

Table des matières

Avant-propos

Chapitre 1 Travaux des commissions
 Cadre légal et rôle des commissions
 Évolutions en 2005

Chapitre 2 État des lieux

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

Annexes (ne figurent pas encore dans le présent document)

- 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 Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide

- III Loi 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

Conformément à l'article 17 de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide, les commissions régionales de contrôle établissent un rapport annuel.

Voici donc leur septième rapport, qui rend compte de leurs activités en 2005.

Durant cette année, les médias se sont beaucoup intéressés, surtout à l'étranger, au thème de l'euthanasie. Aux Pays-Bas, des développements intéressants peuvent cependant être mentionnés en ce qui concerne les actes concourant à l'interruption de la vie. Le débat a porté, notamment dans le cadre de l'affaire Vencken, sur la distinction entre euthanasie et sédation terminale, dite encore sédation palliative. La Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) a présenté une directive début décembre. Par ailleurs, au printemps 2005, le gouvernement a approuvé la création d'une commission nationale de contrôle pour les cas d'interruption tardive de grossesse et d'interruption de la vie de nouveaux-nés par les médecins.

Les chiffres montrent une légère augmentation du nombre de signalements.

En 2005, 1 933 cas d'euthanasie et d'aide au suicide ont été signalés, contre 1 866 cas en 2004 et 1 815 cas en 2003. Les commissions ont jugé à trois reprises qu'un médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

Comme les précédents rapports annuels, celui de 2005 examine un certain nombre de signalements recueillis en cours d'année, afin d'éclairer les considérations sur lesquelles se fonde le jugement des commissions.

À partir de mai 2006, les jugements (anonymisés) pourront être consultés sur le site Internet des commissions de contrôle www.toetsingscommissieseuthanasie.nl.

Ce site a été élaboré et mis en place en 2005. Il s'est avéré complexe d'anonymiser les jugements tout en conservant la pertinence de l'information.

Les informations très spécifiques, susceptibles de renvoyer à une personne particulière, ne pourront désormais plus être mentionnées dans un jugement. Il est important que le lecteur en soit conscient.

Avec le secrétaire d'État, nous considérons que la publication de nos jugements contribuera à intensifier encore le développement de la volonté de signalement et l'amélioration de la qualité des actes qui concourent à l'interruption de la vie.

Arnhem, avril 2006

R.P. de Valk-van Marwijk Kooy

Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

Chapitre I

Travaux des commissions

1. 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 modèle¹. 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 agent administratif. Le secrétariat a pour mission d'assister la commission dans ses travaux.

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. Il arrive également que la commission contacte par téléphone le médecin.

La commission se prononce et communique son jugement au médecin dans un délai de 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 compétentes² si le médecin a pratiqué l'acte en dehors de la demande expresse du patient : 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 (trois cas en 2005), elle communique son jugement au Collège des procureurs généraux et à

¹ Ce formulaire est disponible sur www.toetsingscommissieseuthanasie.nl

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

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'interruption de la vie sur demande 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 respect des critères de rigueur liés 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.

En 2005, le site Internet www.toetsingscommissies euthanasie.nl a été actualisé, avec la publication des jugements des commissions sous forme anonyme, afin de permettre une meilleure compréhension du travail des commissions.

La difficulté pour ces dernières consiste à préserver la valeur informative du jugement tout en respectant le caractère anonyme qu'il doit désormais revêtir. Ce point a particulièrement retenu l'attention lors de la phase préparatoire à la publication des jugements sur le site.

Afin de veiller à l'uniformité de leurs jugements, les présidents et leurs suppléants ont convenu de certaines procédures. Ils soumettent aux présidents et aux présidents suppléants des autres commissions, pour commentaire, les projets de jugement tendant à établir le 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.

2. Évolution en 2005

Les travaux des commissions ont été marqués par un certain nombre de développements intéressants. L'attitude des médecins concernant le signalement continue à requérir l'attention des commissions.

Volonté de signalement et nombre de signalements en 2005

Plus le pourcentage de signalements est élevé, plus la pratique de l'euthanasie devient transparente, et c'est là, après le contrôle de l'application des critères de rigueur, le second objectif 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. En effet, pour évaluer cette

volonté, il faudrait connaître le ratio entre le nombre de signalements et le nombre total de cas.

Une évaluation de la procédure de contrôle de l'euthanasie pour la période 1998-2002 a montré qu'en 1990, 18 % des cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide avaient été signalés ; ce pourcentage était de 41 % en 1995 et de 54 % en 2001³. Cette année, les commissions ont reçu 1 933 signalements, contre 1 886 en 2004.

Sédation palliative

Le débat public sur la sédation palliative et ses liens avec l'euthanasie s'est poursuivi en 2005. En décembre, la Société royale pour l'avancement de la médecine (KNMG) a publié une directive⁴ devant éclaircir la question. La sédation palliative vise à atténuer les symptômes réfractaires, qui se traduisent par des souffrances importantes ne pouvant être soulagées autrement. Si la sédation est effectuée correctement, c'est-à-dire avec des sédatifs (benzodiazépines) correctement dosés, elle ne peut pas raccourcir la durée de vie.

Aussi une sédation palliative pratiquée scrupuleusement est-elle une pratique médicale normale ; elle ne peut être considérée comme une euthanasie ou une interruption de la vie sans demande. Une sédation profonde, devant se poursuivre jusqu'au décès, s'accompagne généralement de l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation, celles-ci n'ayant médicalement alors plus de sens. Selon la directive, cette pratique est acceptable lorsque l'espérance de vie ne dépasse pas, en général, 1 à 2 semaines.

