

## **Sommaire**

Avant-propos

Chapitre 1 Activités des commissions  
Cadre légal et rôle des commissions  
Évolution en 2004

Chapitre 2 État des lieux

Chapitre 3 Les critères de rigueur  
Critères généraux  
Critères spécifiques  
Demande volontaire et mûrement réfléchie  
Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration  
Information du patient  
Pas d'autre solution raisonnable  
Consultation  
Rigueur médicale

## **Annexes (ne figurent pas dans le présent résumé)**

- I Les signalements par région  
Groningue, Frise et Drenthe  
Overijssel, Gueldre, Utrecht et Flevoland  
Hollande-Septentrionale  
Hollande-Méridionale et Zélande  
Brabant-Septentrional et Limbourg
- II La loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide
- III Décret portant règles relatives aux commissions visées à l'article 19 de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide
- IV Directives relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

## Avant-propos

En voyant au cinéma « Mar Adentro », ce film espagnol basé sur l'histoire véridique d'un invalide qui a lutté pendant des années pour une fin digne, j'ai réalisé, une fois de plus, combien il était important que nous puissions parler ouvertement de l'euthanasie aux Pays-Bas. En effet, l'euthanasie fait l'objet depuis plusieurs décennies d'un vaste débat public dans notre pays.

Aboutissement d'une longue évolution, l'entrée en vigueur de la loi sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide ne marque en aucun cas la fin de ce débat, car de nouvelles questions et de nouveaux problèmes ne cessent de se poser.

En 2004, la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) a organisé un intéressant colloque afin d'identifier ces problèmes et suggérer des solutions. Depuis, des directives nationales ont été élaborées pour la sédation terminale (indication, sédatifs utilisés, procédure de prise de décision, etc.).

Outre le débat de fond, le public s'intéresse aussi aux statistiques. Le nombre des signalements semble se stabiliser. Un total de 1 886 cas d'euthanasie et d'aide au suicide ont été signalés en 2004, soit une légère augmentation par rapport à 2003 (1 815 signalements) et 2002 (1 882 signalements).

En 2004, les commissions ont jugé dans quatre cas que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

En 2005 sera lancée l'étude de suivi, annoncée par le secrétaire d'État à la Santé, au Bien-Être et aux Sports, sur l'attitude des médecins en matière de signalement des cas d'euthanasie et d'aide au suicide. Cette étude s'efforcera aussi de répondre à la question de savoir si les nouvelles connaissances des médecins en matière de soins palliatifs ont un impact sur le nombre des cas d'euthanasie et de suicide assisté. Enfin, elle devra identifier ce qui peut pousser les médecins à ne pas signaler ces cas.

Il importe de rester au fait des évolutions dans ce domaine et de suivre le comportement des médecins en matière de signalement.

Arnhem, mars 2005

R.P. De Valk - Van Marwijk Kooy

Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

## Chapitre 1 ACTIVITÉS DES COMMISSIONS

### CADRE LÉGAL ET RÔLE DES COMMISSIONS

Le Code pénal néerlandais punit « celui qui ôte la vie à une autre personne, pour satisfaire au désir exprès et sérieux de celle-ci » (article 293, paragraphe 1). Il est par ailleurs précisé que cet acte n'est pas puni s'il est commis par un médecin qui a respecté les critères de rigueur prévus par la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (dite la loi WTL) et qui l'a signalé au médecin légiste de la commune. Le Code pénal contient une disposition similaire pour l'aide au suicide (article 294). En résumé, il dispose que l'interruption de la vie et l'aide au suicide ne sont pas punissables sous certaines conditions.

La WTL établit aussi des commissions régionales de contrôle (dénommées ci-après « les commissions ») chargées de contrôler les signalements d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide, et définit les critères de rigueur que le médecin est tenu de respecter. Les commissions s'appuient sur la WTL pour exécuter leur mission principale : contrôler les signalements d'interruption de la vie sur demande (euthanasie) et d'aide au suicide. Dans le cas de l'euthanasie, le médecin administre une substance létale au patient ; dans le cas de l'aide au suicide, il la fournit au patient, qui l'absorbe lui-même.

Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie ou l'aide au suicide signale le cas au médecin légiste de la commune en joignant son rapport, qu'il a établi sur un formulaire modèle<sup>1</sup>. Le médecin légiste procède à l'autopsie externe et vérifie les moyens utilisés. Il vérifie aussi que le médecin signaleur a rempli le formulaire de rapport et qu'il y a joint tous les documents requis. Il joint au dossier la déclaration du médecin consultant ainsi que, s'il y a lieu, le testament de vie du défunt. Enfin, il signale le cas à la commission compétente et lui fait parvenir toutes les pièces requises et tous les autres documents pertinents.

Les Pays-Bas comptent cinq commissions régionales de contrôle. L'euthanasie ou l'aide au suicide sont signalées à la commission dont relève le lieu du décès. Chaque commission comprend trois membres – un juriste (le président), un médecin et un spécialiste des questions d'éthique – ayant chacun un suppléant. Chaque commission a un secrétariat, composé d'un secrétaire ayant voix consultative lors des délibérations et d'un personnel de soutien. Le secrétariat a pour mission d'assister la commission dans ses travaux.

Du point de vue de l'organisation, les secrétariats constituent une unité qui relève de la cellule centrale d'information sur les professions de la santé (aCIBG), un organe d'exécution du ministère de la Santé, du Bien-Être et des Sports.

Concrètement, les secrétariats sont basés à Groningue, à Arnhem et à La Haye. Les commissions se réunissent tous les mois. Si un signalement soulève des questions, la commission concernée prend contact avec le médecin signaleur et lui demande un complément d'information soit oralement, soit plus fréquemment par écrit. La commission se prononce et communique son jugement au médecin dans un délai de

---

<sup>1</sup> Ce formulaire est disponible sur Internet, à l'adresse [www.toetsingscommissieseuthanasie.nl](http://www.toetsingscommissieseuthanasie.nl)

six semaines. Ce délai peut être prolongé une seule fois, par exemple si la commission a besoin de renseignements complémentaires.

