le médecin signaleur.

Les commissions ont constaté que l'utilisation de formulaires où les questions appellent une réponse sous forme de « Oui » ou de « Non » a fortement reculé. Dans la plupart des cas, le médecin avait joint au signalement un rapport du médecin indépendant. Les commissions ont constaté que certains rapports de consultation étaient encore très sommaires, notamment ceux provenant d'hôpitaux. En pareil cas, elles demandaient au médecin indépendant de fournir des rapports plus détaillés dans l'avenir.

## **6. Le projet SCEN**

Les Pays-Bas ont mis en place un projet de soutien et de consultation pour l'euthanasie (projet SCEN) pour former les médecins à la fonction de médecin indépendant. La plupart des médecins de famille ont aujourd'hui suivi ces cours.

Les cours du projet SCEN abordent tous les aspects — médicaux, éthiques et juridiques — de la consultation. Un médecin et un secrétaire d'une commission apportent aussi leur contribution sous la forme d'un exposé. En 2002, année du rapport, les commissions ont constaté une fois de plus que ce projet contribue à la fois à l'amélioration des rapports et à celle de la consultation.

Les rapports des spécialistes peuvent encore être améliorés. Une étude est en cours sur la qualité de la consultation des spécialistes dans les hôpitaux. Les commissions se sont déclarées disposées à y apporter leur concours.

Le projet SCEN envisage aussi d'étendre ses cours aux spécialistes s'il dispose de moyens financiers suffisants. Les commissions sont très attachées à la poursuite et à l'extension du projet, car il contribue de façon notable à améliorer la rigueur de l'acte euthanasique. Elles ont informé le ministère concerné de leur point de vue.