Tant la sédation palliative que l'euthanasie peuvent offrir une issue dans certaines situations de grande souffrance due à des symptômes réfractaires. Médecin et patient doivent dans ce cas se concerter franchement.

Le patient peut avoir de bonnes raisons de préférer l'euthanasie à la sédation palliative.

Il se peut que le patient, souhaitant continuer à communiquer avec son entourage durant ses derniers jours, ne veuille pas être dans un état de conscience affaiblie, ou bien qu'il ne souhaite pas mourir sous sédatif⁵.

Cette année, un médecin a signalé avoir pratiqué sur une patiente une sédation palliative avec arrêt de l'hydratation et de l'alimentation.

La commission concernée s'est déclarée incompétente, s'agissant dans ce cas d'un acte médical normal et non pas d'une euthanasie. Au printemps 2005, tous les membres des commissions et leurs suppléants se sont réunis pour un échange de vues.

Euthanasie et démence

En 2005, les commissions ont reçu quelques signalements d'euthanasie de patients atteints de démence (cf. cas n° 4). Il s'agissait dans ces cas de patients à un stade relativement précoce de la maladie.

En règle générale, on peut affirmer que les critères de rigueur ne sont pas facilement applicables lorsque le patient est atteint de démence. 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. Dans le cas de patients atteints

³ Processus médical décisionnel relatif à la fin de vie. La pratique et la procédure de contrôle de l'euthanasie. par G. van der Wal, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen en P.J. van der Maas; Amsterdam/Rotterdam, 2003.

⁴ Voir site de la KNMG.

⁵ Cf. Dick Willems, Avis préalable de l'Association néerlandaise pour la bioéthique, Idées sur la bonne mort.

d'une forme de démence, le contrôle de ces deux critères peut là aussi conduire à juger, eu égard aux circonstances spécifiques du cas individuel, qu'il était question d'une situation de souffrance insupportable et sans perspective d'amélioration, ainsi que d'une demande volontaire et mûrement réfléchie.

Patient mineur

En 2005, une interruption de la vie d'un patient de 12 ans a été signalée. Le signalement de l'interruption de la vie d'un patient âgé de moins de 16 ans n'avait encore jamais été enregistré (cas n° 3).

Chapitre II

État des lieux

Période du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005

Signalements

Les commissions ont enregistré 1 933 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 1 765 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 143 cas d'aide au suicide et dans 25 cas d'une combinaison des deux.

Les médecins signaleurs

Dans 1 697 cas, le médecin signaleur était un médecin de famille, dans 170 cas un spécialiste hospitalier et dans 66 cas un médecin de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	1 713
Pathologies cardiovasculaires	23
Pathologies du système nerveux	85
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	29
Autres pathologies ⁶	27
Polypathologies	56

Lieu où a été pratiquée l'interruption de vie

Dans 1 585 cas, l'interruption de vie a eu lieu au domicile du patient, dans 159 cas à l'hôpital, dans 73 cas dans un établissement de long séjour, dans 44 cas dans une maison de retraite médicalisée, dans 6 cas dans un autre type d'établissement et dans 66 cas ailleurs (par exemple dans une unité de soins palliatifs ou au domicile d'un membre de la famille).

Compétence des commissions et jugement

Dans un cas, les commissions ont considéré qu'elles n'étaient pas compétentes pour statuer. Dans trois cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur⁷.

⁶ Dans les précédents rapports, le sida était mentionné à part. Un seul cas ayant été signalé en 2005, il a été intégré aux « autres pathologies ».

⁷ L'état des lieux porte sur tous les signalements enregistrés en 2005. Ceux enregistrés à la fin de l'année seront traités en 2006, en raison du délai d'examen, et traités dans le prochain rapport annuel. Deux des trois cas cités ici ont été signalés en 2004. Tous trois ont été examinés en 2005.

Délai d'examen

Un délai moyen de 28 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi du jugement.

Chapitre III

1. Les critères de rigueur

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 toute la rigueur médicale requise.

Les deux cas suivants permettent d'éclairer le contrôle des signalements selon ces critères. 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.

Il apparaît que la souffrance du patient peut se composer d'éléments divers qui, se conjuguant, la rendent intolérable. Outre la maladie ou la pathologie dont le patient est atteint, d'autres facteurs propres à sa situation ou à son histoire personnelle peuvent ajouter à sa souffrance, sans qu'il soit toujours possible ou nécessaire de les distinguer strictement. Un de ces éléments peut être la peur de souffrances à venir (cf. cas 4). Il est alors important de vérifier le bien-fondé de cette peur et le délai dans lequel de telles souffrances peuvent survenir.

Cas n° 1

En avril 2001, la patiente, une femme de 35 ans, présentait un carcinome mammaire. Elle subit une mastectomie totale avec curage axillaire qui révéla la présence de métastases dans les ganglions lymphatiques. En 2003, des métastases étaient présentes dans le squelette, le foie, les poumons, les ganglions lymphatiques et le cerveau. La guérison était exclue. La patiente reçut un traitement palliatif par chimiothérapie et une radiothérapie crânienne. À partir de mai 2005, elle souffrit de douleurs dans tout le tronc et de forte fatigue. En juin 2005, les métastases cérébrales provoquèrent des crises d'épilepsie. En juillet 2005, compte tenu de ses douleurs la patiente subit une radiothérapie palliative de la colonne vertébrale. Les souffrances de la patiente provenaient, outre son alitement croissant, de sa fatigue extrême, de douleurs augmentant et ne pouvant plus être soulagées, du fait de ne plus pouvoir s'asseoir ni marcher seule, de l'impossibilité de manger ; elle souffrait aussi de confusion mentale et d'épuisement. La perte progressive de son autonomie lui était également insupportable. Les souffrances ne pouvaient plus être allégées. La patiente rejetait

la solution de la sédation palliative. Selon les prévisions du médecin, elle décèderait dans un délai allant de quelques jours à trois semaines au maximum si l'euthanasie n'était pas pratiquée.