Les commissions sont compétentes pour statuer sur les cas d'interruption de la vie et d'aide au suicide pratiquées par un médecin, à la demande du patient. Elles ne sont pas compétentes si le médecin a pratiqué l'acte en dehors de la demande expresse du patient<sup>2</sup> : en pareil cas, le médecin légiste transmet l'affaire directement au procureur de la Reine, car elle ne relève pas de la procédure de contrôle établie par la loi WTL.

Le jugement des commissions est pluridisciplinaire. Dans la majorité des cas, c'est-à-dire dans les cas où la commission conclut que le médecin signaleur a agi dans le respect des critères de rigueur, seul le médecin signaleur est informé du jugement. Dans les rares cas où la commission juge que le médecin n'a pas respecté un ou plusieurs critères de rigueur (quatre cas, en 2004), elle communique son jugement au collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé. Le collège des procureurs examine s'il y a lieu de procéder à des poursuites, tandis que l'Inspection de la santé s'interroge, compte tenu de sa propre mission et de ses propres responsabilités, sur la nécessité de prendre des mesures (saisir le conseil de discipline, par exemple) ou d'avoir un entretien avec le médecin. Les commissions se concertent tous les ans avec le collège des procureurs généraux et avec l'Inspection de la Santé.

La législation en matière d'euthanasie et d'aide au suicide a pour vocation de surveiller et de promouvoir la qualité des actes qui concourent à l'interruption de la vie par les médecins, dans le respect du critère de transparence. La loi et les réglementations fixent le cadre de ce contrôle (les critères de rigueur). Les commissions agissent dans ce cadre pour remplir leur mission principale, qui est de contrôler les signalements. Elles contribuent ainsi au contrôle de la qualité des actes conduisant à l'interruption de la vie.

Les commissions contribuent aussi, notamment par l'information, à l'amélioration de la qualité de l'acte d'euthanasie en général et participent à la formation des médecins consultants (les médecins appelés à être consultés par un médecin confronté à une demande d'euthanasie), dans le cadre du programme SCEN (soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas). Elles font par ailleurs des présentations dans les GGD (dispensaires municipaux), devant les associations de médecins de famille et les délégations étrangères, en s'appuyant sur des cas concrets pour expliquer la procédure en vigueur et les critères de rigueur.

Les présidents des commissions et leurs suppléants se réunissent régulièrement pour réfléchir sur les questions liées à l'euthanasie et à l'aide au suicide afin de préserver l'uniformité de leurs jugements. Elles ont aussi convenu de soumettre aux présidents et aux présidents suppléants des autres commissions, pour commentaire, les projets de jugement allant dans le sens du non-respect des critères de rigueur par le médecin qui a pratiqué l'euthanasie ou l'aide au suicide. Ainsi, la commission concernée prononcera son jugement en tenant compte de l'avis des autres commissions.

---

<sup>2</sup> Voir article 1, paragraphe 2, des directives du 18 juin 2003 relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.

## ÉVOLUTION EN 2004

Les travaux des commissions ont été marqués par un certain nombre de développements tels que le débat sur la sédation terminale et sur la démence en rapport avec l'euthanasie. Les commissions sont restées vigilantes quant à l'attitude des médecins concernant le signalement.

### *Les signalements en 2004*

Plus le pourcentage de signalements est élevé, plus la pratique de l'euthanasie devient transparente, et c'est là, après la surveillance et l'encouragement de la rigueur, le second objectif essentiel de la politique suivie.

Rappelons expressément qu'une diminution ou une augmentation du nombre de signalements n'est pas révélatrice de la volonté de signalement des médecins. C'est une confusion que l'on rencontre souvent dans la presse. En effet, pour évaluer la volonté de signaler des médecins, il faudrait connaître le ratio entre le nombre de signalements et le nombre total de cas.

En 2004, les commissions ont reçu 1 886 signalements de cas d'euthanasie et d'aide au suicide, ce qui signifie que la tendance à la baisse enregistrée depuis 1999 ne s'est pas confirmée. Les commissions s'interrogent aussi sur les moyens permettant d'augmenter la volonté de signaler chez les médecins. Comme l'indique le rapport de Van der Wal et al. (dénommé ci-après « le rapport Van der Wal »<sup>3</sup>), il est important de donner des indications claires pour la mise en œuvre des critères de rigueur.

Le public est très intéressé par la façon dont les commissions forment leur jugement dans un cas particulier et par les considérations prises en compte. Le rapport s'appuie sur des cas concrets afin d'exposer la procédure suivie pour chaque critère de rigueur. Il est à supposer que les médecins seront davantage disposés à faire des signalements à mesure qu'ils connaîtront mieux cette procédure.

Tel est aussi le but recherché par le secrétaire d'État à la Santé, au Bien-Être et aux Sports avec la publication prochaine des jugements des commissions.

### *Sédation terminale*

En 2004, année sur laquelle porte le présent rapport, le débat public sur la sédation terminale et ses liens avec l'euthanasie s'est enflammé. Les professionnels de la médecine élaborent en ce moment des directives destinées à encadrer cette pratique. Vu l'actualité de la question et l'importance d'une réflexion commune et d'une harmonisation des points de vue, les commissions ont organisé une réunion sur cette problématique pour tous leurs membres et leurs suppléants.

Il importe de bien faire la distinction entre *sédation terminale* (objectif : soulager les souffrances) et *euthanasie* (objectif : interrompre la vie). La sédation terminale, qui s'accompagne dans la plupart des cas aussi de l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation, est une pratique médicale « normale », c'est-à-dire que la mort sera généralement considérée comme une mort naturelle. Pour déterminer si les critères

---

<sup>3</sup> *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie* (La prise de décisions médicales à la fin de la vie. Pratique et procédure de contrôle de l'euthanasie), G. Van der Wal, A. Van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen et P.J. Van der Maas, Amsterdam/Rotterdam, 2003.

de rigueur ont été respectés, les commissions retiennent, outre l'indication, le degré de sédation nécessaire, le pronostic de vie du patient au moment où la sédation est mise en place, le choix et le dosage de la substance ainsi que la procédure de prise de décision, et notamment l'information du patient. Le rapport Van de Wal aborde aussi la question de la sédation terminale<sup>4</sup>. Il y est précisé que l'euthanasie a été évoquée dans près de la moitié des cas où une décision de sédation terminale a été prise. Dans 14 % des cas, le patient avait lui-même opté pour cette forme d'interruption de la vie. Dans 10 % des cas, elle a été pratiquée parce que le patient n'avait pas formulé de demande expresse d'euthanasie.

Dans de très rares cas, la sédation terminale ne donne pas le résultat escompté. Le patient est agité, continue de souffrir ou d'avoir l'impression d'étouffer, voire tombe dans l'état de déchéance qu'il avait précisément déclaré refuser. En pareil cas, l'euthanasie peut être une solution, à condition que le médecin se conforme aux critères de rigueur, que le patient ait formulé une demande d'euthanasie dans le passé, que le médecin traitant ait consulté un confrère avant la mise en place de la sédation et qu'il ait discuté avec le patient de l'éventualité de la survenue d'une telle situation.

#### *Euthanasie et démence*

En 2004, la commission de Hollande-Septentrionale a reçu un signalement d'euthanasie liée à la démence. Elle a jugé en l'occurrence que le médecin a agi dans le respect des critères de rigueur.

En règle générale, on ne peut pas affirmer que les critères de rigueur puissent toujours être appliqués lorsque le patient est atteint de la maladie d'Alzheimer. Mais ici aussi, comme dans chaque cas, la plus grande circonspection est de rigueur. Les critères essentiels sont celui de la demande volontaire et mûrement réfléchie et celui des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Compte tenu de la spécificité de la maladie d'Alzheimer, l'examen de ces deux critères peut aussi amener la commission à la conclusion que les souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie. Cette situation est étudiée au chapitre 3, dans la partie intitulée « Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration ».

## **Chapitre 2 État des lieux**

Période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2004

#### *Signalements*

Les commissions ont enregistré 1 886 signalements.

#### *Euthanasie. Aide au suicide*

Dans 1 714 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 141 cas d'aide au suicide et dans 31 cas d'une combinaison des deux.

#### *Les médecins signaleurs*

Dans 1 646 cas, le médecin signaleur était un médecin de famille, dans 188 cas un spécialiste hospitalier et dans 52 cas un médecin de long séjour.

---

<sup>4</sup> Van der Wal, 2003, p. 83.

### *Affections*

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	1 647
Pathologies cardiovasculaires	24
Pathologies du système nerveux	63
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	34
Sida	4
Autres pathologies	73
Polypathologies	41

### *Lieu où a été pratiquée l'interruption de la vie*

Dans 1 530 cas, l'interruption de vie a eu lieu au domicile du patient, dans 177 cas dans un hôpital, dans 65 cas dans un établissement de long séjour, dans 62 cas dans une maison de retraite, dans 5 cas dans un autre établissement et dans 47 cas ailleurs (par exemple dans une unité de soins palliatifs ou au domicile d'un membre de la famille).

### *Compétence des commissions. Jugement final*

Dans tous les cas, les commissions ont considéré qu'elles étaient compétentes pour statuer. Dans quatre cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur<sup>5</sup>.

### *Délai d'examen*

Un délai moyen de 30 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi du jugement.

## **Chapitre 3 Les critères de rigueur**

### **CRITÈRES GÉNÉRAUX**

Les commissions jugent si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur et s'il les a tous respectés. Les critères de rigueur, énoncés à l'article 293, paragraphe 2, du Code pénal, prévoient que le médecin doit :

- a. avoir acquis la conviction que la demande du patient a été volontaire et mûrement réfléchie ;
- b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
- c. avoir informé le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes ;
- d. être parvenu à la conclusion, en concertation avec le patient, qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans son état ;
- e. avoir consulté au moins un médecin indépendant, qui doit avoir vu le patient et donné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a. à d. ;
- f. avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec tout le soin requis.

Les cas ci-après illustrent les problèmes rencontrés par les commissions en 2004, étant entendu que la plupart des signalements n'ont pas donné lieu à discussion.

---

<sup>5</sup> L'état des lieux porte sur les signalements reçus en 2004. Ceux enregistrés à la fin de l'année 2004 seront traités en 2005, en raison du délai d'examen, et analysés dans le rapport 2005. Les quatre cas dans lesquels les commissions ont conclu au non-respect des critères de rigueur ont été signalés et jugés en 2004.

Dans les deux cas ci-dessous comme dans la quasi-totalité des cas, les commissions sont parvenues à la conclusion que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

### **Cas n° 1**

*En 1990, la patiente, une femme de 55 ans, présentait un carcinome mammaire du sein gauche. Elle subit une lumpectomie, suivie d'une radiothérapie. En 1996, un carcinome mammaire étant apparu au sein gauche, elle subit une mastectomie, elle aussi suivie d'une radiothérapie. Elle subit aussi une ovariectomie, suivie d'un traitement au Nolvadex. En août 2002, des métastases étant apparues dans les os, la peau et les glandes lymphatiques, la patiente reçut un traitement hormonal palliatif et une chimiothérapie. La guérison était exclue. Les douleurs augmentant, on lui administra de la morphine par perfusion, ce qui permit de les maîtriser de façon à peu près satisfaisante. Les souffrances de la patiente provenaient du fait que son état se dégradait considérablement et qu'elle devenait dépendante d'autrui. La poursuite de la dégradation était inéluctable. La patiente n'était plus capable d'éprouver aucune joie ; la vie n'avait plus de sens pour elle. Ses souffrances étaient insupportables, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, et il n'existait aucun moyen pour les alléger. Il ressort du dossier que le médecin a suffisamment informé la patiente sur sa situation et sur ce qui l'attendait.*