En septembre 2004, la patiente avait parlé pour la première fois d'euthanasie avec le médecin. Début juillet 2005, elle formula pour la première fois une demande concrète d'euthanasie. Elle renouvela ensuite sa demande à chaque visite du médecin traitant. Ce dernier fit appel à un médecin consultant indépendant, généraliste et médecin du programme SCEN.

Celui-ci examina la patiente mi-juillet 2005. Elle était de plus en plus souvent alitée et fatiguée. Elle indiqua avoir toujours dit qu'elle demanderait l'euthanasie dès qu'elle constaterait commencer à perdre le contrôle de sa vie. Durant les dernières semaines, la douleur avait fortement augmenté malgré les doses accrues de médicaments, et les métastases se développaient de semaine en semaine. Deux jours avant la visite du médecin consultant, elle avait encore pu assister pendant un quart d'heure à une représentation théâtrale où jouait sa fille cadette. Cela avait été pour elle l'ultime étape. Après, son état s'était brusquement aggravé. Elle considérait avoir atteint les limites du supportable. Elle avait déjà réglé des semaines auparavant tous les détails de sa mort et de ses obsèques. Durant l'entretien avec le médecin consultant, la patiente était assez lucide et se montra déterminée. Elle formula son souhait d'euthanasie à plusieurs reprises, calmement et fermement. Elle n'était pas dépressive.

En conclusion, le médecin consultant considéra que les critères de rigueur étaient respectés. Le médecin traitant administra à la patiente 2 000 mg de Pentothal et 20 mg de Pavulon par voie intraveineuse. L'interruption de vie a été pratiquée avec la rigueur médicale requise. La commission conclut que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

Cas n° 2

En juin 2005, la patiente, une femme de 58 ans, présentait un ictère obstructif dû à une tumeur de la tête du pancréas. En outre, la pose d'un stent fut pratiquée. De sérieuses complications postopératoires se produisirent. La guérison était exclue. Un scanner révéla que la tumeur se développait et que la patiente présentait des métastases pulmonaires. La douleur était combattue par l'administration de la dose maximale de Durogesic (300 microgrammes par jour), et en cas de besoin de la morphine supplémentaire était administrée par la sonde nasale.

Les souffrances de la patiente provenaient de l'augmentation de la douleur en dépit du traitement antalgique, de l'augmentation des nausées, d'ascite et du fait qu'elle ne pouvait plus être nourrie que par sonde nasale. Ses souffrances lui étaient insupportables, et il n'existait pas d'autres moyens de les alléger que ceux déjà utilisés. Il ressort du dossier que le médecin avait suffisamment informé la patiente sur sa situation et sur ses perspectives. Selon les prévisions du médecin, elle allait mourir à court terme.

En septembre 2005, elle formula pour la première fois une demande concrète d'euthanasie. Elle la renouvela à plusieurs reprises par la suite.

Le médecin traitant fit appel à un médecin consultant indépendant, généraliste et médecin du programme SCEN. Celui-ci visita la patiente une première fois fin septembre 2005, puis un mois plus tard.

Il décrivit dans son rapport l'évolution de la maladie et confirma que les spécialistes traitants avaient déclaré que la patiente ne survivrait pas à une opération importante. Selon le rapport du médecin consultant, la patiente était très affaiblie, légèrement cachectique et grabataire. Elle pouvait encore juste aller seule aux toilettes. Elle déclara qu'elle tenait à bien régler ses affaires parce qu'elle ne voulait pas souffrir à nouveau comme elle l'avait fait

à l'hôpital et qu'elle craignait perdre sa capacité à exprimer son souhait. Elle rejetait la solution de la sédation terminale.

La patiente ne parvenait pas bien à dire en quoi consistait alors ses souffrances et ne voulait pas encore mourir. Le médecin consultant conclut que la maladie entraînerait la mort de la patiente, dont le souhait d'euthanasie n'avait alors pas encore cristallisé. Avec une médication palliative suffisante, la patiente n'avait pas de raison de souhaiter l'euthanasie. Le médecin consultant conclut que les critères justifiant l'euthanasie n'étaient pas encore remplis. Dans son rapport de novembre 2005, il constata une nette dégradation de l'état de la patiente au cours du mois écoulé. Elle était affaiblie et paraissait fatiguée. Elle déclara qu'elle se sentait épuisée, que sa totale dépendance et son extrême affaiblissement lui donnaient l'impression d'être à bout. Elle avait le sentiment de devoir attendre la mort, alors qu'elle aurait préféré être morte. La douleur était à peu près supportable grâce au Durogesic. Son mari lui administrait de temps en temps une injection de morphine. La patiente déclara qu'elle ne supportait plus de devoir lutter comme les derniers temps. Son état s'étant encore aggravé, comme le confirmait le dernier scanner, et la seule perspective étant la poursuite de la détérioration de son état, elle souhaitait l'euthanasie.