*Selon les prévisions du médecin, la patiente allait mourir dans les semaines à venir s'il ne pratiquait pas l'euthanasie. Début janvier 2004, la patiente formula concrètement la demande d'euthanasie. Elle la renouvela à plusieurs reprises par la suite. Elle rédigea aussi un testament de vie. Son mari, sa mère et ses enfants étaient au courant et respectaient sa volonté. Selon le médecin, la patiente ne subissait aucune pression et elle était consciente de la portée de sa demande et de son état physique.*

*Le médecin traitant prit contact avec un médecin consultant du programme SCEN, qui visita la patiente. Celui-ci constata dans son rapport que les douleurs de la patiente étaient certes supportables grâce à la morphine, mais que la patiente jugeait son état insupportable et sans perspective d'aucune sorte. La patiente avait souvent des nausées et vomissait abondamment. Elle ne pouvait plus absorber que des petites gorgées d'eau. Elle avait des hallucinations nocturnes et ne supportait pas les médicaments destinés à les combattre. Elle avait pleinement conscience de l'hypertrophie énorme de son foie et de sa totale dépendance d'autrui. Au cours de l'entretien, elle apparut faible, mais lucide. Selon le médecin consultant, elle n'avait pas perdu sa faculté de raisonner.*

*Le médecin consultant avait constaté l'émotion suscitée par cet entretien chez la patiente et son mari. Il considérait que la patiente avait formulé sa demande librement et de façon mûrement réfléchie et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Il estimait que les critères de rigueur avaient été respectés. Le médecin traitant administra à la patiente du Pentothal et du Pavulon en présence de sa famille.*

### **Cas n° 2**

*En 2001, le patient, un homme de 62 ans, présentait un carcinome bronchique non à petites cellules métastasé via les ganglions lymphatiques dans le lobe supérieur du poumon droit. Le traitement comportait une radiothérapie et une chimiothérapie de*



*première et de deuxième ligne. Deux ans plus tard, une métastase ayant été constatée dans le cerveau, le patient reçut un traitement palliatif par radiothérapie et Dexamethason. Les dernières semaines, les douleurs provoquées par la métastase cérébrale augmentèrent. Le patient perdait la mémoire et la capacité de concentration et était agité ; son comportement s'était aussi modifié et il avait des périodes d'agressivité, mais aussi des périodes où il était apathique et inaccessible. Il était aussi devenu grabataire. Le caractère insupportable de ses souffrances provenait de son état d'agitation, de sa totale dépendance, de sa toux et d'une incapacité croissante de communiquer. Le patient avait indiqué dans le passé qu'il ne souhaitait pas continuer de vivre dans cet état. Il rejetait la solution de la sédation terminale parce que celle-ci ne ferait que prolonger la situation dans laquelle il se trouvait et qu'il refusait expressément. Il ressort du dossier que le médecin a suffisamment informé le patient de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir.*

*Selon les prévisions du médecin, le patient n'avait plus qu'une ou deux semaines à vivre si l'euthanasie n'était pas pratiquée. Fin décembre 2003, le patient formula pour la première fois une demande concrète d'euthanasie. Par la suite, il la réitéra journellement en présence de sa femme, de ses enfants et d'un confrère généraliste. Le médecin traitant parla avec l'épouse et les enfants de la demande d'euthanasie. Le patient appartenait à la NVVE (association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire) et avait rédigé en 2002 un testament de vie, qu'il avait confirmé fin 2003. Lorsque le patient comprit que la métastase cérébrale risquait de lui faire perdre ses capacités intellectuelles et sa capacité de s'exprimer, il donna les pleins pouvoirs à sa femme. Selon le médecin, le patient ne subissait aucune pression et avait conscience de la portée de sa demande et de son état physique.*

*Le médecin demanda l'avis d'une femme médecin du programme SCEN. Celle-ci examina le patient début janvier 2004 et s'entretint avec lui. Elle confirma dans son rapport le caractère insupportable des souffrances du patient et l'absence de perspectives d'amélioration ainsi que le pronostic de vie. Le patient était en phase terminale. Lors de la visite du médecin consultant, il n'était plus en mesure de parler ; il ne réagissait aux questions que par un mouvement de la tête. Selon le médecin consultant, la demande d'euthanasie et l'invocation du testament de vie étaient motivées par les souffrances du patient, son état désespéré et son désarroi. Le patient avait perdu la maîtrise de soi, était angoissé, son comportement s'était modifié et il ne pouvait se passer des soins d'autrui en raison, principalement, de la perte de ses fonctions cérébrales. La demande d'euthanasie avait été formulée librement et de façon mûrement réfléchie. Le médecin consultant jugea que le médecin traitant avait respecté les critères de rigueur. Le médecin traitant administra au patient du Pentothal et du Pavulon, en présence de son épouse et de ses enfants.*

## **CRITÈRES SPÉCIFIQUES**

Sont étudiés dans cette partie la façon dont les commissions ont contrôlé l'application des critères de rigueur dans les cas ayant fait l'objet d'un signalement ainsi que les considérations prises en compte dans leur jugement. Ces cas illustrent les situations qui se sont présentées aux commissions en 2004.

**a. Demande volontaire et mûrement réfléchie**

*Le médecin a acquis la conviction que la demande du patient a été volontaire et mûrement réfléchie.*

Le patient doit avoir formulé lui-même, librement, la demande d'euthanasie. Le médecin doit s'assurer que le patient n'a pas fait cette demande sous la pression de son entourage. La commission vérifie à quel moment et de quelle manière le patient a formulé sa demande.

Il importe d'établir que le souhait du patient a été mûrement réfléchi. Bien que la famille et souvent aussi le personnel soignant et traitant soient associés à l'examen du souhait du patient, leur accord n'est pas nécessaire : c'est le souhait du patient qui compte.

Pour que sa demande puisse être mûrement réfléchie, le patient doit être bien au fait de sa maladie, de sa situation, du pronostic de vie ainsi que des alternatives qui peuvent s'offrir à lui pour améliorer sa situation.

*Testament de vie*

Le modèle de rapport contient une question relative à l'existence d'un testament de vie écrit. On pourrait en déduire qu'un tel document est obligatoire, mais ce n'est pas le cas.

Les critères de rigueur énoncés dans la loi WTL prévoient que le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Les patients font habituellement leur demande oralement, mais les médecins leur demandent le plus souvent de la formuler par écrit.

Il peut arriver qu'un patient précédemment capable d'exprimer sa volonté n'est plus en mesure de formuler sa demande verbalement parce qu'il n'en est plus capable en raison, par exemple, d'une aggravation rapide de son état.

Si un tel patient a consigné sa demande d'euthanasie dans un testament de vie au moment où il était encore capable d'exprimer sa volonté, le médecin peut y donner suite, en veillant à respecter les autres critères. Le testament de vie remplace en pareil cas la demande verbale.

Pour lever tous les doutes quant au statut du testament de vie, celui-ci s'est vu conférer un ancrage légal dans la loi WTL.

Étant donné l'importance du testament de vie lorsque le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté au moment où il conviendrait de donner suite à sa demande, il importe d'actualiser périodiquement ce document et d'indiquer avec un maximum de précisions les cas dans lesquels l'euthanasie est souhaitée. Plus le testament de vie est concret et précis, plus il offre d'éléments permettant au médecin de prendre une décision.

Le souhait d'euthanasie apparaît fréquemment au cours de la maladie. Le patient ne perd pas toujours, loin de là, la faculté d'exprimer sa volonté. Aussi le médecin doit-il s'assurer que ce souhait s'est manifesté librement et qu'il a été mûrement réfléchi.

Pour cela, il orientera le dialogue avec le patient sur sa fin de vie prochaine, sur ses souhaits et sur les moyens de les concrétiser.

Il est essentiel que les choses soient claires, entre le médecin et le patient, en ce qui concerne le souhait de ce dernier. Le testament de vie écrit peut être un élément de

transparence, même si le patient est capable d'exprimer sa volonté et le fait verbalement.

Notons à toutes fins utiles que l'existence d'un testament de vie ne signifie en aucun cas que le médecin soit obligé d'honorer une demande d'euthanasie ; en d'autres termes, le médecin devra toujours se livrer à un examen personnel de la situation, puisque c'est lui qui devra se justifier en cas d'euthanasie ou d'aide au suicide.

Dans le cas suivant, qui concerne un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, le médecin traitant et le médecin consultant n'étaient pas d'accord sur la capacité du patient à exprimer sa volonté ni sur le caractère insupportable de ses souffrances. Lorsqu'il eut reçu l'opinion du médecin consultant, le médecin traitant éprouva le besoin d'entendre un autre avis et consulta trois spécialistes.

Ces spécialistes constatèrent que le patient était capable d'exprimer sa volonté, que son désir d'euthanasie était cohérent et qu'il avait bien réfléchi aux conséquences de son choix. La commission jugea que le médecin, confronté à des opinions divergentes, pouvait s'appuyer sur *ses propres connaissances* et accorder plus de poids à l'opinion de ces experts qu'à celle du médecin consultant.

### **Cas n° 3 (patient atteint de la maladie d'Alzheimer)**

*Le patient, un homme de 65 ans, était atteint depuis déjà trois ans de la maladie d'Alzheimer. Le traitement médicamenteux des troubles dépressifs liés à cette maladie donnait de bons résultats. Le patient suivait aussi un traitement de jour dans un établissement de long séjour. Le caractère insupportable de ses souffrances provenait du fait qu'il avait perdu toute autonomie et de la perspective de sombrer un jour dans la démence. Dès le début de sa maladie, il avait informé le médecin traitant qu'il était déterminé à ne pas subir tout le processus de déchéance due à la maladie. Dans l'année qui a précédé l'interruption de la vie, il avait demandé à plusieurs reprises au médecin de l'aider à mettre fin à ses jours.*

*Le médecin fait appel à un médecin consultant. Celui-ci jugea que le patient souffrait de façon insupportable de la perte d'autonomie et de la dépendance d'autrui, de la conscience qu'il avait de sa déchéance mentale et physique, de la perte du respect de soi-même et de la certitude que les choses ne feraient qu'empirer.*

*Mais le médecin ne pouvait pas se mettre à la place du patient. Il estimait que la conscience de cette déchéance diminuerait avec l'évolution de la maladie, de sorte que les souffrances du patient deviendraient elles aussi moins insupportables. Il reconnaissait que la demande d'euthanasie avait été formulée de façon cohérente pendant une longue période, mais jugeait discutable la capacité du patient d'exprimer sa volonté, le patient s'étant montré incapable de suivre le moindre raisonnement lors de la consultation. En conclusion, il considérait que les critères de rigueur n'étaient pas remplis.*

*Suite à cet avis, le médecin traitant consulta trois spécialistes : un psychologue, un médecin de long séjour et un géronto-psychiatre. Ces experts procédèrent chacun de leur côté à un examen dont il ressortit que le patient n'était pas dépressif, qu'il souhaitait garder la mainmise sur sa vie mais était conscient que la progression de la maladie allait l'en priver. Chacun de son côté parvint à la conclusion que le patient était en mesure de formuler une demande d'euthanasie de façon volontaire et mûrement réfléchie et qu'il connaissait les conséquences de son choix. S'appuyant*

*sur ces conclusions, le médecin décida de donner suite à la demande du patient et l'aida à mettre un terme à sa vie.*

*La commission considéra que le médecin consultant avait certes mis en doute la capacité du patient d'exprimer sa volonté, mais que les experts consultés ultérieurement étaient parvenus, chacun de son côté, à la conclusion que le patient était capable d'exprimer sa volonté et de l'étayer par des arguments. Elle jugea que le médecin traitant avait respecté le critère de rigueur relatif à la consultation d'un confrère. Elle estima que ce praticien, confronté à la divergence d'opinion entre le médecin consultant et les experts consultés ultérieurement et se fondant sur ses propres connaissances, avait accordé plus de poids à l'avis de ces derniers qu'à celui du médecin consultant et qu'il avait en conséquence pu décider de pratiquer l'aide au suicide.*

*La commission jugea que le médecin traitant avait agi conformément aux critères de rigueur.*

#### **b. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration**

*Le médecin a acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration*

Ce critère présente deux aspects : le caractère insupportable des souffrances et l'absence de toute perspective d'amélioration.