Le médecin consultant conclut que la patiente était soumise à une forte souffrance du fait de la dégradation croissante de son état. Il déclara parfaitement comprendre que la patiente trouve ses souffrances intolérables (sa fatigue, son isolement social complet et la douleur physique chronique). Elle demandait clairement à pouvoir mourir dans les délais les plus brefs.

Les souffrances ne pouvaient plus être allégées, y compris par les soins palliatifs. Le médecin consultant jugea que les critères de rigueur étaient respectés. Le médecin traitant pratiqua l'euthanasie par une injection intraveineuse de 2 000 mg de Pentotal et de 20 mg de Pavulon.

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

2. Implications spécifiques

Sont étudiées dans cette partie la façon dont les commissions contrôlent 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. Les cas suivants illustrent les situations qui se sont présentées aux commissions en 2005, étant entendu que la plupart des signalements n'ont guère donné lieu à discussion.

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, en tenant compte de sa détermination et de sa cohérence. 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.

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.

Étant donné l'importance d'un testament de vie consigné par écrit 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.

Une déclaration rédigée par le patient renseigne mieux la commission que la formulation générale d'une déclaration préimprimée, il n'en est pas moins que ce testament de vie n'est pas obligatoire.

L'existence d'un tel testament ne signifie en aucun cas que le médecin soit obligé d'honorer une demande d'euthanasie ; 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.

Le souhait d'euthanasie apparaît au cours de la maladie. 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.

Le médecin doit 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.

Patient mineur

Bien que la famille soit souvent associée à l'examen du souhait du patient, son accord n'est pas nécessaire : c'est le souhait du patient qui compte. À condition d'être capable d'exprimer sa volonté, un patient âgé de douze à seize ans peut formuler une demande d'euthanasie. Le souhait de l'enfant doit absolument dans ce cas être approuvé par ses parents, comme le montre le cas suivant.

Cas n° 3 (demande volontaire et mûrement réfléchie)

Le patient est mineur (12 ans). Les parents approuvent la demande d'euthanasie de leur enfant.

En juillet 2003, un rhabdomyosarcome du pied gauche est diagnostiqué chez le patient, un garçon de 12 ans, ainsi que la présence de métastases dans les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse et le squelette. D'abord traité par chimiothérapie et radiothérapie, le patient subit ensuite une autre chimiothérapie et une greffe autologue de cellules souches. Il se remet lentement de la greffe de moelle osseuse. En novembre 2004, il apparut qu'il n'y avait pas de rémission. En décembre 2004, le patient subit une radiothérapie du médiastin et du cou. Dès le diagnostic, le pronostic était apparu sombre ; à la récurrence, en octobre 2004, les soins palliatifs restèrent la seule possibilité. La douleur était combattue par l'administration de morphine, le patient ne supportant pas le Durogesic. Il souffrait moins, mais des effets secondaires s'étaient manifestés. Nourri par sonde, il avait des nausées, traitées par médication. En février et mars 2005, l'épanchement pleural fut ponctionné mais il augmenta à nouveau rapidement.

Ayant été informé des effets positifs et négatifs des ponctions, le patient décida de ne plus les laisser pratiquer, et ce après en avoir longuement discuté avec ses parents. Étant de plus en plus oppressé, il commença à recevoir du Haldol et de l'oxygène. Il était en outre

cachectique. Il était épuisé et devint grabataire. Le moindre changement de position aggravait la dyspnée. Rester assis, soutenu par des coussins, n'étant plus possible, il ne pouvait que rester allongé et se concentrer sur sa respiration. En faisant un effort, il pouvait réagir à une conversation, et ce de façon pertinente. Le patient refusait la sédation palliative, ne voulant pas végéter. Les médecins traitants lui avaient toujours donné une information complète sur sa situation et ses perspectives. Le patient examinait par exemple les coupes histologiques de tissu ganglionnaire avec l'anatomopathologiste. Selon les prévisions du médecin, le patient n'avait plus que quelques jours à vivre si l'euthanasie n'était pas pratiquée.

Le patient fut hospitalisé fin mai. À partir de ce moment-là, son souhait d'euthanasie fut discuté de façon répétée et soutenue en présence de ses parents, du médecin, du pédiatre et de l'infirmière. Durant une conversation de plus de trois heures, il indiqua à plusieurs reprises ne plus vouloir continuer à vivre. Il répéta encore clairement ceci le lendemain matin devant sa mère. L'évolution de la maladie s'accéléra en quatre jours environ. Le patient n'était alors plus en état de rédiger un testament de vie. Selon le médecin, le patient ne subissait aucune pression et il était conscient de la portée de sa demande et de son état physique. Le patient était un garçon intellectuellement précoce qui s'était dès le début intéressé à sa maladie et à son évolution. À compter d'octobre 2004, lorsque la maladie avait récidivé, il avait été bien conscient qu'il allait en mourir. Il n'avait jamais été dépressif. Ses parents ne doutaient absolument pas du choix de leur fils, ils en avaient déjà discuté avec lui. Ils respectaient son souhait. Le médecin pouvait expliquer le bref laps de temps écoulé entre la demande expresse et l'euthanasie elle-même. Le patient avait longtemps lutté contre sa maladie et s'était efforcé de donner un sens à sa vie. Selon le médecin, le caractère temporel de l'existence dérange moins un enfant, davantage capable d'oublier par moment le sort qui l'attend. Les discussions sur la mort n'apparaissent que lorsque la maladie entre dans un stade terminal.