L'absence de toute perspective d'amélioration doit être établie selon les connaissances médicales du moment. D'un point de vue médical, il peut être établi de façon raisonnablement objective que toute amélioration est exclue, en d'autres termes, que la cause des souffrances ne peut pas être supprimée.

Le caractère insupportable des souffrances, en revanche, est plus difficile à établir, car il s'agit d'une notion subjective. L'insupportabilité des souffrances est déterminée par les perspectives du patient, par sa résistance physique et psychique et par sa personnalité. Ce qui peut paraître supportable à l'un sera insupportable pour un autre.

Les éléments intervenant dans l'insupportabilité des souffrances sont : la douleur, les nausées, l'impression d'étouffer, l'épuisement, la déchéance physique et mentale grandissante, et la perte d'autonomie et de dignité humaine. D'autres symptômes et circonstances peuvent également y contribuer, mais ils varient d'un individu à l'autre.

L'insupportabilité des souffrances doit être tant soit peu objectivée si l'on veut être en mesure de la vérifier. C'est pourquoi les commissions examinent si elle a pu être appréhendée par le médecin. Dans des cas spécifiques, lorsque le patient est dans le coma ou lorsqu'il est atteint de la maladie d'Alzheimer, par exemple, ce critère peut être source de dilemmes.

En 2004, une commission a reçu un signalement relatif à un patient qui s'était trouvé dans un état comateux au moment de l'interruption de la vie. Ce cas (cas n° 5 du rapport) ne figure pas dans le présent résumé.

Bien que les milieux médicaux considèrent généralement qu'un patient qui a sombré dans un coma profond ne souffre pas de façon insupportable, les médecins doivent se montrer très circonspects dès lors que le contact avec le patient n'est plus

possible. Aussi les commissions contrôlent-elles les faits et circonstances spécifiques à chaque cas. Elles peuvent juger que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur, par exemple s'il a acquis la conviction qu'un patient en coma réactif souffre véritablement de façon insupportable parce qu'il gémit, cligne des yeux ou présente des signes d'étouffement.

Le dilemme peut aussi provenir du fait que le médecin traitant a promis au patient de pratiquer l'euthanasie le moment venu. Si la situation se modifie de façon imprévue, le médecin qui a fait une telle promesse peut se sentir soumis à une vive pression morale. Les médecins ont donc intérêt à s'abstenir de faire aux patients des promesses qui ne soient pas consignées par écrit.

Un patient dans le coma, c'est-à-dire hors d'état d'exprimer sa volonté, peut avoir fait un testament de vie à une époque où il en était encore capable. Bien que le désir du patient joue un rôle primordial dans la décision du médecin de pratiquer l'euthanasie, le critère d'insupportabilité des souffrances et d'absence de perspective d'amélioration ne doit pas être négligé pour autant.

Dans le cas n° 5 (patient dans le coma), la commission a jugé que le médecin n'a pas pu avoir acquis la conviction que les souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration.

L'insupportabilité des souffrances est aussi difficile à évaluer chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Dans un cas concret, il peut être utile de recourir à la distinction faite par les experts entre les souffrances en *début de démence* (perspective inacceptable d'une déchéance croissante) et celles ressenties à un *stade avancé de démence* (liées intrinsèquement à la démence et déduites indirectement du comportement du patient).

Le médecin qui juge qu'un patient présentant un début d'Alzheimer – c'est-à-dire qui ne présente pas encore de symptômes somatiques spécifiques – souffre de façon insupportable, devra consulter un ou plusieurs experts (un psychiatre ou un gériatre, par exemple) et veiller à ce qu'ils lui remettent un rapport écrit. Un patient qui a conscience de l'évolution de sa maladie peut en souffrir énormément, même en l'absence de douleurs physiques.

Dans le cas ci-dessus (cas n° 3), le patient souffrait d'un début d'Alzheimer. Son unique perspective était la progression inéluctable de la maladie et une inévitable déchéance. Le médecin consultant ne pouvait pas appréhender le caractère insupportable des souffrances de ce patient, car elles lui apparaîtraient moins insupportables dans l'avenir. Or, les souffrances de ce patient provenaient justement du fait qu'il avait pleinement conscience de l'évolution de sa maladie et de ce que la mainmise sur sa vie allait lui échapper, ce qu'il refusait résolument. Dans ce cas, le médecin qui a pratiqué l'euthanasie, les experts consultés ultérieurement et la commission ont conclu que les souffrances de ce patient avaient été insupportables.

Il arrive régulièrement que le médecin traitant consulte un confrère et que celui-ci estime que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables, tout en prévoyant qu'elles le seront dans un certain temps en raison de l'évolution de la maladie. En pareil cas, le médecin traitant devra reprendre contact avec son confrère dans un stade ultérieur pour établir si les souffrances sont devenues insupportables entre-temps. Dans certains cas, le médecin consultant devra

examiner une nouvelle fois le patient, dans d'autres, le médecin traitant pourra se limiter à un entretien téléphonique avec son confrère. Le médecin traitant aura dans tous les cas intérêt à noter dans son rapport qu'il a consulté une deuxième fois son confrère ou que celui-ci a examiné une deuxième fois le patient. Cet aspect sera encore une fois abordé dans la partie consacrée à l'obligation de consulter un autre médecin.

#### **Cas n° 4 (souffrances insupportables et absence de perspective d'amélioration)**

Les souffrances n'étaient pas encore insupportables au moment où le médecin traitant a consulté un confrère. L'interruption de la vie fut pratiquée six jours après la consultation. Le rapport du médecin traitant n'ayant pas indiqué ce qui avait changé dans l'état de la patiente, la commission interrogea le médecin sur ce point.