Le médecin traitant prit contact avec un médecin consultant du programme SCEN, qui visita le patient le 28 mai 2005. Il fit un rapport détaillé de l'histoire de la maladie. Selon ce rapport, le patient était maigre, cachectique, fatigué et essoufflé. Il était lucide. Il ne pouvait prononcer que trois phrases à la suite. Il était grabataire. La douleur était supportable grâce à la morphine, mais le patient trouvait qu'elle le rendait somnolent. Le patient refusait une ponction pleurale, seule façon d'alléger ses souffrances, sachant que son effet ne durerait que quelques jours. Il savait qu'il allait mourir d'insuffisance respiratoire. Le médecin consultant considérait que l'absence de toute perspective d'amélioration motivait la demande du patient. Celui-ci indiqua avoir déjà envisagé cette idée depuis un certain temps. Il ne voulait pas mourir dans son sommeil et souhaitait rester totalement conscient.

Les parents ressentaient également que les souffrances de leur fils étaient insupportables. Ils approuvaient totalement sa demande. Selon le médecin consultant, la demande était librement formulée. Le patient n'était pas dépressif. Il était capable d'exprimer sa volonté. C'est seulement deux jours plus tôt que le patient avait formulé sa demande devant le médecin, qui initialement n'était pas vraiment impliqué dans le traitement.

Le médecin, les parents et le patient ont amplement discuté du souhait d'interruption de la vie fin mai 2005. Le patient était alors déjà déterminé. Si le père n'avait aucun doute, la mère éprouvait davantage de difficulté, mais ne doutait pas que la demande ait été mûrement réfléchie.

Le médecin consultant considéra que les souffrances étaient insupportables. Le patient était très mûr pour son âge. La demande formelle avait certes été faite récemment mais la gravité des souffrances en faisait ressentir le fondement. Les parents approuvaient la demande

d'euthanasie de leur enfant. Le médecin consultant jugea que les critères de rigueur étaient respectés.

Le médecin traitant pratiqua l'euthanasie avec la rigueur médicale requise.

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

Cas n° 4 (demande volontaire et mûrement réfléchi ; démence)

Le médecin traitant a consulté un gériatro-psychiatre afin de déterminer la capacité du patient d'exprimer sa volonté. La commission confirme le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et le caractère insupportable et dépourvu de perspective d'amélioration des souffrances. Les critères de rigueur ont été respectés.

En juin 2003, une démence à corps de Lewy, maladie incurable, était diagnostiquée chez la patiente, une femme de 83 ans. Celle-ci reçut un traitement avec de l'Exelon, qui eut un bon résultat sur ses capacités cognitives, ainsi que d'autres médicaments pour son syndrome extrapyramidal et pour ses problèmes de sommeil. Ses troubles moteurs s'aggravèrent et son agitation nocturne ne s'améliora pas.

Les souffrances de la patiente provenaient du fait qu'elle avait perdu son autonomie et était devenue dépendante pour les AVQ (activités de la vie quotidienne) ; la perte de fonctions corporelles l'avait rendue incontinente et elle avait du mal à marcher ; ses capacités cognitives étant également affectées, elle contrôlait mal ses pensées, en particulier durant la nuit. Pour cette femme, le contrôle de ses capacités intellectuelles était essentiel. Elle savait souffrir de la démence à corps de Lewy, une maladie entraînant une dégénérescence progressive inéluctable. La patiente réalisait qu'un moment viendrait où elle ne pourrait plus exprimer son souhait d'euthanasie, qu'elle perdrait son autonomie et serait placée dans un établissement de long séjour. L'idée de devoir subir de façon consciente cette déchéance physique et intellectuelle et la crainte de la perte de contrôle grandissante de ses capacités intellectuelles lui étaient insupportables. En dehors des mesures palliatives déjà prises, il n'existait pas d'autres possibilités d'alléger ses souffrances.

En juillet 2005, la patiente formula pour la première fois une demande concrète d'euthanasie. Elle la réitéra ensuite à plusieurs reprises.

Contact fut pris avec deux médecins consultants, le premier psychiatre, le second généraliste et médecin du SCEN. Ils visitèrent la patiente, l'un en juillet 2005, l'autre fin septembre 2005. Selon le rapport du premier, la patiente décrivit comment, au cours des deux dernières années, elle avait remarqué qu'elle perdait la mémoire et qu'elle avait des difficultés de calcul et de parole. Des examens avaient permis de diagnostiquer la démence à corps de Lewy. Depuis qu'elle prenait de l'Exelon, la patiente contrôlait mieux ses pensées. Elle indiqua souffrir en outre de troubles de la marche et d'incontinence, ce qui compliquait sa situation, surtout la nuit. Elle expliqua qu'en début de soirée elle souffrait de confusion mentale croissante et dormait généralement mal la nuit, se sentant souvent anxieuse et désespérée. L'après-midi, elle se sentait bien et pouvait encore se distraire. La patiente trouvait sa dépendance humiliante. Sa vie lui devenait de plus en plus pénible et elle ne voulait pas décliner davantage. Elle préférait choisir elle-même le moment de sa mort. Mettre elle-même fin à ses jours ou se laisser dépérir lui semblait inhumain, surtout vis-à-vis de son entourage. Membre depuis 20 ans de la NVVE (association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire), la patiente avait discuté de son souhait d'euthanasie avec son mari et ses cinq enfants. Ceux-ci trouvaient sa décision difficile, mais respectaient son choix.