*La patiente, une femme de 89 ans, souffrait depuis décembre 2003 d'un cancer probable du côlon avec des métastases au foie. Étant donné son âge, elle avait renoncé à tout examen supplémentaire et à tout traitement, à l'exception d'une analyse de sang et d'une échographie du foie. La guérison était exclue. Dans les mois qui suivirent, la patiente devint de plus en plus dépendante. Elle avait des périodes de vomissements et de diarrhées, des crises de douleurs et présentait un risque d'obstruction intestinale. Pour la patiente, ces souffrances étaient insupportables. Il était impossible de les soulager. La patiente refusait aussi tout traitement. Début mai 2004, elle formula plusieurs fois une demande concrète d'euthanasie.*

*Le médecin consultant examina la patiente. Il indiqua dans son rapport qu'il la trouva alitée et qu'elle ne se levait pratiquement plus depuis une semaine. Elle ne pouvait plus absorber que des aliments liquides. Elle était en pleine possession de ses facultés mentales et bien au fait de sa situation. Elle acceptait la mort. Selon le médecin consulté, elle ne souffrait pas de dépression. La patiente dit qu'elle ne voulait pas que l'euthanasie soit pratiquée à ce moment, mais qu'elle voulait prendre ses dispositions pour le cas où il y aurait des circonstances imprévues. Le médecin consultant estima qu'à ce moment-là les souffrances n'étaient pas encore insupportables. La patiente indiqua qu'elle préférait mourir de façon naturelle, mais trouvait de l'apaisement à l'idée de pouvoir recourir à l'euthanasie. Elle formula sa demande volontairement et de façon mûrement réfléchie.*

*Le médecin consultant conclut que tous les critères de rigueur n'étaient pas encore remplis. Selon lui, l'interruption de la vie pourrait être pratiquée au moment où les souffrances seraient devenues insupportables et que la demande de la patiente serait d'actualité. Il précisa que si l'euthanasie n'était pas pratiquée dans un délai de six semaines, le médecin traitant pourrait se mettre en rapport avec lui pour une nouvelle consultation.*

*Le médecin traitant pratiqua l'euthanasie six jours après la visite du confrère. Il ressortit du dossier joint à son rapport que le médecin consultant avait jugé, lors de sa visite, que les souffrances de la patiente n'étaient pas encore insupportables et que les dernières annotations du médecin traitant dataient de trois jours avant cette visite, si bien que la commission se demanda ce qui avait changé dans l'état de la patiente entre la visite du médecin consultant et l'acte d'euthanasie.*

*Le médecin de la commission contacta le médecin traitant par téléphone. Le médecin traitant expliqua que la patiente avait fait une obstruction intestinale, qu'elle avait de graves nausées et vomissait fréquemment, ce qui l'avait rendue anorexique, cachectique et l'avait terriblement fatiguée. La patiente souffrait aussi de violentes coliques contre lesquelles il n'y avait rien à faire.*

*Le médecin traitant avait consulté un confrère par téléphone à ce sujet. Celui-ci avait fait savoir qu'il comprenait que les souffrances de la patiente étaient effectivement devenues insupportables.*

*La commission jugea que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.*

## **Cas n° 5 (ne figure pas dans le présent résumé)**

### **c. Information du patient**

*Le médecin traitant a informé le patient sur sa situation et sur ses perspectives.*

Les commissions vérifient si le médecin a informé le patient sur sa maladie et sur ses perspectives et comment il a procédé. Pour qu'un patient puisse formuler une demande d'euthanasie de façon mûrement réfléchie, il est essentiel qu'il soit parfaitement au courant de sa maladie, des diagnostics des médecins, des pronostics et des possibilités de traitement. Il revient au médecin traitant de veiller activement à ce que le patient soit pleinement informé.

Le respect de ce critère de rigueur n'a soulevé de problème dans aucun des cas signalés.

### **d. Pas d'autre solution raisonnable**

*Le médecin, en concertation avec le patient, a acquis la conviction qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait.*

Il doit apparaître clairement que l'euthanasie est l'unique issue. Ce critère illustre aussi le fait que la décision d'euthanasie doit être prise conjointement par le patient et le médecin.

La priorité absolue doit être accordée aux soins et aux traitements ainsi qu'à la réduction et si possible la suppression des souffrances. Cela signifie qu'une place importante doit être faite à des soins palliatifs de qualité avant d'envisager l'euthanasie.

Pour autant, il n'est pas obligatoire d'essayer toutes les formes de soins palliatifs existantes. Certaines peuvent en effet avoir des effets secondaires difficiles à supporter pour le patient ; ceux des radiothérapies, par exemple, peuvent être tels qu'ils l'emportent sur les effets bénéfiques du traitement.

Un patient peut aussi refuser une forme de soins palliatifs, l'augmentation de la dose de morphine, par exemple, par crainte de sombrer dans un état qu'il refuse catégoriquement, tel que l'engourdissement ou le coma. Le patient peut donc avoir de bons motifs pour renoncer à un traitement ou à la poursuite d'un traitement. Si tel est le cas, les commissions vérifient l'absence d'« autre solution raisonnable ». La décision devant être prise conjointement par le médecin et le patient, le médecin doit indiquer dans son rapport pourquoi, en l'occurrence, le refus d'un autre traitement de la part du patient a été raisonnable.

## Cas n<sup>os</sup> 6, 7, 8, 9 (ne figurent pas dans le présent résumé)

### e. Consultation

*Le médecin traitant a consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné le patient et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a. à d.*

Ce critère prévoit la consultation d'un médecin indépendant qui a examiné le patient et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur. Le jugement de ce médecin doit être indépendant. Le médecin consultant doit donc être indépendant tant à l'égard du médecin traitant que du patient. S'agissant du médecin traitant, il ne doit pas avoir de liens de parenté avec lui ni appartenir au même cabinet médical. S'agissant du patient, il ne doit pas avoir de liens de parenté avec lui, ni faire partie de l'équipe soignante ni l'avoir soigné dans le passé, ni le connaître pour avoir un jour remplacé son médecin traitant.

Le rapport du médecin indépendant est un élément essentiel pour l'examen du signalement<sup>6</sup>. Une description détaillée de la situation où se trouve le patient au moment de la visite du médecin et de la façon dont il s'exprime sur cette situation et formule ses souhaits aide la commission à former son jugement. Il est important que le médecin consultant précise comment il a vérifié l'application de tous les critères de rigueur et qu'il motive son jugement s'il a considéré que tel n'est pas le cas. Il est aussi souhaitable qu'il rende le plus fidèlement compte de sa relation avec le médecin traitant et le patient.

Le médecin consulté porte la responsabilité de son rapport, mais la responsabilité finale en matière de respect des critères de rigueur revient au médecin signaleur. Cela signifie que ce dernier doit aussi s'assurer que le médecin consultant a bien fait son rapport et que celui-ci présente la qualité requise. Car, en fin de compte, ce sont les actes des médecins signaleurs qui sont jugés par les commissions.

Il arrive parfois que le médecin consultant constate, au cours de l'examen du patient, qu'un des critères n'est pas ou pas encore rempli (cf. la partie : « Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration »), de sorte que la commission ne peut pas savoir ce qui s'est passé après la consultation du confrère indépendant. En pareil cas, la commission demande un complément d'information au médecin signaleur. Le médecin consultant doit en principe se prononcer sur tous les critères de rigueur. Si la consultation a lieu à un stade précoce<sup>7</sup> et qu'il constate que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables, cela signifie généralement qu'une deuxième consultation sera nécessaire. En revanche, si le médecin consultant a prévu que les souffrances deviendraient insupportables à court terme en précisant leur nature, une consultation téléphonique sera suffisante. Il est important que le médecin signaleur informe d'emblée la commission qu'il a procédé à une seconde consultation ou que le médecin consultant a examiné une seconde fois le patient.

---

<sup>6</sup> Il existe une liste de contrôle qui peut être très utile au médecin indépendant pour la rédaction de son rapport ([www.toetsingscommissieeuthanasie.nl](http://www.toetsingscommissieeuthanasie.nl)).

<sup>7</sup> Cf. aussi H. Van Delden, *Het juiste moment voor euthanasie* (Pratiquer l'euthanasie au moment opportun). In : Adams M. et al. (éd.). *Euthanasie - nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie* (Euthanasie : Nouvelles impasses dans le débat), Kampen, 2003.



Il existe aux Pays-Bas un programme de soutien et de consultation pour l'euthanasie (SCEN), qui forme les médecins à leur rôle de consultant en cas d'euthanasie. Les cours abordent tous les aspects – médicaux, éthiques et juridiques – inhérents à cette fonction. Les rapports communiqués par les « médecins SCEN » sont presque toujours de bonne qualité.

### **Cas n° 10 (consultation)**

Le médecin consulté connaissait le patient pour avoir été son médecin traitant peu de temps avant l'euthanasie. Le critère d'indépendance du médecin consultant n'a donc pas été rempli.

*Le patient, un homme de 67 ans, présentait un cancer de l'estomac inopérable. Il a exprimé à plusieurs reprises son désir d'euthanasie en présence de son médecin traitant. Les douleurs étaient supportables grâce aux médicaments, mais compte tenu du volume de la tumeur, il ne pouvait plus manger, il avait des nausées et il vomissait ; il était aussi extrêmement fatigué. Pour le patient, ces souffrances étaient insupportables. Il n'y avait aucun moyen de les alléger. En accord avec le chirurgien, le patient se fit hospitaliser pour ne pas être plus longtemps à la charge de sa famille.*

*Le chirurgien entama la procédure d'euthanasie. Il consulta un anesthésiste de l'établissement où le patient était hospitalisé. L'anesthésiste confirma dans son rapport que les souffrances du patient (douleurs, nausées, vomissements, fatigue) étaient insupportables et n'offraient aucune perspective d'amélioration.*

*Le chirurgien avait indiqué que le pronostic de vie ne dépassait pas deux à trois semaines. Le patient est décédé après administration de Pavulon.*

*La commission a demandé des informations complémentaires au chirurgien et au médecin consultant sur la procédure de consultation. Les informations recueillies ont apporté la preuve suffisante que ce dernier avait vérifié le respect des critères de rigueur. La commission estima néanmoins que l'indépendance de la consultation n'avait pas été assurée ; en effet, l'anesthésiste consulté connaissait le patient depuis des années étant donné qu'il travaillait dans le même hôpital que lui et qu'il l'avait examiné et traité à plusieurs reprises avant l'euthanasie. À cela s'ajoute que le médecin traitant avait consulté ce confrère à propos du produit euthanasiant à utiliser. La commission considéra que l'anesthésiste pouvait en réalité être considéré comme un cosoignant et jugea que la consultation ne remplissait pas le critère de rigueur.*

*Elle jugea par conséquent que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur et communiqua son jugement au collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.*

### **Cas n<sup>os</sup> 11, 12, 13, 14 (ne figurent pas dans le présent résumé)**

#### **f. Rigueur médicale**

*Le médecin a pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.*

Les médecins qui pratiquent l'euthanasie ou l'aide au suicide utilisent en principe les méthodes, moyens et dosages préconisés dans l'avis de la société royale

néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP)<sup>8</sup>. Dans le cas de l'euthanasie, c'est le médecin qui pratique l'acte en administrant au patient un produit euthanasiant, généralement par voie intraveineuse. Certains patients souhaitent absorber eux-mêmes la substance – un breuvage contenant un barbiturique<sup>9</sup> – par la voie orale. Juridiquement, on se trouve alors en présence d'un cas d'aide au suicide. Il est essentiel que le médecin reste auprès du patient, car celui-ci peut être pris de vomissements et rejeter le produit. Le médecin peut alors intervenir et pratiquer l'euthanasie. Il est par ailleurs essentiel de ne pas laisser ce type de produits sans surveillance, car ils peuvent mettre en danger la vie d'autrui.

**Cas n° 15 (ne figure pas dans le présent résumé)**

---

<sup>8</sup> *Toepassing en bereiging van euthanatica* (Utilisation et préparation des produits euthasians), 1998.

<sup>9</sup> Généralement un breuvage de 100 millilitres contenant 9 grammes de pentobarbital ou de secobarbital sodiques.