Selon le premier médecin consultant, les fonctions cognitives de la patiente étaient passables lors de l'examen. S'il était clair qu'elle avait l'habitude de raisonner, elle devait néanmoins faire un effort de concentration. Selon lui, les manifestations dépressives et anxieuses de la patiente n'étaient pas anormales vu sa situation. Sa demande d'euthanasie était volontaire et sa capacité de décision sur ce point n'était pas altérée par la démence ni par une dépression. La patiente était capable d'exprimer sa volonté et sa demande était mûrement réfléchie. Ses souffrances dues à la démence étaient sans perspectives d'amélioration, le pronostic étant l'aggravation du tableau pathologique avec, pour finir, une dépendance totale qu'elle refusait absolument. La dépendance grandissante vis-à-vis des autres et la perte croissante du contrôle de son corps constituaient pour la patiente une expérience insupportable.

Le rapport du second médecin consultant confirma l'histoire de la maladie de la patiente et le fait qu'en juillet 2005 un gériatro-psychiatre l'avait jugée capable d'exprimer sa volonté en ce qui concernait sa demande d'euthanasie. Le second médecin consultant observa une femme au pas chancelant, pouvant à peine tourner le cou, qui était manifestement fatiguée au bout d'une demi-heure d'entretien et perdait sa concentration. Elle trouvait ses souffrances insupportables à cause de son impuissance à continuer à garder le contrôle de son esprit et à cause de la faiblesse de son corps. Cette dépendance mentale et physique lui pesait et elle savait qu'elle ferait que croître avec la progression de sa maladie.

Elle considérait la perte de ses fonctions AVQ, due à sa rigidité musculaire, comme dégradante. Et il y avait en outre l'agitation et l'anxiété nocturnes et l'incontinence, qui perturbaient son sommeil et la rendaient dépendante de son mari.

Elle souffrait de savoir que sa maladie aggraverait encore ses troubles cognitifs et physiques. La patiente choisissait l'euthanasie parce qu'elle ne pouvait se suicider avec les somnifères dont elle disposait et parce que se laisser déprimer lui paraissait indigne.

Le second médecin consultant considéra que la demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie, et formulée par une patiente parfaitement informée de la nature de sa maladie. Les souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, et il n'y avait aucune autre solution raisonnable. Un testament de vie avait été rédigé.

Le second médecin consultant conclut que les critères de rigueur étaient remplis à condition que l'interruption de la vie soit pratiquée avec la rigueur médicale requise, ce qui fut fait en octobre 2005.

Afin de juger si le médecin pouvait acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, la commission a considéré ce qui suit. Dès le début de ses contacts avec la patiente, le médecin a su quel était son avis concernant l'euthanasie.

Durant sa maladie, la patiente a régulièrement exprimé son souhait d'euthanasie. Afin d'exclure la possibilité d'une dépression et de faire évaluer la capacité d'exprimer sa volonté de la patiente, le médecin a consulté un gériatro-psychiatre. Celui-ci a conclu que la patiente n'était pas dépressive ni dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Le médecin consultant du SCEN a également conclu, après s'être entretenu avec elle, que la patiente avait pris sa décision de façon volontaire et mûrement réfléchie. Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie.

Afin de juger si le médecin pouvait acquérir la conviction que les souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, la commission a considéré ce qui suit. Les lettres des spécialistes font apparaître que la patiente souffrait de troubles cognitifs progressifs, accompagnés de parkinsonisme et d'hallucinations, vraisemblablement provoqués par la démence à corps de Lewy. Cette pathologie étant incurable et induisant la

déchéance progressive des patients, les souffrances sont bien dénuées de toute perspective d'amélioration.

En ce qui concerne le caractère insupportable des souffrances, la commission fait remarquer que la patiente souffrait tant de sa dépendance AVQ et de la perte de fonctions corporelles que de la perte des ses fonctions cognitives. Pour cette femme à la forte personnalité, qui avait toujours été habituée à maîtriser son corps, cette déchéance physique était insupportable. Savoir qu'elle deviendrait totalement dépendante et perdrait son autonomie à un stade prochain de sa maladie était pour elle une pensée insupportable.

Le souvenir de la dernière phase de la vie de ses (beaux-)parents jouait ici un rôle important. La patiente était aussi consciente de ce qui l'attendait inéluctablement sous peu. En considération de quoi, la commission a jugé que le médecin pouvait acquérir la conviction que les souffrances de cette patiente étaient insupportables. Le médecin traitant avait suffisamment informé la patiente sur sa situation et ses perspectives.

La commission considéra que le médecin 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 suppose l'absence de toute perspective thérapeutique réelle. La maladie ou l'affection cause des souffrances, est incurable et il n'y a pas non plus de réelle perspective d'atténuation des symptômes. On ne peut parler de « perspective réelle » que si, pour le patient, les inconvénients du traitement (palliatif) restent proportionnés à l'amélioration que celui-ci peut procurer.

Le caractère insupportable est plus difficile à établir car il s'agit d'une notion subjective. Le caractère insupportable des souffrances est déterminé 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 le caractère insupportable 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. Le caractère « insupportable » des souffrances doit être tant soit peu objectivé si l'on veut être en mesure de le vérifier. C'est pourquoi les commissions examinent s'il a pu être appréhendé 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.

Les milieux médicaux considérant généralement qu'un patient qui a sombré dans un coma profond ne souffre pas de façon insupportable, les commissions estiment que les médecins doivent se montrer très circonspects dès lors que le contact avec le patient n'est plus possible. Aussi contrôlent-elles les faits et circonstances spécifiques à chaque cas. Une commission peut ainsi juger que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur, 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 inconditionnelles.

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.

En pareil cas, le rôle primordial de la volonté du patient dans la décision du médecin de pratiquer l'euthanasie ne doit pas l'amener pour autant à négliger le critère d'insupportabilité des souffrances et d'absence de perspective d'amélioration.

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 à 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^{os} 5 et 6 (ne figurent pas dans le présent rapport)

c. Information du patient

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

Les commissions vérifient si et comment le médecin a informé le patient sur sa maladie et sur ses perspectives. 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 est de la responsabilité du médecin de veiller à ce que le patient soit pleinement informé et de s'en assurer activement (cf. cas n^o 3).

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, même lorsqu'aucune thérapie n'apparaît plus possible ou que le patient la refuse. 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. Un patient en proie à des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration est libre, comme tout patient, de refuser un traitement ou des soins palliatifs.

Certains peuvent en effet avoir des effets secondaires difficiles à supporter ; 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, parce qu'il craint, parfois à tort, de sombrer dans un état qu'il refuse catégoriquement, tel que la somnolence ou le coma.

En cas de refus d'une forme de traitement ou de soins, 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° 7 (ne figure pas dans le présent rapport)

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 que le jugement du médecin consultant doit être indépendant.

Les commissions jugeront que le médecin traitant ayant omis de consulter un médecin indépendant n'a pas agi conformément aux critères de rigueur, comme dans le cas suivant (cas n° 8).

Le médecin consultant doit 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 ou de collaboration avec lui, ni être un associé du même cabinet.

Les commissions sont régulièrement confrontées à différentes formes de collaboration des médecins généralistes, comme les cabinets de médecine de groupe, dans lesquels les praticiens ne sont pas à proprement parler des associés, mais partagent néanmoins des équipements communs, tels que les locaux professionnels, le système informatique ou les fichiers des patients. Il reste difficile d'indiquer a priori si l'indépendance d'un praticien consultant est ou non mise en cause par une de ces formes de médecine de groupe.

C'est pourquoi, en cas de doute, les commissions demanderont toujours un complément d'information si le médecin traitant et son confrère consultant travaillent au sein d'un tel cabinet.

Il se peut aussi qu'un médecin signaleur et un médecin consultant se connaissent, par exemple s'ils font partie du même groupe d'APP dans lequel les cas cliniques sont discutés.

Là aussi, ce sont les circonstances qui permettent d'établir si cela nuit ou non à l'indépendance du jugement du médecin consultant. La fréquence de ses rencontres avec son confrère et le fait que le cas du patient concerné ait été discuté au sein de la cellule ou non sont déterminants.

S'agissant du patient, le médecin consultant ne doit pas avoir de liens de parenté avec lui, ni faire partie de l'équipe soignante ou en avoir fait partie, ni le connaître pour avoir un jour remplacé son médecin traitant. Dans le cas n° 9, le médecin consultant était le généraliste de la patiente et n'était donc pas indépendant s'agissant de celle-ci, ce qui a conduit la

commission à juger que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

Dans le cas n° 10 également, la question de l'indépendance du médecin consultant s'agissant du patient joue un rôle. Les deux médecins consultants ont déjà été en contact avec le patient dans le cadre du traitement d'une autre pathologie. La commission a donc demandé des informations complémentaires. Dans le cas n° 11, la commission a jugé que le médecin consultant n'était pas indépendant s'agissant du patient.

Le rapport du médecin indépendant⁸ est un élément essentiel pour l'examen du signalement. 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 indique qu'il a vérifié si tous les critères de rigueur ont été respectés et qu'il motive son jugement (donc la motivation est toujours nécessaire). Il est aussi souhaitable qu'il rende 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. En cas de divergence d'opinion, le médecin signaleur tiendra généralement compte du jugement de son confrère consultant, mais c'est à lui qu'il incombe de trancher (comparaison cas n° 7). Wel zal de arts daarbij het oordeel van de consulent veelal zwaar laten wegen. Car 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 n'a pas encore été rempli (cf. la partie : « Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration »). La commission ne sait alors pas toujours 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 et qu'il constate que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables ou que la demande n'est pas fondée, 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 concertation téléphonique entre médecin et consultant sera suffisante. Si l'état du patient évolue moins vite ou de façon moins prévisible, le médecin consultant devra s'entretenir une deuxième fois avec le patient.

Il est important que le médecin signaleur informe d'emblée la commission qu'il y a eu une deuxième concertation entre le médecin consultant et lui-même, ou que le médecin consultant a examiné une seconde fois le patient.

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 généralement de très bonne qualité, et il importe de s'attacher à maintenir cette qualité.

⁸ Il existe une liste de contrôle qui peut être très utile au médecin indépendant pour la rédaction de son rapport (www.toetsingscommissieseuthanasie.nl).

Cas n° 8 (consultation)

Le médecin traitant n'a consulté aucun médecin consultant et s'est senti moralement tenu de pratiquer une euthanasie. La commission considère que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur.

En 2001, un carcinome du côlon de stade III (Duke C) était diagnostiqué chez le patient, un homme de 78 ans. Une hémicolectomie fut pratiquée et le patient reçut ensuite un traitement par radiothérapie. Lorsque des métastases furent constatées, il suivit une chimiothérapie. Après l'apparition de métastases du foie, le traitement fut arrêté en 2004. L'état du patient se dégradait progressivement. En décembre 2004, le patient discuta avec le médecin traitant de la possibilité d'une euthanasie. Le sujet fut à nouveau abordé en mars et en mai 2005. En juin, le patient formula une demande concrète et pressante. Il avait précisément indiqué où se situaient ses limites concernant les souffrances. Il se montrait lucide et cohérent. Il ne souhaitait pas « se sentir comme un poisson hors de l'eau ». Ayant assisté au calvaire de membres de sa famille, il souhaitait décider lui-même du moment auquel mettre un terme à sa vie. Le patient signa une déclaration, modèle NVVE et la remit au médecin. Celui-ci précisa que la consultation d'un de ses confrères était aussi nécessaire, ce que le patient comprenait, indiquant qu'il accepterait cet entretien "le moment venu". Les semaines suivantes furent variables. La tumeur continuait à grossir, le patient régla encore quelques affaires ainsi que ses obsèques. Durant la dernière semaine de mai, l'état du patient était supportable. La douleur était correctement prise en charge, mais le patient se déshydratait progressivement. Selon le docteur, les options palliatives n'étaient pas épuisées. Le patient indiquait que ses souffrances n'étaient pas encore insupportables.

Mais en juin 2005, la douleur augmenta fortement et le médecin traitant fut appelé. Il constata lors de sa visite que la douleur ne pouvait plus être jugulée. Le patient indiqua ne plus souhaiter se battre contre la maladie et demanda au médecin de pratiquer l'euthanasie la semaine suivante.

Celui-ci précisa qu'il devait consulter un confrère du SCEN, mais il ne put en joindre aucun à ce moment-là (un vendredi après 17h00). Il promit au patient de faire appel à un médecin consultant dès le lundi. Durant le week-end, un médecin remplaçant prescrivit de la morphine et du Dormicum, en doses croissantes. Le lundi matin, le médecin traitant visita à nouveau le patient, qui suffoquait, ses voies respiratoires étant très encombrées, et était agité ; le contact n'était plus possible mais il réagissait à la douleur. Le médecin traitant administra 60 mg de morphine et 15 mg de Dormicum. La situation restant inchangée, il administra au bout de quelques heures 80 mg de morphine et 30 mg de Dormicum, ce qui n'entraîna cependant pas d'amélioration. Selon le médecin, le patient était arrivé au stade de souffrances qu'il redoutait tant. Bien qu'il n'y ait pas eu la consultation requise, il décida donc, en accord avec la famille, de pratiquer l'euthanasie ; ce qu'il fit par l'injection intraveineuse de 2 gr de Thiopental et de 16 mg de Pavulon. Le médecin s'y sentait moralement obligé, persuadé que cette situation était dégradante et insupportable pour ce patient. Il considérait que faire appel à un médecin consultant n'avait plus de sens, le contact avec le patient n'étant plus possible.

Au cours d'un entretien avec la commission, le médecin indiqua qu'il avait régulièrement signalé au patient que l'intervention d'un médecin consultant serait nécessaire, échéance que le patient avait toujours repoussée, doutant notamment que sa femme puisse y faire face. La commission jugea que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur, ayant omis de consulter un confrère. Compte tenu de la lente évolution de la maladie, le médecin aurait dû et pu contacter un confrère à un stade antérieur. Il s'était trop longtemps conformé au souhait du patient de reporter cette consultation. La commission ne partageait

pas l'opinion du médecin selon laquelle faire appel à un médecin consultant n'avait plus de sens, le contact avec le patient n'étant plus possible. Même dans ces conditions, une consultation aurait encore pu, et dû, avoir lieu. Bien que persuadée que le médecin avait agi en son âme et conscience, la commission jugea qu'il n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur, et elle transmet son jugement au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Cas n^{os} 9, 10 et 11 (ne figurent pas dans le présent rapport)

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)⁹. Dans le cas de l'euthanasie, c'est le médecin qui pratique l'acte en administrant au patient le produit euthanasiant, généralement par voie intraveineuse. Dans le cas de l'aide au suicide, c'est le patient qui ingère lui-même le produit, une potion contenant un barbiturique¹⁰. Il est essentiel que le médecin reste auprès du patient jusqu'à son décès, car celui-ci peut être pris de vomissements et rejeter le produit. Le médecin peut alors intervenir et pratiquer l'euthanasie. Il ne doit pas laisser ce type de produits sans surveillance, car ils peuvent mettre en danger la vie d'autrui. C'est uniquement pour des motifs solides qu'il est exceptionnellement possible de convenir à l'avance de dévier de ces règles. Le médecin doit toujours être disponible pour intervenir rapidement au cas où les produits n'agiraient pas, ou insuffisamment. C'est le médecin qui doit pratiquer l'interruption de la vie.

Le rôle du médecin (signaleur, consultant ou pratiquant l'acte) dans le cadre de la procédure d'euthanasie peut parfois être sujet à confusion.

Ainsi, si l'euthanasie est signalée par un médecin autre que celui qui l'a pratiquée, celui-ci sera néanmoins considéré comme signaleur¹¹. Le cas n^o 14 illustre ce flou quant aux rôles respectifs des médecins.

Cas n^{os} 12, 13 et 14 (ne figurent pas dans le présent rapport)

⁹ Utilisation et préparation des produits euthasiantes (1998).

¹⁰ Généralement un breuvage de 100 millilitres contenant 9 grammes de pentobarbital ou de secobarbital sodiques.

¹¹ article 3 des directives relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.